

El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate.

Dra. Karina Batthyány
FCS-UDELAR
UNFPA

Artículo presentado a la MESA DE DIÁLOGO: Sistema de cuidados. ¿Quién cuida? ¿Quién debería hacerlo?. Red Género y Familia. Montevideo, agosto de 2008.

Introducción

El artículo que se presenta a continuación se basa en los resultados del Proyecto I+D CSIC, UDELAR finalizado en mayo de 2007. El objetivo general de este proyecto fue conocer las distintas modalidades que los hogares montevideanos desarrollan para atender el trabajo de cuidado de los adultos mayores, aproximándonos a las estrategias formales e informales que se llevan a cabo en los distintos hogares en función de su composición, nivel socio económico y concepciones en torno al tema del cuidado.

El proyecto se propuso, en primer lugar, caracterizar los hogares de Montevideo con adultos mayores de 65 años en términos de su composición, nivel socio económico, actividad económica de sus integrantes, responsabilidad de las tareas domésticas, estrategias de cuidado, etc. En segundo lugar se propuso analizar la cobertura y las modalidades de prestación de los servicios formales de cuidado para los adultos mayores en Montevideo por medio de una caracterización de la oferta de servicios disponibles, públicos y privados; y en tercer lugar analizar las estrategias que desarrollan los hogares montevideanos con adultos mayores para asumir el cuidado de los mismos.

Para investigar la temática propuesta fue necesario plantear un abordaje metodológico que articulara distintas dimensiones analíticas, a nivel micro y macro así como perspectivas cuantitativas y cualitativas. La estrategia de investigación que se desarrolló planteó una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos para abordar las distintas dimensiones planteadas. Dadas las características y la extensión de este artículo, se presentará los aspectos más sustantivos de la caracterización de los hogares con adultos mayores y los principales hallazgos en términos de conclusiones generales del estudio.

Breve reseña conceptual

El proceso histórico a través del cual el Estado ha ido asumiendo responsabilidades sociales ha estado lleno de particularidades y presenta diferencias en las distintas sociedades. En nuestra región este proceso ha sido “incompleto” con relación a los países desarrollados y se ha profundizado con la

crisis de los estados latinoamericanos y los cambios en las políticas sociales de las últimas décadas que tienen como efecto privatizar la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del Estado hacia las familias.

Si bien gran parte de las necesidades de cuidado nunca fueron satisfechas por el Estado en nuestro país, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los cambios demográficos, la crisis económica y las transformaciones del Estado han aumentado las necesidades de cuidado insatisfechas, produciéndose un verdadero déficit de cuidado al que, a las viejas necesidades de cuidado, se suman las nuevas necesidades de cuidado. En la vida privada el déficit de cuidado es más notorio en familias donde las madres trabajadoras – casadas o solteras – no reciben ayuda suficiente de sus parejas o familiares, constituyendo una fuente de tensiones importante en las familias, especialmente para las mujeres. En el ámbito público, el déficit de cuidado se ve – entre otros indicadores- en la insuficiencia de atención que prestan las políticas sociales a la situación de las madres, de los ancianos, de los enfermos, de los impedidos.

Una cuantificación de las demandas de cuidado realizada anteriormente¹ nos permite afirmar que Uruguay presenta una demanda de cuidado superior a la de la población disponible para satisfacer esa demanda. La demanda total de cuidados para la población uruguaya es en promedio 40% superior a la población proyectada para los años 2010 y 2020. Si analizamos las proyecciones de demanda de cuidados respecto a la población adulta, de 20 a 64 años bajo el supuesto de que es este sector de la población quien está habitualmente a cargo de cuidar al resto de la población (niños, ancianos, enfermos, etc) las demandas de cuidado son aun mayores, se ubican en el 250%, es decir, que cada adulto deberá proporcionar en el futuro dos unidades y media de cuidado, o lo que es lo mismo, cuidar promedialmente a 2.5 personas.

En la situación actual en Uruguay, donde existe un déficit de cuidados importante, esta problemática no ha impactado aun con toda la fuerza que las cifras indican porque nuestro país tiene aun una generación de mujeres que amortiguan este impacto, es decir, mujeres de 60 y más años que no están incorporadas al mercado de trabajo remunerado (las amas de casa) y que de diversas formas responde a estas necesidades de cuidado insatisfechas. Pero, tomando en cuenta la tasa de participación laboral femenina, este efecto amortiguador desaparecerá en pocos años por lo que la problemática de la demanda de cuidados será un tema aún más grave.

El envejecimiento de las sociedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas e invalidantes plantean la necesidad de abordar la problemática relacionada con el cuidado y la atención de las personas dependientes. Estos cuidados se realizan en gran medida en el seno de las

¹ Una cuantificación de las demandas de cuidado para la sociedad uruguaya fue realizada en el marco de proyectos de investigación precedentes, siguiendo la metodología desarrollada en España por M.A. Durán. Para un detalle completo de estos estudios ver por ejemplo: El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas. Karina Batthyány. En "Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur" Aguirre y Batthyány (comp.), AUGM-CINTERFOR-OIT-UDELAR, Montevideo, julio 2001.

familias y en menor medida en la red de servicios socio-sanitarios (residencias geriátricas, hospitales, centros especializados, cuidados a domicilio, etc.).

Algunas evidencias internacionales² nos muestran que el predominio en el protagonismo de los cuidados a las personas mayores dependientes no se encuentra en los servicios formales de atención sino en el llamado apoyo informal. El apoyo informal se refiere a los cuidados y atenciones que son proporcionados a quien los precisa por sus allegados, familiares, amigos, vecinos, y se caracteriza por la existencia de afectividad en la relación y no está necesariamente profesionalizado.

En nuestro continente, el 80 por ciento (OPS, 2004) de los cuidados de salud a familiares con enfermedades crónicas o invalidantes son realizados por las mujeres dentro del hogar. Se trata de un trabajo diario, exigente y agotador que se suma a las otras tareas profesionales y domésticas, pero que simplemente no es reconocido como tal. Sin embargo, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, junto a las modificaciones demográficas de envejecimiento de la población, hacen que el problema llegue a un límite alarmante que exige pensar el tema socialmente.

Una fuerza de trabajo que –aunque no sea considerada como tal– paradójicamente sostiene la salud de miles de personas en todo el mundo. Se trata de un trabajo invisible que, al menos en la región, tendrá cada vez más demanda, porque se calcula que en poco más de una década habrá 100 millones de adultos mayores en América Latina, necesitando de apoyo y asistencia para cuidar su salud. Para todo ello, están las mujeres: madres, hijas y/o esposas. Convertido en una suerte de extensión del trabajo doméstico, el cuidado de salud en el hogar se mal entiende como “una tarea más” de la mujer.

Se denominan cuidadores informales a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse) administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras. Otros términos, con los que suele aludirse a la misma actividad de cuidado de los otros, son cuidadores-as familiares (a diferencia de cuidadores profesionales externos) y cuidadores principales (quien asume la responsabilidad principal). Como tantas tareas que se realizan en el seno de los hogares (ámbito privado), es difícil cuantificar el alcance de esta actividad. La inmensa mayoría de estos cuidadores son mujeres, lo que por sí sólo justifica una denominación del colectivo en femenino “cuidadoras”.

La conveniencia de un análisis con perspectiva de género no sólo se debe a la feminización de este colectivo sino a otros muchos aspectos como la propia naturaleza de la actividad como extensión del rol tradicional atribuido a las mujeres, las expectativas sociales y culturales sobre esta atención, las repercusiones del cuidado en la vida de las cuidadoras y la falta de reconocimiento y apoyo social a esta labor.

² Ver por ejemplo los estudios de Maria Ángeles Duran y de OPS.

Pueden encontrarse una serie de conceptualizaciones del “cuidado y las responsabilidades familiares” en la literatura más reciente sobre el tema sobre la que no nos extenderemos, básicamente todas estas definiciones concuerdan en tratar a éste como uno de los temas sustantivos más directamente relacionados al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres. Básicamente podemos concebir al cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social.

En la atención a las personas mayores que, por distintas causas, precisan de la ayuda de otra persona para hacer frente a las actividades de la vida diaria, intervienen tres agentes: la familia cuidadora o apoyo informal, el sector público con su oferta de servicios y prestaciones económicas, denominado servicios formales, y la oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa. En su nivel más general, el apoyo informal es el que se presta por familiares, amigos o vecinos, estas redes sociales se caracterizan por ser de reducido tamaño, existir relación y afectividad en el cuidado y, por no realizarse de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso.

A partir del incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad se derivan algunas consecuencias importantes para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la expectativa de vida extiende la vida de los individuos en su etapa adulta y avanzada. Esto tiene consecuencia en el incremento del tiempo dedicado a ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros), a las actividades personales, profesionales y de ocio; junto con una prolongación de edad de inicio de la vejez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos al reducir el número de miembros de la familia potenciales dadores de apoyos en la edad avanzada, así como genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y un aumento de los hogares con y de personas mayores. En este contexto, el paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población adulta mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar que experimentan las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos de apoyo social informales entre los que destacan el papel de los vínculos familiares.

Algunas características de los adultos mayores y de sus hogares.

El envejecimiento es creciente en el país: el Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina, asimilable a los países desarrollados. La mitad de la población tiene más de 31 años; el 13 % tiene más de 65. Según las proyecciones demográficas a partir del año 2040 los mayores de 64 años pasarán a ser más que los menores de 15 (Paredes, 2008). Desde el presente hasta el 2025 la vida media de los uruguayos aumentará en 5 años y se duplicará la población de 80 años y más, compuesta en un 66 % por mujeres (CEPAL 2000)

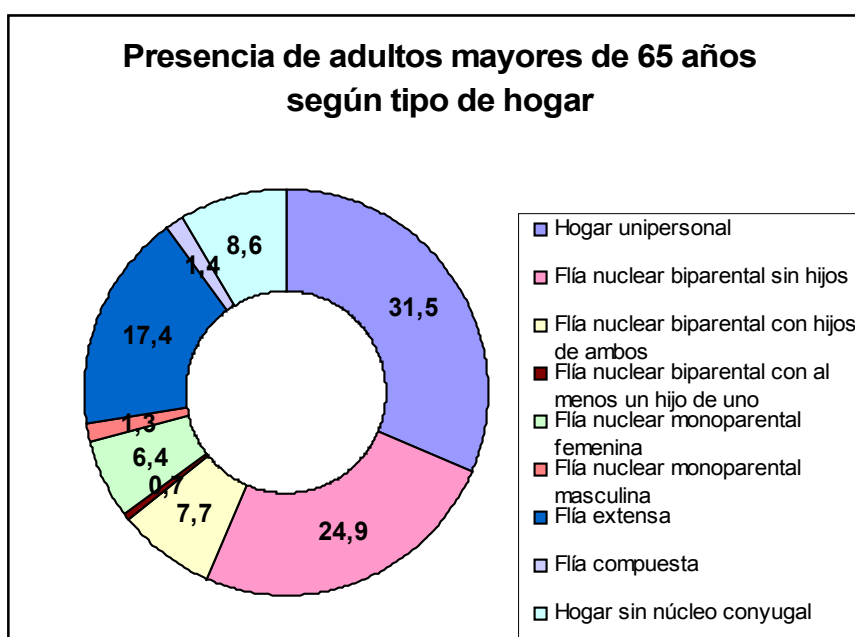
Numerosos estudios nacionales y regionales muestran que la vinculación entre el envejecimiento y las relaciones de género tiene una importante base demográfica. Las mujeres son la mayoría de las personas mayores y tienen una expectativa de vida superior que los hombres. Al respecto, los últimos datos disponibles para

nuestro país muestran que el índice de feminidad es de 111.6 para la población de 50 a 64 años, 136.5 para la comprendida entre 65 y 79 años y 201.9 para la mayor de 80 años. (INE 2006)

Una de las consecuencias de tener una vida más larga es que la viudez es mucho más probable en las mujeres. De hecho, es el estado civil de prácticamente la mitad de las mujeres de más de 64 años, mientras que en los hombres del mismo intervalo de edad supone menos del 20%. Los hombres suelen acabar sus días junto a su cónyuge; las mujeres no.

Todo parece indicar que, a partir de la madurez, la compañía de familiares directos es más exigua para las mujeres que para los hombres. La evolución de la estructura de los hogares en Uruguay es bastante sintomática. A la vez que se reduce el número medio de personas en cada hogar, aumenta el peso de los hogares formados por parejas sin hijos, el de los monoparentales y el de los unipersonales.

La clasificación según tipo de hogar para los hogares con adultos mayores, de acuerdo a la encuesta de hogares 2006 (ENHA 2006), muestra que el 31.5% corresponde a hogares unipersonales; 25% a parejas sin hijos en el hogar, 8% a parejas con hijos de ambos, 17% a hogares extensos, y 6% hogares monoparentales femeninos.



Fuente: Batthyány, Cabrera y Scuro (2007). Elaboración propia en base a ENHA – INE 2006.

En suma, dentro del universo de los hogares con adultos mayores se observa un predominio de los hogares “unipersonales”, seguido por “parejas sin hijos” donde ambos cónyuges son adultos mayores y de hogares trigeracionales.

Percepción social de la responsabilidad del cuidado del adulto mayor.

De acuerdo a una investigación publicada en 2005, las opiniones referidas a la protección el cuidado de las personas mayores muestran que más de un 40% de la población atribuye al Estado un papel central (de manera exclusiva, principal o compartida con la familia). Cerca de uno de cada tres montevideanos se inclina por responsabilizar a las familias pero con la ayuda del Estado. A su vez, en el otro extremo se encuentra un 28% que le atribuye responsabilidad exclusiva a las familias en el cuidado de las personas mayores.

Protección y cuidado de personas mayores según sexo del/la encuestado/a

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
El Estado	10,3	4,7	7,1
Principalmente el Estado con ayuda de las familias	8,9	8,8	8,8
Por igual el Estado y las familias	26,1	22,4	24,0
Principalmente las familias con ayuda del Estado	25,4	32,6	29,6
Solamente las familias.	26,4	28,9	27,8
Agentes sociales, comunidad, con el Estado	2,9	2,6	2,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: “Uso del tiempo y trabajo no remunerado” Aguirre y Batthyány, UNIFEM-UDELAR, 2005, Montevideo.

Algunas características de la oferta de servicios privados de compañía para los adultos mayores.

La investigación referida al comienzo de este artículo realizó una caracterización de la oferta de servicios de cuidados a los adultos mayores desde el sector privado. Se trató de un estudio de carácter exploratorio, donde el universo de trabajo fueron los servicios privados que brindan cuidados en el hogar a los adultos mayores en la ciudad de Montevideo. Se presentarán a continuación dos datos relevantes de esta caracterización.

Estas empresas tenían al momento del relevamiento, un total de 178.170 socios de los cuales el 67% son mayores de 65 años, lo que representa a su vez aproximadamente el 60% de las personas mayores de 65 años que viven en Montevideo. Se trata por tanto de un servicio masivo, dentro de un segmento de la población que potencialmente puede tener necesidad de requerir cuidados en

centros asistenciales o en el hogar. De los socios mayores de 65 años la mayor parte son mujeres y la mayor parte tienen cobertura de salud a nivel mutual.

Cobertura de las empresas de compañía sobre el total de la población montevideana por edad. Año 2006.

Edad de Socios	Nº de socios	Individuos	Cobertura Poblacional
Menores 64 años	59.047	1.127.669	5%
Mayores de 65 años	119.123	198.299	60%
Total	178170	1.325.968	13%

Tal como puede observarse, las empresas en su gran mayoría emplean mano de obra femenina, mostrando una clara feminización de esta actividad.

Total de empleados según tipo de empresa

Sexo empleados	Total	Tamaño de la empresa		
		Pequeña	Mediana	Grande
	%	%	%	%
Mujeres	73	77	87	71
Hombres	27	23	13	29
Número total De Empleados	2866	138	158	2570

La edad promedio de los empleados que realiza tareas de cuidado se ubica entre los 41 y los 50 años. El nivel educativo exigido por las empresas al personal que emplea tiende al ciclo básico, y sólo en algunas se exige formación específica del área de la salud.

Algunos hallazgos

Las entrevistas realizadas en esta investigación a mujeres y varones cuidadores de adultos mayores en los hogares, posibilitaron ver los dilemas de cuidado que reflejan tensiones sociales, las estrategias familiares que evidencian valores y comportamientos y la construcción social del cuidado designado como femenino y asignado a la mujer.

Claramente se observó que el mayor apoyo es prestado por los familiares femeninos de la familia. Los sistemas de creencias persisten y continúan influenciando las conductas a pesar de que las condiciones estructurales y sociales están cambiando, lo que acarrea problemas y dilemas para el cumplimiento de estas obligaciones.

De las necesidades que las personas mayores dependientes tienen, están las de tipo sanitario y las de cuidados personales. La organización de la protección social a la dependencia en los mayores está dividida entre los servicios formales y el apoyo informal. Los servicios formales responden a la dependencia entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. El resto de la protección a los dependientes mayores, que supone la mayor parte de los cuidados personales, es responsabilidad de la familia y en particular de la mujer, situación similar a la que se observa en otros países de la región y del mundo occidental.

El cuidado de los adultos mayores en el estudio realizado, recae mayoritariamente en el denominado apoyo informal, recurso eufemístico para referirse a la familia. La solidaridad familiar sigue muy presente en nuestra sociedad y la responsabilidad atribuida a las mujeres de ser las encargadas de atender a las personas con necesidad de cuidados, tanto dentro como fuera de la familia, sigue sus pautas más tradicionales. La mujer se ha incorporado al espacio público, se ha integrado en el ámbito laboral, político y social, con la particularidad de que el espacio de lo privado no ha dejado de serle propio. La atribución de roles en función del sexo parece mantener su pauta más tradicional en lo que concierne a los cuidados.

Como se mencionó, la familia (las mujeres de la familia) asiste y cuida a sus miembros en edad avanzada, este cuidado adquiere características diferenciales de acuerdo a la realidad sociodemográfica de la familia y las condiciones de ventaja o desventaja en las que el adulto mayor se encuentra.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, La designación como *cuidadora principal* entre los miembros de la familia, atiende a razones que no se verbalizan de manera explícita, pero, resulta significativa la asociación que las cuidadoras establecen entre su designación como cuidadoras y otros rasgos como: el sexo (ser mujer) y el parentesco (ser hijas y esposas). En todos los casos, el cuidado de la persona mayor, recae en la población femenina de la familia como una consecuencia natural, sin posibilidades de contestación, y sin que suponga una toma de decisión consciente por parte de la mujer que lo asume. Los varones de la familia apenas participan de la posibilidad de ser designados.

Las actividades y tareas están en función del grado de dependencia de la persona mayor atendida que, según sea más leve o severa, el cuidado tendrá más dificultades y exigencias. El rol de cuidadora supone una multiplicidad de actividades que van más allá del cuidado personal. Controlan su enfermedad, su medicación, aportan apoyo emocional, afectivo y social a la persona mayor y hacen frente a todas las situaciones que puedan producirse a lo largo del día.

Cuando se habla de motivos involucrados en el cuidado se debaten entre el *debe ser* normativo que obliga y determina formas, expectativas y sentimientos al cuidado; la *reciprocidad* y los lazos familiares de lealtad y, el *amor* y cariño que sienten por la persona dependiente.

El cuidado realizado por la familia es raramente puesto en cuestión y se da por supuesta la eficiencia del realizado por las cuidadoras, mientras que el cuidado

formal, se percibe como inferior por el hecho de no contar con la relación afectiva. Los cuidados profesionales están constantemente revisados y sujetos a escrutinio, a diferencia del cuidado familiar que se toma como bueno per se, como si el afecto fuera suficiente para proporcionar la calidad de vida adecuada a la persona dependiente.

Ahora bien, los mecanismos y estrategias sobre el cuidado informal y los sistemas de apoyo e intercambio, nos permiten observar que el adulto mayor no sólo es receptor sino también proveedor de diferentes tipos de ayuda, principalmente hacia sus hijos y en el cuidado de sus nietos, elemento que no relataremos en esta ocasión.

En lo que refiere al cuidado de los adultos mayores en el hogar, las entrevistas realizadas han aportado elementos interesantes que intentaremos sistematizar a los efectos de construir tipos de cuidado al interior de los hogares.

Estrategia 1. Solidaridad y altruismo: existencia de un cuidador principal

Una primera estrategia detectada se relaciona con la existencia de un cuidador principal, es decir una persona en el hogar que asume la tarea de cuidado del adulto mayor, generalmente se trata de una mujer, esposa o hija del adulto mayor en cuestión. En el marco de este cuidador principal se detectan a su vez varias categorías de cuidadores diferentes. En primer lugar, una situación de **cuidado recíproco** o de intercambio de cuidados entre cuidador y persona cuidada. Generalmente se trata aquí de hogares trigeracionales, donde los adultos mayores “abuelos” son cuidados por sus hijos pero a su vez colaboran en el cuidado de sus nietos. En segundo lugar, encontramos los “**cuidadores por naturaleza**”, que asumen la tarea de cuidar a los adultos mayores como algo natural, vinculado a obligaciones de carácter moral o ético, a la esencia del ser femenino. Quienes se ubican en esta situación son mujeres.

Estrategia 2. Contratación de servicios: existencia de cuidado formal en el hogar

Una segunda estrategia se refiere a la existencia de un cuidado formalmente establecido, que atiende distintas necesidades de los adultos mayores: alimentación, atención de la salud, internaciones, recreación, etc. Encontramos dos situaciones diferenciadas en los hogares; una primera situación vinculada a la existencia de un **servicio de cuidado formal** establecido, generalmente referido a cuidados por episodios de salud, internaciones o cuidados en domicilio, vinculados a enfermedades. Estos servicios no atienden las necesidades cotidianas pero sí las excepcionales. La segunda situación refiere a la existencia en el hogar de **servicio doméstico contratado** para atender las necesidades cotidianas y permanentes de los adultos mayores. En ambos casos se trata mayoritariamente de trabajadoras femeninas.

Estrategia 3. Redes informales y familiares: existencia de cuidado informal externo al hogar.

Una tercera estrategia a la que se recurre es al cuidado informal externo al hogar. Aquí se trata principalmente de apoyo al adulto mayor por parte de vecinos,

amigos, familiares no residentes. Esta estrategia se caracteriza por apoyo no estructurado para atender algunas de las necesidades de los adultos mayores, pago de cuentas, realización de mandados, visitas y recreación, etc.

Estrategia 4: auto cuidado del adulto mayor y apoyo de las redes de pares.

Una cuarta estrategia relevada en el estudio es el auto cuidado del adulto mayor y el apoyo por parte de las redes de pares.

Finalmente, encontramos situaciones de adultos mayores que integran hogares unipersonales y son independientes y manifiestan no tener necesidad de cuidados. No se perciben a sí mismos como sujetos de cuidado.

Estas estrategias de carácter exploratorio descritas requieren en el futuro de investigación de corte cuantitativo, como por ejemplo encuestas representativas de la población adulta mayor, que permitan dimensionar el volumen de población involucrada en cada caso, dimensionar los programas y calcular los costos de las políticas a implementar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre Rosario y Batthyány Karina (2005) "Uso del tiempo y trabajo no remunerado". UNIFEM-UDELAR, Montevideo 2005.
- Aguirre Rosario y Batthyány Karina (2004) "El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género". Universidad de la República, UNICEF, Montevideo.
- Alméras, Diane (1997). "Compartir las responsabilidades familiares, una tarea para el desarrollo". CEPAL, Documento de referencia No. 6, Chile.
- Batthyány, Karina. (2001) "El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas." En "Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur" Aguirre y Batthyány (comp.), AUGM-CINTERFOR-OIT-UDELAR, Montevideo, julio 2001.
- Batthyány, Karina (2004). Trabajo y cuidado infantil: ¿un desafío exclusivamente femenino?. Montevideo, CINTERFOR-OIT.
- Berriel, F. y Pérez, R, (1998) "Adultos mayores montevideanos: imagen del cuerpo y red social". En: *Revista Universitaria de Psicología*, Segunda Epoca, N°1, Montevideo.
- Casado, D. y López, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección estudios sociales n° 6. Fundación la caixa. Barcelona.
- CEPAL/CELADE (2003) La situación de las personas mayores. Documento de Referencia de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile 19 al 21 de noviembre de 2003
- Damonte, Ana María. (2001) "Como envejecen los uruguayos". CEPAL, Montevideo, 2001.
- Durán, María Angeles. (2000) "Uso del tiempo y trabajo no remunerado". Revista de Ciencias Sociales, Número Monográfico: Desigualdades sociales de género. FCU. Montevideo.

- Durán, M.A. (1999) Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid: Fundación BBV.
- Fraser, N. (1997) "Justitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición de postsocialista". Siglo del Hombre Editores. Biblioteca Universitaria. Colombia.
- Guzman J., Huenchuan S. y Montes de Oca V. (2003) "Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual", Revista Notas de Población de la CEPAL No. 77, CELADE División de Población de la CEPAL.
- Huenchuan Sandra (2005) Políticas de vejez en América latina: elementos para su análisis y tendencias generales, Revista Notas de Población No.78, CELADE-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile, 2005.
- IMSERSO (2005). Cuidados a las Personas Mayores en los HogEspañoles. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid
- Knijn, T y Kremer, M. (1996) "Towards inclusive citizenship: gender and the caring dimension of Welfare States". En : Engendering citizenship and care. Seminar 1 of the EC Programme "Gender and Citizenship". Holanda, 1996.
- Murillo, S. (1996) "El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio". Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Palloni, Alberto, Susan De Vos y Martha Peláez (2002), "Aging in Latin America and the Caribbean", Working paper, N° 99-02, Madison, Wisconsin, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin.
- ROBLES Leticia, Quiénes cuidan a los ancianos?: una cuestión de mujeres, no de familia. Ponencia presentada en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003.
- Saad Paulo (2003) Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Estudio comparativo de encuestas. Revista Notas de Población No. 77, CELADE-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile.
- Scott, A. y Wenger G (1996) "Género y redes de apoyo social en la vejez", en Arber, Sara y Jay Ginn, 1996, Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico, Ed. Narcea, Madrid.