Diagnóstico sobre Cuidados en la Ciudad de Trelew

Marcela Inés Freytes Frey, Marina Veleda,
Verónica Vila & Cecilia Russo



Trelew Ciudad de Cuidados

Universidad del Chubut

Diagnóstico sobre Cuidados en la Ciudad de Trelew

Marcela Inés Freytes Frey, Marina Veleda,
Verónica Vila & Cecilia Russo

Autoridades Universidad Del Chubut:

Rectora:

Dra. Graciela DI PERNA

Vicerrector:

Lic. Cristian Fernando MENCHI

Secretario Académico:

A.P.U. Aldo ANA

Secretario Administrativo:

Cdor. Alejandro VILA

Directora de la U.A. de Salud Social y Comunitaria:

Dra. Marcela Inés FREYTES FREY

Director de la U.A. de Producción, Ambiente y Desarrollo Sostenible:

Ing. José Eduardo EPELE

Directora de Extensión y Bienestar Universitario:

Lic. María Verónica VILA

Director de Asesoría Legal:

Abog. Patricio ORLER

Autores y Colaboradores

Equipo Técnico a cargo de Relevamiento y Diagnóstico territorial participativo

Dra. Marcela Inés Freytes Frey (Directora)
Lic. Marina Veleda (Coordinadora)
Lic. Verónica Vila
Mg. Cecilia Russo
Lic. Patricia Marileo
Lic. Nadia Monteros

Apoyo técnico y logístico por parte del Municipio de Trelew

Lic. Olga Vicente
Prof. Silvina Diez

Estudiantes a cargo de desgrabación de entrevistas y observación de grupos focales

Naiquen Aranzazu Kalil
Jessica Anahí Moreley
Sara Oriana Jinks Correa
Florencia Rinaldi
Mariana Campos
María Pilar Guido Lavalle

Comunicación y registro audiovisual en el proceso de diagnóstico

Lic. María Paula Salgado
Tec. Néstor David Gallo

Apoyo Administrativo

Analía del Carmen Miranda

Diseño y Maquetación

Lic . Rodrigo Ezequiel Jaldo

Sobre la accesibilidad digital en este libro

La Universidad del Chubut, pretende adecuar su **producción documental institucional** con el objetivo de garantizar la **accesibilidad a la información** más allá de la condición física o las facultades cognitivas de los lectores.

En esta primera etapa, se contemplan tres aspectos que permiten planificar y elaborar **recursos digitales** de calidad:

- Algunas pautas del diseño universal o diseño sin barreras.
- La **experiencia del Usuario** centrada en el destinatario con eficiencia, considerando la comodidad en la accesibilidad.
- La l**ectura fácil** que considera aspectos de la discapacidad cognitiva y el Tratado de Marrakesh y la discapacidad visual.

En esta oportunidad, se aplican las **Normas APA** para las citas y referencias bibliográficas y se implementa en el documento, algunas **buenas prácticas universales** que son recomendadas considerando al destinatario de la obra.

Para ello, utiliza lenguaje conocido por la audiencia, fuente sin serifa 'Raleway Medium' de 16 puntos, espaciado entre líneas de 24 puntos y espaciado entre párrafos de 5 mm, no justifica el texto, ni utiliza columnas. Además, utiliza un buen contraste entre texto y fondo e incorpora los índices interactivos respetando el azul como color para los hipervínculos. Otorga además a los textos de anclaje, la información del destino.

Nuestra Universidad promueve el compromiso de producir **documentos de calidad académica** e impulsa la **accesibilidad digital** ya que facilita la inclusión, la lectura y el aprendizaje.

Agradecimientos

Nuestro profundo agradecimiento:

A todas las personas que se involucraron y brindaron su testimonio de manera desinteresada y voluntaria. Sin sus testimonios, este diagnóstico no hubiera sido posible.

Al Consejo Federal de Inversiones, por prestar sus instalaciones para la realización de algunos grupos focales.

A Paula Salgado y David Gallo, que asistieron a cada Grupo Focal a registrar los encuentros de modo audiovisual.

A las estudiantes que participaron en el proyecto, sin su trabajo tan prolijo de desgrabación de las entrevistas, este informe no hubiera sido posible.

A todas las cuidadoras y cuidadores domiciliarios, que de modo tan afectuoso y comprometido nos relataron el trabajo que realizan, sus problemáticas y aspiraciones.

A Analía del Carmen Miranda, por estar pendiente de cada detalle administrativo en esta instancia del proyecto.

A la Profesora Marcela Torrent y la Tec. Gladis Calabrano, docentes de la Universidad del Chubut especializadas en estadística, que brindaron su apoyo y conocimiento para la construcción de indicadores para el caso de la población adulta mayor.

A la Asociación Civil PRAXIS, que desinteresadamente colaboró en la construcción de dichos indicadores.

A Rodrigo Jaldo, por la lectura y corrección final del presente informe.

A todas las Organizaciones que avalan el Proyecto y lo han hecho posible: Municipio de Trelew; Universidad Nacional de Tres de Febrero a través del Centro de Estudios de Economía Social; Subsecretaría de Asociativismo y Economía Social de la Provincia de Chubut; Mesa de Enlace Provincial Interpoderes para Erradicar la violencia familiar y de género; Dirección Provincial de Diversidad y Género; Sindicato de Amas de casa (SACRA) Filial de Chubut; Cooperativa de Servicios Públicos de la Ciudad de Trelew; Alibuen Patagonia Asociación Civil; Cooperativa de Trabajo "Manos que Cuidan" de la ciudad de Esquel; Federación de Cooperativas de Trabajo de la República Argentina (FECOOTRA); Cooperativa Social Duemilauno Agenzia Sociale, Trieste, Italia.

A Olga Vicente y Silvina Diez, que desde el Municipio de Trelew, de manera permanente estuvieron atentas y comprometidas con cada instancia organizativa y de logística en esta primera etapa del proyecto.

A Exequiel Villagra, Subsecretario de Asociativismo y Economía Social de la Provincia de Chubut, por su apoyo incondicional con cada instancia de este diagnóstico y el proyecto en general.

Al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD- por el otorgamiento del financiamiento que hace posible la realización de este Proyecto.

Índice

Capítulo 1: Introducción 2

Capítulo 2: Marco conceptual 6

- Género y desigualdad en América Latina 6
- Desigualdad de género y trabajo 8
- El panorama argentino 9
- El Cuidado como cuestión social, de género y como ámbito de Derechos 10
- Políticas públicas de cuidado 13
- Las necesidades de cuidados en Argentina 15
  - a. En personas con discapacidad 15
  - b. En personas adultas mayores 18
  - c. En la primera infancia 24

Capítulo 3: Aspectos metodológicos 29

Capítulo 4: Estado de situación socio-sanitaria a nivel local 34

Capítulo 5: El cuidado desde la percepción de actores involucrados 40

- a. El caso de las personas adultas mayores 40
  - La práctica laboral de las cuidadoras y cuidadores 48
- b. El caso de las personas con discapacidad (diversidad funcional) 52
  - El impacto de la dimensión de género en el análisis 53
  - El rol Estatal. El cuidado como Derecho. La percepción de características especiales 57
- c. El caso de la primera infancia 61

Capítulo 6: Conclusiones 70

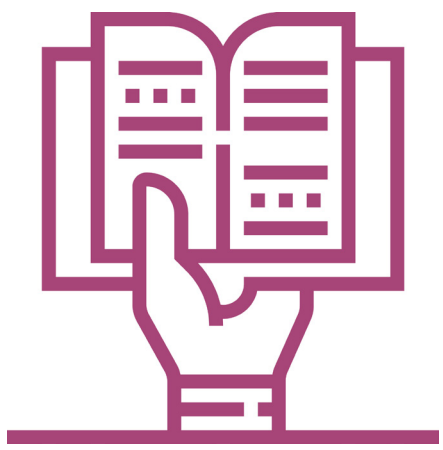
Bibliografía 80

Anexos 85

- 1) Listado de entrevistas y grupos focales 85
- 2) Guía de entrevista unificada 87
- 3) Potencial demanda de cuidados de Adultos Mayores según indicadores estadísticos 91

Primera Parte

Encuadre conceptual y metodológico



Capítulo 1: Introducción

Este informe tiene por objetivo presentar la **sistematización** del trabajo realizado en la primera etapa del Proyecto "Trelew Ciudad de Cuidados: hacia una red de cooperativas de trabajo que promueva el desarrollo local sostenible", implementado desde la Universidad del Chubut en conjunto con el Municipio de Trelew y el apoyo de algunas instituciones como la Universidad Nacional de Tres de Febrero y la Subsecretaria de Asociativismo y Economía Social de la Provincia de Chubut, entre otros. El proyecto cuenta con financiamiento del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), tiene una duración de dos años (2019-2020) y se propone como objetivo general contribuir a la creación de una **Red de Cooperativas de Trabajo** que brinden servicios de cuidados para la primera infancia, personas adultas mayores y/o con alguna discapacidad, conformadas por colectivos en situación de vulnerabilidad, tendientes a promover el desarrollo local en la Ciudad de Trelew desde una perspectiva de derechos, con especial énfasis en el enfoque de género y promoviendo la corresponsabilidad entre Estado y Comunidad.

A través de un **trabajo intersectorial** e interdisciplinario en el que participan referentes de ámbitos gubernamentales, académicos y de las organizaciones sociales, el proyecto busca conformar un entramado para fomentar el desarrollo local y mejorar la calidad de vida de la población, contribuyendo a consolidar políticas públicas que fortalezcan el modelo asociativo para responder a las necesidades de cuidado de distintos colectivos con características particulares. La propuesta se apoya fuertemente en el entrecruzamiento de los desarrollos de la Economía Social y Solidaria y la Salud Comunitaria.

El objetivo de la primera etapa fue realizar un **proceso diagnóstico y de relevamiento participativo** sobre las necesidades de cuidado de personas mayores, primera infancia y población con alguna discapacidad en la Ciudad de Trelew. También se buscó poder dar cuenta del modo en que actualmente se está dando respuesta a estas necesidades, tanto desde el ámbito público como privado.

El proceso diagnóstico fue desarrollado entre febrero y junio de 2019 mediante un **abordaje fundamentalmente cualitativo**, pero se incluyeron cuestiones cuantitativas para enriquecer el análisis y la sistematización. Un aspecto a destacar es el alto grado de participación e involucramiento de diferentes agentes gubernamentales, referentes comunitarios, cuidadoras y cuidadores domiciliarios y otras personas de la comunidad que de manera voluntaria se sumaron a las diferentes instancias de relevamiento.

El informe se organiza en **dos grandes apartados**. En el primero, se presenta el marco teórico y metodológico desde el cual nos posicionamos, sobre cuya base se analizará posteriormente el material relevado. Es así que comenzamos desarrollando la situación de América Latina en relación a las dimensiones de género y desigualdad, ligando luego con las inequidades de género en relación al mundo del trabajo. Además, entendemos que plantear el tema de cuidado de las infancias, personas con discapacidad y personas adultas mayores en su diversidad supone una complejidad que involucra múltiples entrecruzamientos, entre ellos, visibilizar el tema de la desigualdad y las brechas de género que impactan fuertemente en esta cuestión, dado que históricamente los roles y funciones de cuidado han sido desarrolladas por las mujeres, invisibilizadas en términos de trabajo remunerado. Con lo cual, analizar el problema del cuidado hace a la cuestión de las desigualdades, y su abordaje requiere asumir una perspectiva de derecho y una mirada de género que la corra del ámbito estrictamente privado y doméstico. Situar estos ejes a nivel regional permite entender y contextualizar la situación nacional, para posteriormente poder interpretar el escenario a nivel local.

Esta caracterización lleva a introducir también el tema de las **políticas públicas de cuidado**, analizando la situación del país, y poniendo en tensión la actualidad

de las mismas con las necesidades de cuidado en la población sobre la cual se está realizando el relevamiento. En este desarrollo, se introduce la conceptualización sobre cómo entendemos las necesidades de cuidado con la finalidad de clarificar los aspectos sobre los que estamos trabajando. En esta línea, se describen las particularidades en relación a necesidades de cuidados de las infancias, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad, entendiendo que si bien hay cuestiones generales que hacen al cuidado, hay especificidades con son necesarias destacar. Este primer apartado del trabajo finaliza con la presentación de los aspectos metodológicos que permitieron el proceso de diagnóstico participativo y relevamiento de la información.

En la segunda parte, se analiza la información relevada en el proceso diagnóstico territorial, ya centrado en la ciudad de Trelew, provincia del Chubut. Se incluye para ello la descripción de la situación socio-sanitaria local, como parte de la contextualización y de la presentación de los recursos actuales y circuitos existentes para dar respuestas a las necesidades de cuidado.

En este apartado, resulta de especial interés la recuperación de las voces de los distintos actores institucionales, gubernamentales, comunitarios y ciudadanas y ciudadanos en general, que participaron del proceso motivados por su interés en el tema o por su involucramiento personal o laboral. En este sentido, se desarrolla el análisis de la percepción de estos actores en relación a la situación de las infancias, personas adultas mayores y personas con discapacidad, y se introduce una mirada sobre la **importancia de las figuras que desarrollan estas actividades de cuidado**, entendiendo que esta actividad implica la necesidad de capacitaciones específicas y formatos de organización del trabajo que hasta el momento no se han desarrollado. El desarrollo de este apartado nos permite recuperar lo planteado en el primer tramo y poner en diálogo la situación actual con las necesidades existentes, aspecto fundamental en el marco de un proyecto cuya meta principal es proponer un modelo organizativo que dé respuesta a estas necesidades desde organizaciones más amigables para quienes precisan cuidados y quienes cuidan. Se destaca con especial relevancia la mirada hacia el cuidado desde un abordaje integral y desde una perspectiva de derechos humanos, la cual involucra al Estado como co responsable de dar respuesta a estas temáticas.

En las conclusiones sintetizamos y resaltamos los aspectos centrales que se han identificado en el diagnóstico, los que se espera no solamente considerarlos en la siguiente instancia del Proyecto - que consiste en desarrollar procesos de capacitación para cuidadoras y cuidadores domiciliarios- sino también que puedan asumirse de manera amplia por diferentes personalidades locales en pos de impulsar el desarrollo local sostenible en la Ciudad de Trelew. Por ello, finalizamos el trabajo planteando una serie de **recomendaciones**, que se espera poner en diálogo con distintas áreas gubernamentales y comunitarias con el fin de abordar la cuestión social del Cuidado a nivel local, desde una mirada integral, de política pública, de derechos y de género, en articulación con el campo asociativo.





Capítulo 2: Marco conceptual

Género y desigualdad en América Latina

América Latina es uno de los continentes más desiguales en el mundo. Esta situación, que se fue dando a la largo de los últimos cinco siglos, sufrió una profundización en la primer década del S.XXI, producto de lo que Segato (2018) llama la "*fase apocalíptica del Capital*". Esta denominación la utiliza para caracterizar la época actual en la cual asistimos a una aceleración del ritmo de concentración de la riqueza, con la contrapartida de una incapacidad institucional y estatal de contener sus efectos en la población (Segato, 2018). Dentro de estos aspectos, es particularmente compleja la situación de i**nequidad y desigualdad de género**, especialmente porque en un contexto de desigualdad generalizada, se entrecruzan una diversidad de tipos de vulnerabilidades, que implican diferentes desafíos. Esta situación se encuentra invisibilizada en muchos casos, dado que las desigualdades están naturalizadas, es decir, que desde el sentido común de la población se toman estas situaciones de desigualdad crónica como inevitables y naturales, sin tener en cuenta la dimensión política que entra en juego en la diversidad de los escenarios.

Frente a esta situación, en una mirada a la historia reciente en la región, se pueden ubicar los **intentos no exitosos** de instaurar políticas públicas para el desarrollo de sistemas universales de protección en salud, educación y seguridad social. Incluso, aún en los países que se logró un desarrollo de mayor cobertura, como en Argentina, la misma quedó articulada a la situación de empleo formal y sustentada en un modelo familiarista (Barba Solana, 2015).

La idea del **modelo familiarista** se resignifica desde la mirada que articula el papel de las relaciones de género y la colonialidad del poder. Por ejemplo, Segato (2011) sitúa como se fue dando la reconfiguración de las relaciones de poder propias del patriarcado a partir de la colonización y el posterior desarrollo de los Estados-Nación, a partir de sus estudios sobre cómo el mundo colonial moderno impregnó las relaciones de género previas al desarrollo colonial en América. Esta autora ubica que, si bien previo a la conquista española había una dualidad jerárquica entre hombres y mujeres, la misma tenía un forma de organización definida como patriarcado de baja intensidad. Dentro de este sistema, ambas partes constituían una completud dotada de politicidad, siendo lo propio del hombre el espacio público y de la mujer el espacio doméstico. Sin embargo, este último no se reducía a un espacio privado de intimidad, si no que tenía una politicidad y un estilo de deliberación propio que fue clausurado por la historia colonial (Segato, 2018).

El **proceso de conquista**, colonización y posterior desarrollo de los Estados Nación implicó una apropiación de términos y categorías preexistentes que fueron resignificados:

> ***Cuando esta colonial/modernidad se le aproxima al género de la aldea, lo modifica peligrosamente. Interviene en la estructura de relaciones de la aldea, las captura y las reorganiza desde dentro, manteniendo la apariencia de continuidad, pero transformando los sentidos, al introducir un orden ahora regido por normas diferentes. (…) La superinflación de los hombres, en su papel de intermediarios con el mundo exterior, del blanco; y la superinflación de la esfera pública, habitada ancestralmente por hombres, con el derrumbe y privatización de la esfera doméstica. (Segato, 2011)***

Si bien se han ido transformando a lo largo de la historia, estas rupturas impactaron en las relaciones de género de una forma determinante, naturalizado una forma que las **invisibiliza**. Se ubica entonces el desarrollo silencioso de un proceso de profundización de las desigualdades de género, la cual constituye una de las formas predominantes de desigualdad en América Latina. Al haber sido fuertemente invisibilizadas por el sistema patriarcal, sólo pudo ser problematizada recién en las últimas décadas.

Desigualdad de género y trabajo

Se mencionó anteriormente como se presenta en la actualidad la particularidad de una aceleración inédita de la concentración de la riqueza a nivel mundial. Paradójicamente, esta situación se produce junto a un creciente aumento del desempleo, ligado fuertemente a las transformaciones en el mundo del trabajo. El crecimiento económico sin aumento de empleo implica "cambios sustanciales en los niveles de empleo y remuneración, así como en los modos de organización y gestión del Capital y la Fuerza del Trabajo" (Marini, 1997).

En función de los objetivos de este trabajo, se focaliza la **profundización de las brechas ligadas a la cuestión de género**. Con relación a la incorporación de las mujeres al mundo del trabajo, Valdivieso (2018) plantea que este proceso constituyó inicialmente una estrategia para salir de la pobreza, pero el mismo no implicó acabar con la desigualdad. Las luchas por acceder a la educación y, posteriormente, a mejores empleos, no fue garantía de mejora en términos de igualdad. La autora sitúa, además, que esa incorporación no tuvo en cuenta las tareas y actividades que las mujeres ya desarrollaban en el espacio privado. Lo cual, al no ser reconocido como trabajo, no permitió que se desarrollaran propuestas claras de compatibilización de ambos mundos, el laboral y el doméstico.

La **desigualdad de género** es una dimensión estructural en nuestras sociedades latinoamericanas. En los distintos territorios las mujeres acceden en mayor proporción que los hombres a los empleos más precarizados o que requieren menor calificación. Asimismo, suele desempeñarse en aquellas actividades que ratifican la división sexual del trabajo, las que se constituyen como una extensión del trabajo reproductivo y doméstico (Freire, 2018). Esta caracterización, es particularmente adecuada a la situación actual de una parte importante de las tareas relacionadas al cuidado. Especialmente las referidas al trabajo de cuidadoras y cuidadores de personas adultas mayores, niñas y niños y personas con discapacidad en el ámbito doméstico. Esta cuestión se retomará en el siguiente apartado.

Las tareas relacionadas a la vida y a la reproducción son percibidas como propias de las mujeres. Beramendi (2018) sitúa, desde una perspectiva histórica, como las mujeres constituyeron un ejército de reserva cuyo trabajo, no reconocido

en el ámbito doméstico, sostuvo el trabajo reconocido de los hombres en los ámbitos extrafamiliares. Ubicando en la división sexual del trabajo doméstico, el sostenimiento del vivir cotidiano, de manera funcional al avance del Capitalismo. La autora enfatiza como el **valor económico del trabajo doméstico** no fue reconocido, pero sobre él se articuló todo el aparataje de producción del sistema económico. Lo cual, aún en la actualidad, constituye un desafío en términos de lucha por la igualdad de oportunidades desde la perspectiva de género.

El panorama argentino

Específicamente en Argentina, en el relevamiento de informes de diversos organismos se encuentran datos que ilustran contundentemente las **brechas de género** en el mundo del trabajo. Entre ellos, en las conclusiones del III y IV Boletín Estadísticos de Género del INAM (2018), se pueden encontrar las siguientes referencias:

Según indicadores principales del mercado laboral, la tasa de actividad y de empleo de varones supera en más de 20 puntos a la de mujeres. La **tasa de desocupación** tiene un comportamiento inverso, por lo cual se registra una tasa del 9,5% para mujeres y de 7,3% para varones.

En relación con la **distribución de ingresos**, la situación de las mujeres es desfavorable respecto de los varones. En tanto las primeras se concentran en los deciles de menores ingresos (38,2%), los segundos se concentran mayoritariamente en los últimos deciles (37,2%), es decir entre los de mayores ingresos dentro de la población. Si se tiene en cuenta el promedio de ingresos totales (laborales y no laborales) se observa que la brecha entre varones y mujeres resulta del 26% para el tercer trimestre de 2018.

En cuanto a la **población inactiva**, el 23,9% de mujeres se dedican al trabajo no remunerado y a tareas de cuidado, en tanto sólo el 4,3% de varones declara estar en la misma situación. Mayoritariamente son las mujeres quienes se encuentran en esta situación, alcanzando un 90.3%, respecto a un 9.7% de los varones

La **participación laboral** de mujeres jefas de hogar se ve afectada por las tareas no remuneradas y las tareas de cuidado en los hogares con niños y niñas. En tal sentido,

se observa que a medida que aumenta la edad de hijos e hijas se incrementa la participación de mujeres en el mercado de trabajo, a diferencia de lo que ocurre con los varones.

Estos datos reflejan la situación de **desigualdad de género** en el mundo laboral de Argentina, común a la Región, los cuales demuestran la preponderancia del desarrollo por parte de las mujeres en tareas relacionadas con el cuidado y con actividades que requieren menor calificación, en mayor proporción que los hombres, tanto para tareas remuneradas como no remuneradas. Los datos también ilustran las barreras de accesibilidad y permanencia en el mercado laboral y, dentro de este, como las mujeres tienen trabajos peor remunerados. A pesar del aumento de la participación en el mercado laboral, el trabajo doméstico y de cuidado sigue estando mayoritariamente a cargo de mujeres. Esto no es menor dado que, en la actualidad, se plantea una situación sociodemográfica a nivel mundial caracterizada como crisis del cuidado (Bottini et al., 2019).

El Cuidado como cuestión social, de género y como ámbito de Derechos

Tal como está planteado en nuestro proyecto general, el punto de partida y el horizonte de desarrollo apunta a pensar y trabajar por la **sostenibilidad de la vida**. Esto significa ubicar en el centro del sistema socio económico político y cultural a las personas y no al capital. Es así que nuestro sustento teórico y práctico se encuentra en un cruce entre el campo de la Economía Social y Solidaria y la Economía del Cuidado (Bottini et al., 2019). Cabe mencionar que el enfoque de la sostenibilidad de la vida incorpora una diversidad de dimensiones que trasciende el tema de este apartado y de este trabajo[1]. Sin embargo, aquí abordaremos uno de sus pilares fundamentales: el cuidado de personas (Carrasco Bengoa, 2012).

En trabajos anteriores (Bottini et al., 2019; Freytes y Veleda, 2018), retomando planteos de Pérez Orozco (2014) y Rodríguez Enríquez (2015), hemos situado que las

1- Implica también actividades no solo dirigidas hacia las personas, sino que incorporan a la naturaleza y el medio ambiente como un objeto de los cuidados fundamentales para asegurar la sostenibilidad de la vida.

tareas de cuidado han existido desde el origen de la Humanidad para dar respuesta a una necesidad esencial, en tanto seres interdependientes. Todas y todos somos constitutivamente dependientes en diferentes sentidos y circunstancias de nuestras vidas. Esto se evidencia especialmente en algunos momentos, como al inicio y al final de la vida o ante la presencia de algún tipo de discapacidad o enfermedad (Pérez Orozco, 2014; Rodríguez Enríquez, 2015).

Ahora bien, en las últimas décadas **la cuestión de los cuidados** se ha instalado tanto en el ámbito académico como político y social, en un escenario de **crisis del cuidado** relacionado a cambios sociodemográficos, sociales, económicos y culturales.

A nivel poblacional, nuestras sociedades han tenido profundas modificaciones en su composición y forma de organización. Sintéticamente, podemos situar el envejecimiento de la población[2], el descenso de la tasa de fecundidad y la entrada masiva (hace tiempo) de la mujer en el sistema educativo así como en el mercado de trabajo (Huenchuan, 2009). En paralelo, se reconocen transformaciones culturales que impactan modificando el tradicional modelo de familia, complejizando y diversificando los **formatos familiares**. Esto se asoció a factores como la postergación de la edad de inicio de la vida en pareja, el aumento de separaciones y divorcios, de familias ensambladas o monoparentales, de hogares unipersonales, el incremento de la tasa de participación económica femenina, entre otros (CEPAL, 2017).

Por su parte, la Organización de Naciones Unidas (ONU) en su informe sobre **Perspectivas de la Población Mundial** estima que la población de personas mayores se duplicará para el año 2050 y se triplicará para el año 2100 configurando un escenario global donde el "envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI" (ONU, 2017)[3]. Esto deriva en la fuerte inclusión en la agenda de los gobiernos del enorme desafío de resolver la creciente necesidad del cuidado de personas. Un reciente informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) expresa que:

2- Según la CEPAL (2017), el cambio en la estructura etaria de la población, hacia el envejecimiento propiamente dicho, es un proceso en marcha y absolutamente establecido, más allá de las variaciones subregionales y entre países, respondiendo a la tendencia mundial del incremento absoluto y relativo de las personas mayores. Según sus proyecciones se estima que hacia el año 2060 las personas mayores representarán el 30% de la población de nuestra región, alcanzando un total aproximado de 234 millones.

3- Ver: **https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html**

"Si no se abordan de manera adecuada los déficits actuales en la prestación de cuidados y en su calidad, se generará una crisis del cuidado global insostenible y aumentarán aún más las desigualdades de género en el mundo del trabajo"
(OIT, 2018)

En concreto, cuando hablamos de **cuidados** nos referimos a todas aquellas actividades cotidianas que proporcionan bienestar material y afectivo a las personas necesarias para garantizar el mantenimiento de la vida (Zibecchi, 2014). En esa definición, y ampliando con Pérez Orozco (2014), se puede observar una dimensión material (tareas concretas con resultados tangibles, atender al cuerpo y sus necesidades fisiológicas) y otra inmaterial o afectivo-relacional vinculada al bienestar emocional (componente subjetivo, irreductible a momentos o tareas concretas). Existe una tercera dimensión relativa al aspecto económico, que consiste en cuantificar los costos que tiene la acción de cuidar, así como ponderar su rol dentro del circuito económico. En este sentido es necesario reconocer al trabajo reproductivo y de cuidados (invisibilizados por permanecer en el ámbito de lo privado) como indispensables para la reproducción del sistema económico y de la fuerza de trabajo (Bottini et al., 2019).



En esta línea, un pilar esencial en este trabajo consiste en considerar y abordar al cuidado desde una mirada interdisciplinaria, intersectorial y corresponsable, desde una **perspectiva de derechos**, que incluye tanto el Derecho de cuidar como de ser cuidado, lo cual trasciende el soporte familiar. Se plantea entonces la cuestión del cuidado como un trabajo formalmente reconocido y un derecho universal. No se trata únicamente de promover una mayor oferta de cuidado, la que sin dudas es indispensable, sino de universalizar la responsabilidad, la obligación, la tarea y los recursos necesarios para el cuidado (Pautazzi, 2007).

En Argentina, el Estado cubre muy parcialmente la **provisión de cuidados**, lo cual se puede dimensionar a través de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCAVIAM). La misma muestra que un 77,4% reciben apoyo y cuidados de su entorno familiar; el 12,2% son llevadas a cabo por un empleado doméstico o cuidador no especializado; el 5,5 % lo realiza un amigo o vecino, y sólo en el 3,5% de los casos lo realiza un cuidador especializado (ENCAVIAM, INDEC, 2012) (Bottini et al., 2019).

Estas **actividades no valoradas**, que incorporan una fuerte carga subjetiva, son precisamente las que están directamente comprometidas con el sostenimiento de la vida humana. Las mismas constituyen un conjunto de tareas tendientes a prestar apoyo a las personas dependientes por motivos de edad o salud, pero también a la gran mayoría de los varones adultos.

> ***"Tareas que comprenden servicios personales conectados habitualmente con necesidades diversas y absolutamente indispensables para la estabilidad física y emocional de los miembros del hogar".***
> ***(Carrasco, 2003)***

Como se ha mencionado anteriormente, estas tareas de cuidado, no reconocidas como trabajo susceptible de remuneración, fueron históricamente desarrolladas por mujeres en el ámbito familiar. Con el acceso paulatino y creciente de las mujeres al mundo del trabajo remunerado, sea en empleos formales o informales, la responsabilidad como cuidadoras no se ha modificado al mismo ritmo. Esto deriva en una sobrecarga laboral importante, debido a que en el ámbito doméstico continúan desarrollando tareas que implican una prolongación de la jornada laboral. Esto se refleja claramente en relación con el uso del tiempo libre. Diferentes encuestas sobre el **uso del tiempo libre** destacan que el ingreso de las mujeres al mundo del trabajo remunerado en muchos casos implicó un aumento en la jornada laboral, ya que se le suma la persistencia de las tareas domésticas en el hogar y las de cuidado. Proceso que, además, no incluyó una mayor participación de los hombres con relación a las mismas (Arriagada, 2006).

Políticas públicas de cuidado

Desde un enfoque de política pública, se ubica una tensión entre la perspectiva de género y el derecho al cuidado. Desde los desarrollos de Basile (2018), se puede afirmar que las políticas públicas implican un **campo de lucha** en el que existen intereses en disputa. En él, participan diferentes actores con demandas particulares y diversos recursos para lograr introducir sus reclamos en la agenda política. En consecuencia, no todas las demandas propias de una época logran adquirir visibilidad en dicha agenda.

Plantear esta cuestión implica, también, **problematizar el rol del Estado** en tanto garante de derechos. En esta línea, a partir las ideas de Basile (2018), se pueden ubicar en los últimos cuarenta años dos procesos fuertes de reforma del Estado Social en América Latina, que tuvieron como consecuencia un fuerte achicamiento del Estado. Si bien esto tuvo características propias en cada país, el común denominador fue el desarme de sistemas que, con sus falencias, intentaban ser

universales en relación con el campo de la salud y de la protección social. La contrapartida fue el sostenido avance de políticas públicas focalizadas en asistencia a grupos denominados vulnerables. La primera fase fue en la década de los 80´ y 90´. En la misma se facilitó una transferencia al ámbito privado de bienes y servicios usualmente brindados por el Estado. La segunda fase, a partir de 2005, recrudeció la embestida en término de reforma social del Estado, bajo la denominación de modernización. Esta tuvo como resultado la fragmentación de las esferas de rectoría, provisión de servicios, y financiamiento (Basile, 2018), procesos que facilitaron el avance de los mercados en el campo de la salud y la protección social a través de los mal llamados sistemas de cobertura universal. A partir de esto, ya no se habla de igualdad ni universalidad, puesto que, como menciona Tavarez (2018), las políticas sociales universales son políticas anticapitalistas.

Además del impacto concreto del desarme y empobrecimiento de los sistemas de salud y protección social, hubo un efecto más devastador: la **naturalización de la desigualdad**. Basile (2013) sitúa como hay una batalla cultural a partir de lo que él refiere como la des-ciudadanización de ciertos sectores. Con esto hace referencia a que las clases medias que acceden a servicios privados de salud, educación, hábitat, transporte, etc., tienen una relación casi inexistente con lo público. Lo cual repercute en una visión del Estado bobo, ineficiente, corrupto. A la vez, los sectores populares, que sólo acceden a los servicios brindados por el Estado, aspiracionalmente desean aquellos bienes privados. Se ubica en este punto una fuerte tensión entre universalismo como derecho y el gerenciamiento social y la focalización de servicios. Este es un debate pendiente en América Latina para avanzar en el camino a la igualdad, en detrimento de la lógica de cobertura sectorizada que contribuye al aumento de la desigualdad (Basile, 2013). Este debate se vuelve especialmente relevante frente a la temática del cuidado dado que, ante las proyecciones de crecimiento demográfico ya planteadas y los cambios en la composición del mercado laboral, este tema empieza a consolidarse como una problemática creciente, cuyos reclamos por parte de las personas que requieren estos servicios, se está instalando en forma creciente.

En esta línea nuestra propuesta apunta a revalorizar y profesionalizar el cuidado, asumiendo que contiene un enorme potencial para la generación de trabajo desde el campo asociativo, que de manera democrática, sin fines de lucro y basada en valores de solidaridad, equidad, honestidad, transparencia, auto-responsabilidad, con la prioridad puesta en las necesidades y derechos de las personas, y procure

la sostenibilidad de sus vidas, tanto de aquellas que brinden servicios de cuidado como de las personas cuidadas. Sin dudas, para ello es central e ineludible el rol del Estado a través de p**olíticas públicas tendientes a garantizar que un proceso de desfamiliarización del cuidado no implique acrecentar desigualdades**. Creemos que ello es posible principalmente a través del diálogo, **la complementación y el apoyo entre Estado y Cooperativismo** (Freytes y Veleda, 2018).

Las necesidades de cuidados en Argentina

a. En personas con discapacidad

Cuando hablamos de **personas con discapacidad**, nos situamos desde una mirada de derechos, la cual conceptualiza a la discapacidad como una construcción social, dejando atrás la mirada de limitación de la persona, desde la construcción de las relaciones sociales y las dinámicas de exclusión como el otro, que fueron legitimadas para determinar barreras que impiden el ejercicio y el acceso a derechos en condiciones de igualdad.



Pensar a las personas en su diversidad, como sujetos de derechos, es la base fundamental para abordar la temática en el marco del **Modelo de Derechos**, que propone consolidar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y que adopta postulados del Modelo Social de Discapacidad (Palacios, 2008). Así, el Modelo de Derechos propone humanizar la legislación centrada ahora en la protección de la persona humana, como ser individual y social, operativizando la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo y la Convención Americana de Derechos Humanos.

La CDPD, aprobada por ley 26.378 del 21 de mayo de 2008 (BO 9/6/2008), adopta y configura un nuevo status normativo - filosófico centrado en los derechos humanos de las personas, basada en el llamado **Modelo Social de Discapacidad y el Modelo de Derechos**, que parte de dos presupuestos fundamentales: 1) las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales, o al menos, preponderantemente sociales; y 2) se considera que las personas con discapacidad

tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de las personas —sin discapacidad—partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna.

Es decir, la universalidad de la persona humana, debe ser **reconocida desde la diferencia/singularidad** y es la sociedad y particularmente el Estado, a través de políticas públicas específicas, quien debe atender en la diversidad humana a la cual pertenecemos, "*rescatando las capacidades en vez de acentuando las discapacidades*" (Palacios, 2008).

La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, reconoce y tiene como objetivo, promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales y el respeto de su dignidad inherente, y conceptualiza al colectivo diciendo que:

> ***"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".***
> ***(Art. 1ro, 2do. parf, CDPD)***

En idénticos lineamientos, encontramos que la Ley Nacional de Salud Mental tiene por objeto:

> ***"Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires."***
> ***(Art. 1ro, Ley de Salud Mental)***

En efecto, se debe partir de una adecuada **conceptualización del colectivo**, para avanzar en el encuadre de las necesidades de cuidado, en cuanto actividades y acciones determinadas, pensadas en la singularidad de las personas con diversidad funcional.

Tal como surge del documento elaborado por INADI (2016) y siguiendo la mirada del Modelo de Derechos, es importante resaltar las recomendaciones que se proponen en distintos documentos y propuestas sociales como la Declaración de Río: "*Más allá de la prevención y el tratamiento: El desarrollo de una cultura del cuidado en respuesta a la revolución de la longevidad*" (Río de Janeiro, 16 a 17 de octubre de 2013), en cuanto a proveer **servicios de apoyo** para las familias y otros cuidadores/as y proporcionar a cuidadores y cuidadoras capacitación sobre necesidades de asistencia y derechos de las personas.

Del informe preliminar del E**studio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad** (INDEC, 2018), en el marco del Plan Nacional de Discapacidad (2018), la prevalencia de población en Argentina con dificultad de 6 años y más es del 10,2%, correspondiendose con una estimación de 3.571.983 personas (aproximadamente 10 de cada 100 personas que viven en localidades de 5.000 habitantes y más poseen algún tipo de dificultad).

La región de Cuyo es la que presenta mayor proporción de personas con dificultad (11,0%), y la región Patagonia es la que presenta la menor proporción (9,0%). Asimismo, se advierte que, en la **población con dificultad** de 6 años o más predominan las mujeres en mayor magnitud relativa que en la población total. Por otro lado, del total de varones con dificultad, el 32,5% corresponde a población de 65 y más años de edad. En tanto, en el caso de las mujeres, la proporción de dicho grupo de edad alcanza el 41,9% (INDEC, 2018).

Del análisis por grupos de edad se advierte que en la población de 6 a 14 años predominan quienes tienen dificultad solo mental-cognitiva (48,3%), entre la de población de 65 y más años se destaca solo la dificultad motriz en un 53,2%, visual en un 12,9%, auditiva en un 27,9%.

Respecto a la población, el 1,9% de las infancias de 0 a 5 años poseen **certificado de discapacidad** vigente, siendo mayor el porcentaje para varones que para mujeres. En cuanto a la cantidad de personas con dificultad por hogar, la mayoría de los hogares (81,7%) tienen una sola persona con dificultad y en 2 de cada 10 hogares viven 2 o más personas con dificultad.

Asimismo, se debe considerar a esta población desde un análisis transversal, teniendo en cuenta las dimensiones de cuidado que se desarrollan para ambos grupo que se abordan en el presente trabajo (personas mayores y personas en la primera

infancia) y la interseccionalidad, como categoría analítica del colectivo de mujeres y niñas con discapacidad. Es decir, se debe considerar la **mirada de género** en cuanto discriminación múltiple y discriminación interseccional, situación que combina a la discapacidad con la discriminación por motivo de género, determinando así mayores dificultades en el ejercicio de sus derechos.

Por ello, la noción de cuidado debe tomar en cuenta los **estereotipos de género** sobre las personas con discapacidad que dan lugar a estereotipos compuestos (Cook & Cusak, 2010). Coincidiendo algunas veces con las asignaciones sociales propias estereotipadas y en otras las contradicen, como por ejemplo el rol materno que es desalentado en las mujeres con discapacidad.

b. En personas adultas mayores

Las personas que conforman distintos grupos poblacionales presentan características que los hacen susceptibles de presentar **necesidades potenciales de cuidado**. En el caso de las personas mayores, se considera que este colectivo está compuesto por personas de más de 65 años que presentan situaciones variables de dependencia y necesidades potenciales de cuidados cuya respuesta implica diversas formas. Las mismas puede cubrirse a través de la provisión familiar, de empresas privadas o de la comunidad y/o el Estado (Paura et al., 2017). También es importante distinguir entre quienes tienen de 65 a 79 años y otro grupo que refiere a las personas de 80 años y más, entendiendo pertinente identificar a aquellos con más alta probabilidad de dependencia.

Para este trabajo, la referencia a la cuestión del cuidado se apoya en la definición que utiliza Paura (2017) al plantear que el mismo implica normas, acciones, actividades y trabajo remunerado y no remunerado que refieren al bienestar de personas con algún nivel de dependencia y a toda persona en tanto sujeto en relación de riesgo de autonomía. Esta situación de dependencia implica diversas necesidades, materiales e inmateriales. En términos de bienestar de estos grupos poblacionales, el **acceso a la provisión de servicios de cuidados** se vuelve entonces una dimensión importante que hace al desarrollo de la vida cotidiana. Como expusimos anteriormente, en la actualidad, se está dando un viraje con relación a quién brinda los cuidados. Lo que tradicionalmente correspondía a la esfera privada, con prácticas que quedaban en el ámbito doméstico, ligado a la división sexual del trabajo, paulatinamente se está modificando y empieza a ser considerado como una problemática ligada a lo público.

Cuadro 21. Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de dependencia básica. Total del país. Año 2012

Grupo de edad y sexo	Existencia de dependencia básica	
	Sí	No
	%	
Total 60 años y más	**9,5**	**90,5**
Varones	**5,9**	**94,1**
Mujeres	**12,2**	**87,8**
60 a 74 años	4,9	95,1
Varones	3,5	96,5
Mujeres	6,0	94,0
75 años y más	20,7	79,3
Varones	13,2	86,8
Mujeres	25,2	74,8

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaVIAM 2012).

Gascón & Redondo (citado en Amadasi et al., 2018) señalan que "*el rango de necesidades de cuidado puede variar desde niveles mínimos de apoyo para el desempeño de algunas actividades cotidianas hasta requerimientos de ayuda prácticamente totales para llevar adelante la vida diaria*". Es así que se distingue entre las **actividades básicas de la vida diaria (ABVD)** y las **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**. Las primeras hacen referencia a la capacidad individual para el autocuidado; se suelen considerar cinco funciones básicas: i) bañarse, ii) vestirse, iii) comer, iv) trasladarse y levantarse de la cama o la silla, y v) usar el baño. Por su parte, las AIVD abarcan tareas más complejas que permiten al individuo vivir de manera independiente en la comunidad; se suelen evaluar, entre ellas, hacer las compras, manejar dinero, preparar comidas, usar el teléfono, tomar medicamentos y comunicarse verbalmente o por escrito (Gascón & Redondo, 2014 citado en Amadasi, et al., 2018). Un caso especial es el de las personas mayores (de 65 años) que cuidan a las personas que tienen mucha más edad o cuya autonomía está mermada.

Teniendo en cuenta esa caracterización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en los siguientes cuadros, podemos observar **el grado de dependencia básica e instrumental en nuestro país** (Tabla 1 y 2).

Podemos observar entonces que el 9,5% de las personas mayores (tomando a aquellas personas de 60 años o más) presentaba **dependencia básica**. A medida que aumenta la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades con cerca de un 5% en el grupo de 60 a 74 años y cerca de un

21% entre los de 75 años y más. El Informe además señala que la dependencia para las actividades básicas de la vida está feminizada, en la medida que las mujeres con dependencia básica duplican a los varones en todos los grupos de edad.

Respecto de la **dependencia instrumental** casi un 22% de los personas adultas mayores entrevistadas en el marco del ENCaViAM 2012 presentaba al menos una de estas limitaciones. De las mismas, un 13% necesitaba ayuda para hacer las compras, un 12% para hacer las tareas del hogar y un 11% para viajar en transporte público, taxi, remis o auto particular. Las mujeres tenían una mayor presencia relativa en este tipo de dependencia.

Por otra parte, siguiendo los indicadores del Informe de Amadasi et.al (2018) se sabe que el 17,9% de los hogares donde viven personas adultas mayores hay por lo menos una que presenta alguna de estas dificultades, con lo cual evidencia la necesidad potencial de al menos una cuidadora o cuidador[4].

Cuadro 24. Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de dependencia instrumental. Total del país. Año 2012

Grupo de edad y sexo	Existencia de dependencia instrumental	
	Sí	No
	%	
Total 60 años y más	**21,9**	**78,1**
Varones	**15,7**	**84,3**
Mujeres	**26,5**	**73,5**
60 a 74 años	14,0	86,0
Varones	11,5	88,5
Mujeres	16,1	83,9
75 años y más	41,0	59,0
Varones	28,1	71,9
Mujeres	48,8	51,2

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012).

4- "Es importante advertir que se trata de hogares y no de personas, a diferencia de la mayoría de las variables estudiadas en nuestro Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, donde la unidad de análisis son las personas. Ocurre que cuando se liga la cuestión de la dependencia a la de los cuidados, como en nuestro enfoque, se hace necesario trabajar con la unidad de análisis hogares, para comprender mejor cómo se articula la red interpersonal que se genera a partir de la necesidad de esos cuidados." (Amadasi et al., 2018)

Un aspecto a resaltar es la **profundización de la dependencia en hogares de estratos socioeconómicos más bajos.** Según Amadasi et.al (2018) la dificultad es más frecuente en las personas mayores que residen en hogares más pobres.

> ***"La trayectoria de vida, el tipo de empleo, el acceso a una alimentación sana y variada, el acceso a servicios de salud de calidad y a condiciones de infraestructura y servicios urbanos adecuados sin dudas propician una vida más longeva y autónoma y con ello un proceso de envejecimiento activo y saludable. Una trayectoria de vida en los polos opuestos a los mencionados sin duda obstaculizará no sólo la posibilidad de un*** proceso de envejecimiento ***más autónomo sino también la posibilidad misma de una vida más longeva."***
>
> ***(Amadasi et.al, 2018)***

Es importante también señalar que en los hogares donde al menos alguna de sus personas mayores tiene 75 años o más aumentan las dificultades con las AVD, triplicando así las posibilidades de tener mayores con dependencia.

Por otra parte, Roqué (citada por Terzagui et al.; s.f) nos propone pensar en el concepto de **fragilización de una persona mayor cuando**:

- no tiene ingresos económicos suficientes para llevar una vida digna;
- se lo margina, discrimina y excluye socialmente;
- se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo, y amor, por el solo hecho de ser una persona vieja;
- no encuentran espacios de participación familiar o social se cree que el único rol que puede tener una persona mayor es el de ser abuelo o abuela, aun cuando no haya tenido descendencia
- el entorno no es accesible e impide que puedan salir de sus casas, tomar un colectivo, entrar a un teatro o a un cine y visitar espacios comunes de esparcimiento;
- quienes prestan servicios profesionales sociales o de su salud no tienen formación específica en gerontología y geriatría pudiendo cometer prácticas iatrogénicas;
- no se brindan alternativas de atención basadas en un sistema de cuidados progresivos y priorizamos su permanencia en el hogar.

Vemos cómo este concepto implica una consideración amplia, más allá de los cambios biopsicológicos, que trascienden un abordaje rígido y reduccionista y particularmente nos abre a pensar y proponer iniciativas tendientes a una no fragilización de las personas adultas mayores, donde el proceso de envejecimiento encuentre un contexto adecuado e integral que permita alargar la funcionalidad (Terzaghi et.al; s.f)

Amadasi et al. (2018) nos ayudan a analizar los hogares con personas mayores dependientes que requieren cuidado observando las **estrategias que utilizan para resolver dicha necesidad**. Para ello establecen una tipología en la que diferencian hogares unipersonales (donde vive sólo una persona mayor de 60 años), los hogares multipersonales puros (donde conviven dos o más personas mayores de 60 años) y los hogares multipersonales mixtos (donde conviven uno o más personas mayores de 60 años con uno o más personas menores de 60 años).

Desde esa tipología, nos muestran que:



- Existe una tendencia marcada en **hogares multipersonales** (puros y mixtos) a resolver las necesidades de cuidado, primero a partir de algún familiar conviviente y, en segundo lugar, por algún familiar no conviviente.
- En los **hogares unipersonales** la resolución de las necesidades de cuidado se sustenta mayoritariamente en algún familiar no conviviente.
- Un 7% del total de hogares encuestados resuelve a través de la contratación de un **servicio privado**, dentro de los cuales la mayor presencia de la contratación de ese servicio es en hogares unipersonales, con el 23,1% (Amadasi et al., 2018).

Respecto de la cuestión de los Derechos de las Personas Mayores es esencial señalar que en el año 2017, el Estado Argentino, por Ley nro. 27.6303, ratificó la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**, la cual fuera aprobada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en junio de 2015. El objeto de la misma es "*Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad*".

En la Convención sobresalen algunos puntos: i) el derecho de toda persona mayor a un **sistema integral de cuidados**, ii) que el Estado debe diseñar de ahora en más medidas de apoyo a las familias y cuidadores, iii) que debe custodiarse especialmente la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión (Amadasi et al., 2018).

En su artículo 7° sobre Derecho a la independencia y a la autonomía los Estados Parte reconocen el derecho de la persona mayor "*a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos*", comprometiéndose los Estados a adoptar "*programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas*". Entre las mismas, los Estados parte se comprometen a asegurar que "*la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta*" (inc. c)[5]

Por último, no podemos dejar de vincular dicha Convención con la **Agenda 2030**. Su lema y el principio cardinal consiste en "*que nadie se quede atrás*". Esto supone identificar qué grupo poblacional ha sufrido o sufre discriminación y marginalización y no disfrutan plenamente de sus derechos. En tal sentido, se identifica a las personas de edad como uno los grupos susceptibles de experimentar situaciones de vulnerabilidad, para los cuales es preciso desarrollar sistemas y medidas apropiadas de protección social de modo de lograr para 2030 una amplia cobertura (CEPAL, 2017).

En función de estos Objetivos, situados en un nivel local, como la ciudad de Trelew, nos proponemos poder considerar la situación de las personas de edad. Identificarlas, conocer sus necesidades como un grupo vulnerable, y promover la implementación de acciones correspondientes cuando la evidencia permite concluir que "han quedado atrás" respecto de otros grupos.

5- Ver texto completo: **www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf**

c. En la primera infancia

La noción de cuidados se construye en función a ciertos acuerdos que la definen como el conjunto de actividades y relaciones indispensables para satisfacer las necesidades básicas para el mantenimiento cotidiano de las personas dentro de una cultura y una sociedad determinada. Canetti, Cerutti y Girona (2015) sostienen que la perspectiva del cuidado en la primera infancia se ha centrado más en el análisis de las necesidades y condiciones requeridas por **quienes son receptores de cuidados**, es decir quienes conforman las infancias, constituyéndose a quienes realizan la labor de cuidado como el medio imprescindible para dar respuesta a estas necesidades. Por lo cual, se desarrolla un diálogo entre estos dos aspectos que forman parte del campo de estudio de cuidados en la primera infancia.

El concepto de cuidados adquiere particularidades de acuerdo a la dependencia de la población con la cual se trabaje. En el caso de la primera infancia, es una etapa caracterizada por una dependencia que requiere de cuidados más intensos que otras etapas evolutivas. De acuerdo a lo propuesto por Canetti, Cerutti y Girona (2015), el desarrollo consiste en aumentar la capacidad de autorregulación fisiológica, emocional y cognitiva-atencional lo cual permitirá la autonomización. Siguiendo esta caracterización de la primera infancia, se identifica los primeros años con una dependencia total, la cual irá disminuyendo con el **desarrollo evolutivo**. Es decir que los primeros años de vida serán quienes demanden una mayor dependencia en el cuidado, aunque la necesidad de protección integral de las infancias y adolescencias se establezca hasta los 18 años (Paura et al., 2017).

> ***"En el proceso de cuidado infantil, los adultos actúan, en particular en las etapas más tempranas de la vida, como extensión de los sistemas de regulación de los niños y niñas que progresivamente se irán consolidando si la interacción genético ambiental lo permite".***
> ***(Shonkoff, 2000; retomado por Canetti, Cerutti y Girona 2015)***

De esta manera, gradualmente, en las infancias se irán desarrollando niveles cada vez más complejos de pensamiento, capacidades de resolución de problemas, de planificación y de ejecución de actos (control ejecutivo), lo cual sienta las bases para el **desarrollo de la autonomía**.

Hasta aquí hemos realizado una descripción de las necesidades de cuidados, de la población infante. Es necesario complementar esta mirada poniéndolas en diálogo con las propuestas existentes para cubrir estas demandas. Oates (2007) sostiene que el cuidado se asocia naturalmente a una tarea exclusiva de la familia como un factor importante para el desarrollo de las infancias. Cuando la tarea del cuidado queda a cargo de otras personas o instituciones es fundamental garantizar la calidad de la misma ya que esto impactará en su desarrollo. Si existe una alta calidad de **cuidado no parental**, se acelera el crecimiento, especialmente en el plano cognitivo. Si la calidad del cuidado es baja, puede suceder lo contrario. Pensar la calidad del cuidado es pensar también las condiciones laborales de quienes brindan el servicio.

> ***"El cuidado de alta calidad es un cuidado atento, sensible, estimulante y cariñoso. Es difícil que cuidadores no cualificados, que ganan un sueldo insuficiente, reciben escasa motivación y tienen demasiados niños que atender, suministren un cuidado capaz de favorecer el crecimiento".***
> ***(Oates, 2007)***

En la Argentina, el sistema educativo ha sido uno de los sectores que presta mayor atención a la infancia y a sus necesidades. El sistema formal se rige a través de la **Ley de Educación Nacional N°26.206**, que establece que la Educación inicial constituye una unidad pedagógica que comprende a personas desde los 45 días hasta los cinco años de edad inclusive. Establece la obligatoriedad de la educación desde los cinco años y promueve la universalidad desde los cuatro. La Ley 26.233[6], de promoción y regulación de los Centros de Desarrollo Infantil, interviene en los servicios dirigidos a personas de hasta 4 años de edad.

En el presente estudio entendemos como **Primera Infancia** al conjunto de las personas que conforman las infancias diversas desde su nacimiento hasta los cuatro años de edad, límite que se puede establecer en la trayectoria de quienes transitan hacia la escolarización obligatoria. El cuidado en la primera infancia no puede pensarse sin la presencia de la enseñanza y la crianza (Broström, 2006; en Cardini, Díaz Langou, Guevara y De Achával, 2018). Desde la perspectiva de derechos, se visibilizan estos elementos como partes de un mismo proceso, que cuanto más pequeñas es la población infante, menos indivisibles se tornan.

6- Ver: **http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/127532/norma.htm**

El Sistema Internacional de los Derechos Humanos de Protección de la Niñez y Adolescencia, está compuesto de un andamiaje de compromisos internacionales para con éste sector de la sociedad. La base Normativa es la **Convención de los Derechos Del Niño**, como instrumento de derechos fundamentales. En Argentina, la Ley 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes adopta los lineamientos de la Convención (casi 10 años después), entendiendo a este grupo poblacional como un grupo de especial protección y considerados en adelante, sujeto de derechos, lo cual implicó un cambio de paradigma sustancial. El interés superior de la niñez, los derechos y opiniones de NNA, en consonancia con la capacidad progresiva de acuerdo a edad y madurez, son principios generales que rigen el sistema, para el ejercicio de derechos.

Las políticas públicas destinadas a la primera infancia se enmarcan en el derecho al desarrollo pleno de las potencialidades de las infancias y a los principios de la universalidad e indivisibilidad de derechos, siendo un eje fundamental el cuidado. A pesar de esto, es complejo reconocer estas características en las políticas públicas destinadas a la primera infancia en la Argentina. En las mismas se escinden los aspectos del cuidado, abordando por una lado el cuidado, por otro la crianza y por otro la educación, generando de esta manera un **desarrollo fragmentado** y heterogéneo de políticas públicas.

Tuñón (2019) plantea la necesidad de garantizar **estructuras de oportunidades** para lograr el desarrollo máximo del potencial del niños y niñas. Esto está presente en la normativa internacional y nacional vigente en el país, Convención de los Derechos del Niño (ONU, 1989), la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26.061), y más recientemente los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS-ONU, 2015). Esta última establece una nueva agenda de metas al 2030, a través de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS-ONU, 2015). Los mismos son un importante marco para la evaluación y monitoreo de las metas con las que se ha comprometido el Estado argentino.

En el mismo sentido, gran parte de los países latinoamericanos han tomado el compromiso en los últimos 20 años en facilitar **trayectorias de inclusión** desde el primer momento, fundándose tanto en los derechos de NNyA como en la eficiencia de invertir socialmente en este período. Sin embargo, aún persiste una lógica familiarista que condiciona el bienestar de las infancias en función de los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan sus familias.

Estudios del CIPPEC (2018) hacen referencia a los datos de la **Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA)**[7] reveló que entre 2011 y 2012 a nivel nacional solo 32% de los niños de entre 0 y 4 accedía a algún tipo de oferta institucional de cuidado, enseñanza y crianza (MDS y UNICEF, 2013) (Cardini, Díaz Langou, Guevara y De Achával, 2018).

El porcentaje de asistencia varía según la edad: mientras que solo 3% de las personas menores de 1 año asistía a algún tipo de oferta institucional entre 2011 y 2012, en infancias de 1 año el porcentaje era de 8%, de 2 años era 20%, de 3 años era 51% y en los de 4 años alcanzaba al 77%. Estos **déficits en cobertura** son aún mayores si se contempla solamente la oferta pública: de infancias de 1 año que asistían a algún tipo de oferta, 68% lo hacía en establecimientos de gestión privada, porcentaje que se reduce año a año hasta llegar a 31% para las infancias de 4 años en 2011-2012 (MDS y UNICEF, 2013; Cardini, Díaz Langou, Guevara y De Achával, 2018).

En apartados anteriores, se desarrolló como este escenario del CEC (**Cuidado, Enseñanza y Crianza**) en la primera infancia ha sido una tarea familiarizada y feminizada, siendo la mujer a quien culturalmente se le ha asignado este rol dentro de las familias. Con la inserción de la mujer en el mercado laboral, han crecido los espacios de cuidado infantil especialmente en el sector privado. En el caso de las mujeres que no tienen posibilidad de pagar este servicio, la responsabilidad del cuidado de las infancias, se vuelve una barrera para ingresar al mercado laboral que repercute en el sostenimiento de las desigualdades sociales y de género.

Es preciso generar los mecanismos de coordinación y articulación para que distintas áreas trabajen de forma mancomunada de modo de garantizar a las familias con responsabilidades materno-parentales el acceso a: tiempo para cuidar; dinero para cuidar; dispositivos de Crianza, Enseñanza y Cuidado (CEC) con los **estándares de calidad** suficientes (Cardini, Díaz Langou, Guevara y De Achával, 2018).

7- Se trata de una encuesta pública a nivel nacional sobre asistencia a servicios de cuidado, enseñanza y crianza, que informa acerca de los servicios del sistema educativo, de desarrollo social y los gestionados por organizaciones de la sociedad civil. La misma fue realizada en localidades urbanas por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y UNICEF.

En un análisis de servicios de cuidados de calidad, Lieberman (1997) afirma que tanto en el caso de personas que se dedican al cuidado domiciliario, o tareas educativas o un Centro formal, se pueden reconocer siete características de las cuales, para el presente estudio, nos resulta importante destacar dos de ellas: **la estabilidad** y la **formación del personal.** En relación a la primera se trata de una condición imprescindible en la construcción y sostenimiento de las relaciones afectivas, que son fundamentales en el establecimiento de los vínculos de cuidado. Y por otra parte, la formación del personal: "*La calidad de recursos humanos no solamente se puede analizar en términos de la formación técnica y profesional y el adecuado entrenamiento, sino también tomando en cuenta la capacitación continua y formación permanente. Se ha demostrado que los programas que invierten en recursos humanos de alta calidad y que se preocupan por ofrecer espacios para el intercambio y contención emocional (cuidar a quien cuida) son más exitosos. Las personas que se ocupan del cuidado de las infancias tienen que tener formación específica sobre el desarrollo infantil para realizar un trabajo de calidad, pudiendo comprender mejor la conducta de esta población y por tanto responder a ellas de manera adecuada y sensible.*" (Lieberman, 1997 retomado por Canetti, Cerutti y Girona, 2015)



Las autoras plantean que si no existen **instancias de capacitación**, las acciones del cuidado se asientan en experiencias personales. Esto implica el riesgo de no contar con una persona que contenga conocimientos adecuados a la tarea, pudiendo pasar por alto aquellos signos de alerta en relación a dificultades en el desarrollo. Asimismo, la tarea se encontrará reducida a resolver necesidades básicas para el cuidado, perdiéndose la potencialidad de los espacios con las infancias.

En línea con las características comentadas, creemos que el **ámbito cooperativo**, en articulación con la política pública podría realizar un aporte importante, es un generador de propuestas de servicios de cuidado de calidad destinada a la primera infancia, que aporten a la concreción del derecho a un desarrollo saludable.



Capítulo 3: Aspectos metodológicos

Como primer punto señalamos que el presente diagnóstico y relevamiento corresponde sólo a una primera parte del proyecto más amplio. El objetivo específico de aquel es: **Producir conocimiento riguroso sobre las características y dimensiones de las necesidades potenciales de cuidado de tres poblaciones dependientes o con posibilidad de serlo: niños y niñas, personas mayores y con discapacidad, así como sobre las modalidades y actores que actualmente atienden dichas necesidades.**

El plazo en que fue realizado ha sido, en total, de cinco meses (febrero a junio de 2019). Durante los primeros dos meses (febrero y marzo) realizamos la planificación, recolección, profundización y análisis bibliográfico; y diseñamos la guía de entrevista y delineamos un listado preliminar de referentes a quienes se procuraba entrevistar. Al mismo tiempo, fuimos desarrollando una estrategia de comunicación desde la Universidad y en conjunto con el Municipio de Trelew para realizar una convocatoria abierta a la participación voluntaria en el diagnóstico territorial y participativo (a través de las redes sociales, páginas web de las Instituciones, radios locales, etc.). En paralelo, también fuimos recolectando datos sociodemográficos en las diferentes áreas gubernamentales respecto a diferentes grupos poblacionales (personas adultas mayores, primera infancia y personas con discapacidad), así como las Instituciones públicas y privadas que en la Ciudad de Trelew que atienden sus necesidades.

Durante el tercer y cuarto mes (abril y mayo) desarrollamos el trabajo de campo propiamente dicho en el que **participaron cerca de 100 personas de la comunidad**, a través de la realización de **30 entrevistas individuales y 9 grupos focales** (con

la participación, en promedio, de 7 personas por grupo)[1]. Complementariamente se construyeron indicadores respecto de la demanda de cuidados de personas mayores[2], para lo cual se contó con el apoyo de docentes especialistas en estadística[3]. Cabe señalar que el proyecto contó con la participación de seis estudiantes de las Carreras de Licenciatura en Enfermería, Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico y Tecnicatura Universitaria en Gestión de la Información de Salud de la Universidad del Chubut, quienes colaboraron en el proceso de desgrabación de las entrevistas individuales y grupales y participaron como observadoras en grupos focales. Desde fines de mayo y durante todo el mes de junio, realizamos la sistematización, análisis de la información recolectada y preparación del presente informe.

Por lo tanto, este análisis se fundamenta en datos existentes en fuentes oficiales, en indicadores de demanda de cuidados de personas mayores construidos por docentes de la Universidad, en las entrevistas mencionadas realizadas a referentes institucionales, sociales y de la comunidad de diferentes ámbitos de la ciudad y de la provincia, y en la discusión de estas temáticas desarrolladas en 9 grupos focales, coordinadas por dos referentes del equipo técnico.

Cabe señalar que el sector salud en general, y de cuidados en particular, se caracteriza por cierta carencia de datos sistematizados y actualizados (lo cual en este informe se evidencia más fuertemente en la población con alguna discapacidad y primera infancia). En este sentido, los datos que aquí se presentan no pretenden ser exhaustivos, aunque sí muestran un mapeo aproximado de cómo y cuáles son las necesidades de cuidados de las tres poblaciones mencionadas y de qué modo actualmente se están atendiendo. Dicho esto, consideramos de especial relevancia la perspectiva de las personas involucradas en todo el diagnóstico, es decir, que le asignamos gran importancia a la dimensión cualitativa de este informe.

En cuanto al método de abordaje y por los tiempos acotados para la realización de entrevistas y grupos focales, pero al mismo tiempo con la intención de hacer de este diagnóstico una instancia realmente participativa y amplia, nos inspiramos

---

1- En Anexo 7.1 se encuentra el Listado de entrevistas individuales y grupos focales

2- Los cuales pueden observarse en el Anexo 7.3.

3- En esa labor, se agradece especialmente el apoyo de la Profesora Marcela Torrent y la Tec. Gladys Calabrano.

en el **método de Bola de Nieve**[4] por tener un carácter acumulativo. Es decir, en un primer momento, a partir del conocimiento del equipo técnico de la Universidad y en conjunto con el equipo técnico del Municipio se seleccionaron a las personas que serían más idóneas para participar en el proceso participativo que se propuso. Una vez realizados los primeros contactos y entrevistas se les fue pidiendo a las personas identificadas que nos pusieran en contacto con otras, y así sucesivamente, lográndose un alto grado de participación e involucramiento con el proceso de diagnóstico.

Los **grupos focales** se organizaron con la participación de cuidadoras y cuidadores que se encuentran en actividad o que desarrollaron la misma en algún momento, las personas trabajadoras comunitarias de salud en terreno, personas adultas mayores y la participación voluntaria de personas de la comunidad a partir de una convocatoria que se realizó por medios de comunicación locales y redes sociales.

Para la **convocatoria a cuidadoras y cuidadores domiciliarios** nos dirigimos a quienes se han inscripto en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Cabe resaltar la excelente predisposición que demostraron la mayoría para involucrarse y brindar, de manera desinteresada, sus testimonios, opiniones y experiencias. De igual forma, al momento de convocar personas que tuvieran familiares con alguna necesidad de cuidados la predisposición y voluntad de compartir sus experiencias fue notable.

Las preguntas que guiaron el diagnóstico fueron amplias y ellas pueden ser consultadas en la Guía que se encuentra en el **Anexo 7.2** al final de este Informe. En función del perfil de la/s personas entrevistadas se fueron seleccionando las preguntas pertinentes a realizar, las que se organizaron en estas grandes dimensiones:

- Percepción sobre el cuidado
- Características de la población con necesidades de cuidado

4- La estrategia de la bola de nieve es una técnica utilizada en la investigación cualitativa, y sobre todo para la realización de entrevistas individuales. Una vez identificadas las primeras personas que serán entrevistadas, mediante estas se consiguen otros contactos, y así, hasta completar la muestra o representatividad y la cantidad de informantes necesaria.

- Necesidades de cuidado
- Características de las personas cuidadoras
- Procedimiento para dar respuesta a necesidades
- Provisión de cuidados
- Condiciones laborales y sociales de las/los cuidadores
- La Perspectiva de género

Un aspecto interesante a destacar es que durante el trabajo de campo, a través de la realización de entrevistas tanto individuales como grupales, se fue **sensibilizando** y se difundieron los objetivos del proyecto. Es decir, que del propio diálogo e intercambio que se fue realizando en esas instancias diagnósticas, al mismo tiempo se fue instalando, sensibilizando y compartiendo con todas las personas participantes, la necesidades de reconocer el cuidado como un Derecho, junto con la potencia de la organización cooperativa para brindar ese servicio. Como refuerzo de ello, cada grupo focal fue registrado por medio audiovisual, lo que permitió generar breves videos con extractos de testimonios muy valiosos que facilitaban el proceso de difusión para la convocatoria a nuevas instancias de debate y reflexión[5].

5- *Ver canal de Youtube del Proyecto:* **https://www.youtube.com/channel/UC1zCc2Ee5YcnnQ99FVtHD8w**

Segunda Parte

Diagnóstico y relevamiento territorial participativo en la Ciudad de Trelew



Capítulo 4: Estado de situación socio-sanitaria a nivel local

Es importante destacar que la provincia de Chubut cuenta con una gran **red asistencial** extendida en todo el territorio. Específicamente en la localidad de Trelew, existen un Hospital Zonal Nivel VI, de referencia de toda el área programática, con once centros de atención primaria de la salud que tienen una dispersión territorial importante. En términos geográficos implica una buena accesibilidad para la población. No obstante, el criterio de organización del sistema es por complejidad creciente, no existiendo espacios específicos destinados a la atención de personas adultas mayores. Estas son atendidas en los distintos niveles según problemáticas que están en relación con la enfermedad más que con el cuidado a la salud. El sistema público articula con la obra social PAMI, que a nivel provincial tiene una agencia denominada PROSATE, para la atención específica de la población con esta cobertura. Algunos tiempos de espera para la autorización de intervenciones específicas son muy prolongados, y la cobertura y los montos que autorizan son limitados[1].

La cobertura por obra social, además de PAMI/PROSATE, está dada en un alto porcentaje por la Instituto de Seguridad Social y Seguros (SEROS). Debido al fuerte impacto de la actividad pública en la provincia, muchas de las personas pertenecientes a este grupo etario, poseen esa cobertura sanitaria. Esta brinda acceso a una amplia variedad de **prestaciones de salud**, si bien en la mayoría de los casos el prestador cobra un coaseguro.

1- Datos suministrados por el referente de PROSATE de la Provincia.

En el caso de necesitar un cuidador o cuidadora, la mayoría de las obras sociales tanto nacionales, como provinciales, y especialmente PAMI/PROSATE y SEROS, otorgan una beca de contratación. La misma involucra montos por debajo del costo del servicio, teniendo que ser cubierto el resto por familiares o personas afiliadas. En la actualidad, SEROS otorga un subsidio para el pago de este servicio.

> ***"Tenemos un subsidio muy bajo, desde el año 2016 no se aumenta. Tenemos un monto que definimos de acuerdo a la cantidad de personas que viven en la casa y al monto total de los ingresos. En función de eso el subsidio que otorgamos, eso ha sido muy equitativo porque tenemos una población con recursos, todos tienen casa y sueldo porque son empleados de la provincia. 100, 70 o 50% de acuerdo a los ingresos familiares. Son montos que van de $1700 a $4680."***
> ***(Trabajadora social de SEROS)***

En relación con la profesionalización de cuidadores y cuidadoras domiciliarios, ha habido en los últimos años ofertas de capacitación brindadas por distintas instituciones. En el año 2016, la obra social provincial SEROS, dictó un curso en el que participaron unas 40 personas, lo cual se sumó a otros cursos dictados en años anteriores. En al año 2018, la Fundación OSDE, capacitó aproximadamente a 30 personas en "El Arte de Cuidar"[2] y en el transcurso del presente informe se encuentra dictando una nueva edición, con un cupo similar al de 2018. Esto repercutió en un aumento de la cantidad de personas que se dedican al cuidado inscriptas en el Registro Nacional de Cuidadores (tal como se indicó en un apartado más arriba).

La Obra Social SEROS ha facilitado un listado con **69 personas que estarían brindando o en algún momento han brindado el servicio de cuidados a domicilio** para la entidad, radicados en Trelew, Rawson y Playa Unión - Ciudades cercanas.

En el caso de personas sin cobertura de obra social, pueden llegar a ser beneficiarias del Programa Incluir Salud. Un programa nacional que también otorga cobertura individual. El mecanismo de cobertura es similar, sólo que quienes prestan el servicio son monotributistas que facturan al Estado. Pero focaliza prioritariamente en personas con discapacidad, siendo pocas las prestaciones de este tipo que se destinan a personas adultas mayores. Asimismo, los montos que cobra quien realiza la tarea, también son muy bajos.

2- Datos suministrados por la referente de Capacitación del Municipio de Trelew.

"Cobran 140 la hora no importa tipo de paciente, ni sábado, ni domingo o ni mañana tarde o noche ni del tipo de capacitación. Ni se tiene en cuenta porque algunos tienen más capacitación y otros no."
(Trabajadora social hospital de Trelew)

El Hospital de Trelew ha facilitado un listado de **41 personas que estarían brindando el servicio de cuidados a domicilio en el marco del Programa Incluir Salud**, de las cuales 25 son mujeres y 16 hombres, lo cual deja abierto el interrogante a si en este caso se requieren más hombres por identificar la fuerza física como estereotipo.

Es importante señalar que en relación a personas con alguna discapacidad, sobre una base provincial de 16.800 personas con Certificado Único de Discapacidad (CUD), en la Ciudad de Trelew se encuentran 4058 personas con alguna discapacidad, 1010 personas con discapacidad motora, 755 personas con discapacidad múltiple y 234 personas con discapacidad visual[3].

Por otra parte, observando el **Registro Nacional de Cuidadores y Cuidadoras Domiciliarios**, podemos decir que de un total de **120 en la provincia de Chubut, 34 son de la localidad de Trelew**. Dentro de este grupo, 30 son mujeres y 4 hombres, ilustrando claramente lo que se mencionó en el primer apartado con relación a las desigualdades de género ligadas a la división sexual del trabajo y la preeminencia de mujeres en trabajos que constituyen una prolongación de las actividades que hacen a la sostenibilidad de la vida[4]. Cabe mencionar que no existe a nivel municipal ni provincial un Registro de Personas que se dedican al Cuidado Domiciliario, que sería de especial relevancia para acercar mejor la información de quienes proveen de cuidados a la comunidad.

Las personas semi o totalmente dependientes, que no pueden permanecer en su domicilio o con su familia, tienen la opción de un geriátrico público de gestión municipal (Pedro Detori). Como hay poca accesibilidad al mismo por las escasas

---

3- Datos suministrados por el referente de la Dirección de Discapacidad de la Provincia.
4- http://registroncd.senaf.gob.ar/ListadoCuidadores.aspx

vacantes, se prioriza el ingreso de personas sin cobertura social y de bajos ingresos. Y cada nuevo ingreso está sujeto a que se libere una cama por el fallecimiento de una persona. Otra opción la constituyen las empresas privadas (existen dos en la ciudad) cuya internación se gestiona vía la obra social, o el Estado provincial en caso de no tener otra cobertura. No obstante, **no existe una oferta amplia tampoco en el sector privado**, por lo que suele haber lista de espera aún para las instituciones de este sector. En esta línea, se ha registrado la existencia de 6 "hogares" o "geriátricos" privados en la Ciudad[5].

Para aquellas personas adultas mayores con niveles de autonomía conservados, cuyas necesidades se encuentran más ligado a lo económico y/o a lo socioafectivo, desde el ámbito municipal se apoya el trabajo de **tres clubes para personas adultas mayores**. Los mismos dependen de la **Dirección del Adulto Mayor del Municipio**, y están ubicados estratégicamente en barrios de cierta vulnerabilidad social. La función de los clubes es de **contención social**, se les brinda comida, ropa limpia y espacios de ocio y recreación, dentro de una franja horaria amplia, de 8 a 18 horas; actualmente cada uno de estos clubes atiende, en promedio, 30 a 40 adultos mayores, quienes asisten casi diariamente. En algunos de ellos, incluso atienden necesidades de personas mayores en situación de calle, brindando una asistencia social importante. Las encargadas son empleadas municipales, mujeres, con distintos grados de capacitación, y talleristas de folklore, manualidades y otras actividades[6].

"De asistencia social, que les brindamos a ellos; por ahí ellos no tienen un hogar, pero tienen un plato de comida, un baño para bañarse, ropa limpia, brindarles algo que ellos no tienen, y eso creo que para nosotros como personal es, no solo también como ser humano es bueno brindarle eso a un adulto."

(Encargada Club social de adultos mayores 1)

5- Residencia Geriátrica Pewen Kuku; El Hogar (Hospedaje de Ancianos); Oasis (Hospedaje de Ancianos); Abuela Cerda (Hospedaje de Ancianos); Los Nonos (Hospedaje de Ancianos), La Familia (Hospedaje de Ancianos).

6- Datos aportados por las encargadas de los centros durante la realización del grupo focal a adultos mayores y encargadas de los clubes municipales La Razón de mi vida, Club de abuelos Caminitos y Remembranza.

Tabla 1: Jardines Maternales Municipales

Jardín Maternal	Matrícula De Lactantes	Matrícula De Deambuladores	Matrícula De 2 Años	Matricula Sala Multiedad / Sala De 3
Pichi Ayelen	07	16	45	-
Ballenita Azul	07	-	15	-
Cemin Evita	14	28	58	10
Los Aromitos	-	-	-	20
Arco Iris	-	-	30	20
Tutu Maramba	03	11	29	-
Bichito De Luz Vespertino	-	08	14	20 (multiedad)18 (sala de 3 años)
Totales	**31**	**63**	**191**	**88**

Tabla 2: Jardines Maternales De Gestión Privada /Provincial/ Gremial

ENI/ Maternal	Sala De Lactantes	Sala De Deambuladores	Sala De 2	Sala De 3	Sala De 4	Sala De 5	Multiedad
Murmullo (Privado)	10	-	15	15	-	-	-
Atech (Provincia-Gremio)	10	17	31	31	23	-	-
Mundo Feliz	08	10	-	-	-	-	De 3 Y 4 Años:14
Nidito	-	06	14	11	-	-	-
Mama Pata	08	-	-	20	-	-	Sala De 1 Y 2 Años: 18. Sala De 4 Y 5 Años:17
ENI N° 490 Vespertino	02	05	08	11	02	03	-
Totales	**38**	**38**	**68**	**88**	**25**	**03**	**De 1 Y 2:18. De 3 Y 4: 14. De 4 Y 5: 17**

"El abuelo hoy en día, al centro, todo lo que le ofrecemos, es contención; la mayoría allá lo que busca el adulto mayor es la contención que le brindan, tanto como el grupo de abuelos, entre ellos; y tanto como el personal, que todo lo que ellos necesitan, así sea: un equipo de mate que le sirvan, que le ofrezcan una charla un ratito, el compartir con ellos nos lleva a todo; o sea las actividades que nosotros desarrollamos en el centro, es lo que le ofrecemos a cada adulto."
(Encargada Club social de adultos mayores 2)

Por último, respecto de la primera infancia, datos del INDEC en las "**Proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010**" indican que en la Localidad de Trelew el 8,5% de la población es igual o menor de 4 años (contando en el año 2010 con la presencia de 8427 niños y niñas entre 0 y 4 años de edad).

A nivel municipal, se identificaron 7 Instituciones que atienden la primera infancia, a las cuales asisten un total de 373 niños a los Jardines maternales del ámbito público (Ver Tabla 1). En cambio, observamos que hay en total 309 niños que asisten a los Jardines maternales del ámbito privado (Ver Tabla 2), sumando junto con el ámbito público un total de **682 niños y niñas que asisten a las instituciones maternales en la ciudad de Trelew**.



Capítulo 5: El cuidado desde la percepción de actores involucrados

En este apartado se hará especial énfasis en la percepción de distintas personas relacionadas con las tareas de cuidados, así como de quienes reciben dicho cuidado. Para ello, se expondrá el análisis de las entrevistas realizadas a referentes institucionales y comunitarios y de los grupos focales desarrollados.

a. El caso de las personas adultas mayores

Para introducirnos en el análisis de los testimonios vinculados a la necesidad de cuidados de las personas adultas mayores en Trelew, podemos comenzar infiriendo que en términos generales hay consenso en que se trata de una **necesidad sentida o demanda concreta** que en la actualidad, **no está siendo abordada de manera integral** o en la amplitud y la diversidad en la que ella se presenta:

> ***"(...) hay mucha más necesidad de tener todo tipo de auxilio y a esto en lo local se suma que hay pocos recursos institucionales, hay pocos geriátricos, los geriátricos tienen cerradas condiciones, tienen pautas, si son estatales tienen pautas según el tipo de vulneración muy claras, y otras instituciones privadas tienen pautas restrictivas en cuanto a la auto valía del adulto mayor, te aceptan hasta cierto nivel de auto valía..."***
>
> ***(Referente de la Subsecretaría de Políticas Sociales)***

> ***"Las internaciones hoy en día están precarizadas y sobrepobladas y estoy hablando de las estatales como de las privadas, y el mercado en lo privado está escaso que realmente no están pudiendo brindar eso (...) escasa oferta y excesiva demanda de las familias (...). Cuando vos tenes una sobre demanda y muy poca oferta, terminas aceptando lo que hay, lo que hay a veces no es lo ideal para las personas."***
> ***(Referente de la Subsecretaría de Políticas Sociales)***

Con relación a la población que actualmente es beneficiaria de servicios de cuidado dentro del grupo de personas adultas mayores, se destacan aquellos de mayor edad o que por distintas problemáticas han perdido autonomía. Cabe señalar que en las diferentes entrevistas **aparece un borde difuso entre la población con discapacidad y las personas adultas mayores**[1]. En este sentido, la práctica de las personas trabajadoras que se dedican al cuidado da respuesta a ambas problemáticas. Apareciendo en algunos casos diferencias entre el rol de la persona que cuida y la persona que realiza acompañamiento, que en las prácticas concretas no parece estar tan separado.

> ***"Depende como se mire, si es desde la parte oncológica es el buen morir. Si es el acompañamiento el acompañar es muy distinto que los cuidados. Acompañar no es lo mismo que los cuidados domiciliarios."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***

> ***"El acompañante acompaña, si es de salud mental acompaña para su autonomía, a veces maneja la medicación, acompaña la recreación, si es de salud mental acompañarlo a que mantenga y vuelva a sus hábitos normales, que por ahí pierde, hay que sacarlo del estado que está, que vuelva a su vida normal, el cuidador domiciliario va a un domicilio y tiene todas la tareas, levantar, higienizar, dar el desayuno, dar la medicación."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***

1- Si bien en este apartado se hace referencia a determinadas cuestiones que pueden ser comunes a la población adulta mayor y personas con alguna discapacidad (aunque con mayor hincapié en las singularidades del primer grupo), en un próximo apartado intentaremos señalar aspectos específicos que se identificaron en relación al segundo grupo poblacional (personas con alguna discapacidad).

Dentro de la descripción de las tareas de cuidado, se destaca el vínculo afectivo sobre el que se apoya la misma. Con referencias explícitas a que se hace desde el "amor" y "con el corazón", según mencionan coincidentemente varias cuidadoras.

De manera reiterada se ha manifestado en las entrevistas la enorme responsabilidad e involucramiento afectivo que implica esta labor, evidenciándose claramente su **dimensión "inmaterial" o afectivo-relacional** vinculada al bienestar emocional tal como desarrollamos en el marco conceptual:

"Es imposible no encariñarte con la persona que cuidas, porque por más que vos digas "no, esto no me va a afectar", son tantas las cosas que le pasan a las personas enfermas, que uno termina encariñándose (...) yo creo que, el cuidador domiciliario es una persona que se compromete, es un compromiso con el paciente y una responsabilidad porque vos no podes faltar."
(Cuidadora Domiciliaria)

Ahora bien, al describir las tareas o prácticas concretas, si bien conceptualmente quienes trabajan prestando servicios de cuidado, referentes comunitarios e institucionales pueden ubicar necesidades de distinta índole, aparece una **preeminencia de las necesidades físicas por sobre las emocionales, sociales, económicas, culturales, etc**. En tal sentido, parece que hay un hiato entre los conceptos y las prácticas o entre la teoría y los recursos concretos.

"Cuidar la piel, escara, que no se lastime. Lo más importante cuidar la piel."
(Cuidadora domiciliaria)

"Le tenemos que hacer todo, la comida, el cuidado de los pies, era diabética. Al adulto no lo podes hacer caminar es una lucha. O caminas o perdés un pie. Me la llevaba hasta la plaza, por el tema de la circulación por ser diabética."
(Cuidadora domiciliaria)

"Mirarle los pies, tobillos, hacerle movimiento para que no se endurezca, un día se cayó y quince días en la cama, yo lo rotaba, yo hago todos los ejercicios, pero le preguntaba al kinesiólogo y a la hija."
(Cuidadora domiciliaria)

En general, las tareas de cuidado que brindan quienes prestan este servicio a la persona asistida quedan libradas a su percepción, práctica o conocimiento personal, y/o a las tareas que los familiares señalan, sin contar con otro tipo de indicaciones o apoyo técnico especializado.

> ***"(...) lo tenés que aprender por prueba y error. Nadie te dice que es lo que necesita."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***

En esta línea, en cuanto a la percepción sobre quién o quiénes tienen responsabilidad en relación al cuidado de personas, en la mayoría de las entrevistas se ha podido observar relativa **naturalización** respecto de que **es la familia quien debe hacerse cargo**, mencionando en **muy pocos casos la responsabilidad que cabe al Estado en tanto garante de Derechos**. El derecho al cuidado lejos de ser concebido como universal, está ligado a condicionamientos específicos, tales como la alta dependencia.

Ahora bien, es interesante destacar que en cuanto a estratos socioeconómicos, la necesidad de cuidados es visualizada como transversal a todos ellos, aunque cada uno lo resuelva de modo diferente, a través de **estrategias disímiles**, en función de sus posibilidades económicas, pero también en función de criterios subjetivos, culturales, etc. Pero lo que sí queda claro en los testimonios es que **la necesidad y la demanda se encuentra presente y de manera contundente, heterogénea y no resuelta en toda su magnitud**:

> ***"(...) he recorrido de la provincia, he visto la necesidad de lo más alto social y lo más bajo social."***
> ***(Referente Sindicato de Amas de Casa)***

> ***"Las atraviesa a todas las clases sociales, la diferencia entre una clase social y otra es que hay clases sociales que pueden pagar el servicio de cuidadores domiciliarios y hay sectores sociales que no lo pueden pagar y ahí hay una gran deficiencia porque los hijos se ocupan como pueden, a veces acompañan los nietos pero no, no alcanzan a cubrir la totalidad de las necesidades. Y hay mucha demanda de internaciones geriátricas o psicogeriátricas por eso, porque la familia desborda y no tiene el recurso de fomentarlo de otra manera..."***
> ***(Referente local de PAMI)***

"(...) esta necesidad de cuidado está en todos los estratos sociales y de todos los lugares, los tenes en el ámbito rural y lo tenes en el centro de Trelew o en cualquier barrio. La necesidad de cuidados, sobre todo en las personas con grado de dependencia en la discapacidad y/o en el adulto mayor, existe en todos lados."
(Referente de la Subsecretaría de Políticas Sociales)

"Sí, yo hago trabajo a domicilio con adulto mayor y adulto, en este momento no tengo a ningún niño pero tengo adulto mayor, y si el tema del cuidado a domicilio es como que hizo un ibum! Y iexploto!, y hay mucha gente que requiere el servicio, yo estoy para una empresa y trabajo de forma particular también (...) En general las familias que llegan son de estrato socioeconómico medio...medio alto..."
(Cuidadora Domiciliaria)

Fuera del ámbito familiar, se accede al cuidado por vía de la pobreza extrema o por cuestiones médicas a través de la obra social, en una suerte de sumatoria de recursos propios, recursos públicos, de la seguridad social y de la propia familia. De esta manera, se perfila que **el acceso a la provisión de cuidados en la ciudad de Trelew está fragmentado y sujeto a múltiples barreras, especialmente económicas**, aunque en algunos casos (proyectando a nivel de provincial) también geográficas.

"La barrera no es solamente socioeconómica, sino también... de distancia. Nosotros tenemos que lograr que no solamente se acceda al cuidado en las grandes ciudades, o barrios."
(Referente Sindicato de Amas de Casa)

Se puede observar entonces, retomando el concepto de **fragilización** desarrollado en el marco teórico, cómo el abordaje de los cuidados de personas adultas mayores en Trelew se realiza de un modo reduccionista y no desde iniciativas que acompañen de modo integral los procesos de envejecimiento que permita alargar la funcionalidad.

Cabe resaltar que los circuitos de provisión repiten el patrón país, gran parte de esta se tramita a través de redes familiares y comunitarias. **El acceso al recurso está ligado al poder adquisitivo de las familias** o de la propia persona y a tener o no algún tipo de cobertura social, sea obra social, PAMI/PROSATE o el Programa Incluir Salud en el caso de personas adultas mayores con discapacidad. Quedando una parte de la población, que necesitaría el recurso, sin poder acceder a él. Esto se visualiza, pero no se problematiza.

"El médico clínico del Don Bosco es también prestador de PAMI entonces es una ventaja porque conoce el circuito y le deja hecha la receta y todo. Yo con adultos mayores veo esa necesidad y el que no tiene OS tiene que ver todo lo socioeconómico."
(Trabajadora comunitaria de salud en terreno).

"Cuidadores no necesitan porque es el grupo familiar el que cuida. La familia se ocupa de llevarlo al médico de la contención familiar."
(Trabajadora comunitaria de salud en terreno).

"Sabemos que hay otros pacientes que lo necesitan, pero si no tienen Incluir Salud ni siquiera empezamos el trámite porque no se le da la respuesta."
(Trabajadora social del hospital)

Un punto que anticipamos anteriormente es que sólo en **casos excepcionales** los entrevistados (fueran referentes comunitarios, institucionales, cuidadora/os o las y los beneficiarios del servicio) visibilizan la cuestión del cuidado en términos de derecho. En muy pocas ocasiones se ha mencionado al Estado con un rol en relación con la responsabilidad en la provisión de este. Si bien se ubican los cambios demográficos que hacen de este tema una cuestión en crecimiento, no se problematiza el mismo en términos de derechos ni de acceso universal. Incluso los mismos referentes encargados de la provisión y/o la gestión de dicho servicio, naturalizan que los recursos sean escasos y los trabajadores y trabajadoras estén mal pagos. Así como que tengan que someterse a regímenes laborales precarizados o de franca explotación. Para la provisión del servicio, se apela a una ingeniería por parte de la familia en la cual se combinan recursos formales e informales para poder asistir a las personas que necesitan cuidados.

"El paciente tiene Incluir Salud, el médico lo indica, se hace una evaluación social. M. evalúa si lo necesita y yo evalúo lo económico. A veces solicitan ocho horas y damos cuatro y vemos cómo se pueden arreglar, si con un vecino, con un amigo, con un tío, con un primo que los ayuda."
(Contadora del Hospital de Tw)

Claramente predomina una **lógica economicista y de mercado** por sobre una perspectiva de derechos y de acceso universal al cuidado en distintas etapas de la vida.

> ***"Lo público, deja mucho que desear. Y lo privado, es... hoy es un comercio. Es un rédito personal hacia una persona. No es un rédito de un servicio que tenga verdaderamente todo el contenido que vos necesitas, como servicio."***
> ***(Referente del Sindicato de Amas de Casa)***

Asimismo, subrayando lo que decíamos anteriormente la responsabilidad del cuidado se sigue conceptualizando en términos de responsabilidad familiar, por sobre una responsabilidad Estatal no reconocida.

> ***"Pienso que la familia es muy importante, vemos las necesidades, pero si la familia no colabora."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***



> ***"Es lo más difícil, la familia. El entorno familiar a veces es lo que más cuesta."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***

> ***"(...) al haber aumentado la expectativa de vida muchos adultos mayores empiezan a tener cada vez mayor grado de dependencia y a veces la familia no da abasto para brindar los cuidados. Tienen las personas mayores que van desde una cosa sencilla, por ahí desde ayudarlos a higienizarse o vestirse o hacer algún trámite, hasta acompañarlos a hacer una actividad recreativa o social. Entonces muchos adultos mayores se quedan en situación de aislamiento social porque pierden la autonomía y la familia no puede acompañar porque trabajan, tienen su familia, hijos chicos..."***
> ***(Referente local de PAMI)***

En esa línea de **responsabilizar a las familias**, aparecen naturalizadas las prácticas de cuidados como tareas predominantemente femeninas. Llamativamente muchas de las cuidadoras describen esta tarea como una prolongación de actividades que empezaron a hacer en el seno de sus hogares por situaciones familiares. Y en algunos casos, tuvieron que dejar de trabajar percibiendo una remuneración para volver a hacerlo de manera informal, cuidando nuevamente a un familiar.

“Me vine acá por mi hermano, amputación de una pierna, lo cuidé cuatro años, mi vida fue siempre el cuidado.”
(Cuidadora domiciliaria)

“Ahora estoy al cuidado de mi mamá que tuvo una ACV y no puedo trabajar porque estoy al cuidado de ella, pero sí me salen hago algunos trabajos.”
(Cuidadora domiciliaria)

El **predominio de cuidadoras mujeres** por sobre los hombres es una constante. Y cuando aparecen más cuidadores hombres, se lo relaciona con problemáticas de salud mental más que con provisión de servicios a personas adultas mayores. Como si las tareas de cuidado fueran naturales al mundo femenino en el caso de la primera infancia y las personas adultas mayores. Y se necesitaran cuidadores hombres en el caso de personas postradas cuyo cuidado requiere fuerza física o en el caso de personas con trastornos mentales. Sobre este último punto es necesario indagar si se relaciona con una cuestión de estigma e idea de peligrosidad asociado a dichas problemáticas.

“Tenes las mujeres que viven más, entonces en población y número tendrías más mujeres, pero las mujeres construyen más vínculos familiares, es muy difícil que alguien pida asistencia (…) eso suele pasar más con los hombres, en la experiencia que tuve yo, teníamos muchos hombres solos, porque en su momento han dejado a sus hijos, en un determinado momento, han dejado sus hijos, si bien tienen hijos, pero tienen un vínculo un poco más distante. (…) El varón con el tiempo pierde un lugar estratégico en la casa, eso también es una cuestión de género, la mujer siempre tiene un lugar estratégico en la casa, la mujer como se le asigna generalmente tareas de cuidado, es fácil darle los nietos, facilitarle los bisnietos por lo menos, si bien no va a levantar a los bebés está ahí para cuidarlos.”
(Referente a cargo de la Subsecretaría de Políticas sociales del Ministerio de Familia y Promoción Social)

En algunos casos, se visualiza que hay más cuidadoras que cuidadores, y se resalta que son más hombres que mujeres quienes tienen acceso a servicios de cuidados. Se abre acá una **doble perspectiva con relación a la igualdad de oportunidades**.

Por un lado, mayor presencia femenina en tareas que exigen hasta el momento poca preparación y tiene mala remuneración. Por el otro, el acceso al ejercicio del derecho al cuidado más legitimado en el caso de los hombres que de las mujeres. Ya que se supone que, en el último caso, es más fácil tramitar domésticamente esta necesidad de ser cuidadas o que las mujeres, aún como adultas mayores, continúan teniendo un rol estratégico de cuidadoras al interior de la familia.

La práctica laboral de las cuidadoras y cuidadores

En esta dimensión se visualiza un creciente avance en el reconocimiento de la temática y de que las necesidades de cuidados, especialmente en el caso de personas adultas mayores, van a aumentar paulatinamente. Sin embargo, **el proceso de profesionalización de las personas trabajadoras en servicios de cuidados no parece darse al mismo ritmo**. Como se mencionaba en apartados anteriores, están sumamente naturalizadas las condiciones de precarización laboral, en algunos casos cercanas a la explotación. Salir del circuito de la informalidad constituyó una mejora para algunas de este sector laboral, pero las remuneraciones siguen siendo inadecuadas. La situación de ser monotributistas no les ha generado mayor estabilidad laboral ni mejores condiciones.

> ***"Tengo que cuidarlo todo el día, después sigue el hijo. Es una empresa que se dedica a cuidados, el pago es de la obra social. A la empresa le pagan a tres meses y a mí me pagan al mes."***
> ***(Cuidador domiciliario)***

> ***"En trabajos anteriores era de palabra y nunca tuve problema, pero siempre trabajé para gente que tenía mucho dinero. Ahora facturo."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***

Por otra parte, más allá de los avances en el sentido de la **capacitación y profesionalización de la tarea de cuidado** a partir de los cursos que se han dictado en los últimos años (lo cual **aparece reiteradamente en las personas entrevistadas como una necesidad sentida**) y su incipiente desarrollo por fuera del ámbito familiar, aún sigue predominantemente ligado a la esfera informal. Las condiciones laborales son extremadamente precarias y las incumbencias profesionales continúan desdibujadas.

"El empleador es el que te dice te voy a pagar tanto, te gusta bien y si no. Hay algunos trabajos que tienen una lista y depende la cantidad es lo que te pagan, por hora de trabajo, vos podés arreglar con el paciente o la familia para llegar a un monto de plata para que le convenga a la familia, 24 horas, cama adentro."
(Cuidadora domiciliaria)

"El cuidar de las necesidades de la persona, pero en algunos te toman que tenés que hacer todos los quehaceres de la casa, desde limpiar, planchar, todo, y bueno y eso bueno, a veces te lo pagan como empleada doméstica, pero cuando en realidad es (...) de 5000 a 6000 mangos (...) por 6 u 8 horas, todos los días, de lunes a sábados."
(Cuidadora domiciliaria)

Surge la pregunta sobre si la profesionalización de esta tarea no encuentra barreras profundas que provienen de un imaginario social que pone al cuidado de las infancias personas enfermas, con discapacidad o adultas mayores, como tareas propias de la esfera doméstica a realizar naturalmente por las mujeres. Se abre este planteo al percibir la dificultad en clarificar los límites y el marco del vínculo laboral de las tareas de cuidado. En este sentido, **creemos que es necesario analizar y evaluar la posibilidad de desarrollar un marco normativo que establezca y regule las incumbencias del rol de quienes trabajan prestando cuidados domiciliarios tal como se ha sancionado en otras provincias y/o localidades**[2].

"Por el mismo sueldo te van poniendo más cosas, ese fue el error mío."
(Cuidadora domiciliaria)

"Yo lavo, plancho, le corto el césped, después le dije usted me contrató para una cosa no tengo que hacer otra cosa, no me corresponde (...) Todos estamos para un sólo trabajo lo que tiene que ver con la persona, con el paciente."
(Cuidador domiciliario)

Por otra parte, en relación a la **dimensión económica del cuidado** (desarrollada en el marco teórico), consistente en cuantificar los costos de la labor, se observa también cierta **desprotección para las personas trabajadoras de éste sector**, quienes deben

---

2- *Ver:* **http://leg.msal.gov.ar/atlas/categorias/cuidador.html**

"negociar" de manera individual, así como también cierta carencia de parámetros estandarizados que incluso ponderen el rol del cuidado en el circuito económico:

"El cuidador domiciliario trabaja por lo general de Lunes a Sábado y no tiene feriados, entonces hay que poner un ingreso fijo para que también se cubran esos feriados. Porque hay muchas familias que no reconocen los feriados y algunas otras sí, que trabajas el feriado y te lo pagan a parte."
(Cuidadora domiciliaria)

"Las familias no tienen ni idea de cuánto se paga, y por ahí es como que vos les decis, 250 vamos a poner, "eh, es mucho" pero tenes que estar y ellos no saben lo que es. Hay muchos que dicen si, no tienen problema, te pago lo que sea, mientras cuides a mi mamá bien y no le pase nada. Pero siempre hay un acuerdo y tenes que tener idea más o menos cuanto, que es lo que tenes que hacer, porque no es lo mismo ir a cuidar a una persona que esté lúcida, a que esté tirada en la cama y que requiera otros cuidados. Es mucha responsabilidad."
(Cuidadora domiciliaria)

Hay historias laborales cuyos inicios se dieron en el ámbito doméstico y el paso del trabajo no remunerado al remunerado estuvo basado en esas tareas previas. El haber cuidado un familiar, un amigo o un pariente, es el antecedente que facilita asumir dicha tarea como un rol laboral. No obstante, esa misma preponderancia de la responsabilidad del cuidado en las figuras femeninas, puede precipitar el camino inverso, tal como se ejemplificó anteriormente.

Un tema que se perfila como muy relevante, es **la falta de cuidados a las personas que se dedican a prestar éste tipo de servicios**. Situación común a las figuras de cuidado en general. En este caso, en un contexto de escasa formación, precarización laboral y baja remuneración, la falta de cuidados sobre quienes trabajan, parece acrecentarse. Asimismo, hay pocos espacios formales de tramitación colectiva de estas situaciones, tanto en relación con los derechos laborales como al propio cuidado y preservación de la salud integral.

"(...) Yo estuve dos años sin trabajar porque me afectó mucho el fallecimiento de la persona que yo cuidaba."
(Cuidadora domiciliaria)

> ***"A las cuidadoras le cuesta mucho reponerse cuando fallece. Yo había propuesto monitoreo de cuidadora para acompañarlas, pero la institución no lo permitió. Cómo dar el servicio, como posicionarse ante situaciones de vulneración de derechos."***
> ***(Trabajadora social de SEROS)***

La necesidad de espacios de apoyo, contención, reflexión y "supervisión" para la tarea de las personas cuidadoras en domicilio (que de alguna manera de realiza de modo muy aislado, individual y personalizado) aparece en los testimonios tanto de quienes prestan éste servicio, como de familiares y referentes gubernamentales especialistas en la temática:

> ***(...) por eso es tan importante que el cuidador se integre a un equipo, la tarea del cuidado siempre debería ser supervisada. Cuando digo supervisada, no estoy hablando de una inspección sino de acompañar al cuidador desde el espacio del abordaje, del espacio reflexivo donde estamos yendo..."***
> ***(Referente de la Subsecretaría de Políticas Sociales)"***

> ***"Muchas veces te encontrás solo con un montón de responsabilidades haciendo el trabajo del médico y del enfermero y es muy estresante. No hay acompañamiento."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***

La **precarización laboral** se perpetúa desde algunas instituciones que financian indirectamente el trabajo de personas que se dedican al cuidado. Al punto tal que las primeras capacitaciones formales que ser realizaron fue desde las obras sociales, pero sin establecer posteriormente vínculos laborales con las personas capacitadas. Ya que la contratación la dejan como responsabilidad familiar. Por otro lado, se busca un perfil específicamente vulnerable, para evitar perder el recurso formado aún sin promover una situación laboral estable.

> ***"Los que hicimos el curso en SEROS quedamos en una lista y cuando la familia necesita un cuidador le dan el listado, y ellos nos llaman directamente."***
> ***(Cuidadora domiciliaria)***

"Hemos hecho tres cursos en la institución, promovidos por la DINAPAM. Cuatro meses tres veces por semana hasta 14 profesionales de distintas disciplinas. Cursos libres, hasta un máximo de 50 años y sólo primaria, vimos que los que tenían secundaria luego se iban a estudiar enfermería."
(Trabajadora social SEROS)

Se ilustra de esta manera, como la cuestión de la **feminización de las tareas del cuidado** continúa naturalizada desde distintos referentes profesionales e institucionales. Ligada además a una precarización laboral y a un seudo avance en el desarrollo de acciones que den respuestas concretas a las necesidades de cuidado. Asimismo, estos avances son muy fragmentados, y no están ligados al desarrollo de una política pública, tanto en el ámbito municipal, como provincial y nacional.

Desde la Dirección Nacional de Políticas del Adulto Mayor (DINAPAM), perteneciente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, las acciones priorizadas apuntan al desarrollo de los programas de capacitación, y la implementación del registro nacional de cuidadores. Fortaleciendo indirectamente la **lógica de la prestación de cuidados desde una cuestión individual**, quedando su provisión ligada a un contrato entre dos particulares. De esta manera, se refuerza la participación del Estado o de la seguridad social sólo a partir de un financiamiento indirecto, subsidiando parcialmente la demanda y con escasa regulación de las prácticas y condiciones laborales. No obstante, cabe mencionar que en función de un intenso trabajo desde el ámbito académico de visualización de esa tendencia, sumado a la estimulación de la integración y fortalecimiento de las Cooperativas de Cuidadoras y Cuidadores domiciliarios a nivel nacional, en este último tiempo, la DINAPAM está comenzando a observar al formato cooperativo y descubriendo el potencial que presentan.

b. El caso de las personas con discapacidad (diversidad funcional)

El presente análisis retoma lo desarrollado en relación al Modelo de Derechos y articula diversas dimensiones: cuestiones de género; el derecho al cuidado y a cuidar(se) y el rol del Estado en éste sistema.

Se tiene en cuenta también que el modelo plantea como parte de los derechos la realización de "**ajustes razonables**" para el ejercicio de derechos en todas las edades y la construcción de sistemas de apoyos para garantizar ese ejercicio.

Las personas con diversidad funcional, transitan su vida con diferentes necesidades: adecuación social, ajustes razonables y apoyos, variando en relación con la edad, las problemáticas (física y/o psíquica) que presentan y el género al que pertenecen, lo que complejiza y las coloca en una situación doblemente vulnerable en referencia a los cuidados y con necesidades particulares que deben ser atendidas y consideradas.

El impacto de la dimensión de género en el análisis

Tal como se viene desarrollando en el presente informe, encontramos naturalizada a la familia como r**esponsable primaria** del cuidado y atención de las personas con discapacidad, con una inclinación de responsabilidad hacia las mujeres. No se dimensiona al cuidado como un Derecho y el rol del Estado resulta secundario, responsable de intervenir en las situaciones de carencias socioeconómicas y cubriendo necesidades puntuales, lejos de la lógica de un abordaje integral.

> ***"(...) provincia, no todos requieren digamos de un cuidador, los que requieren de un cuidador son los que no tienen una contención familiar...o la familia o vive con personas mayores, que no pueden asistirlo de manera cómo lo deberían asistir..."***
> ***(Ref. Dirección Provincial de Discapacidad)***

> ***"(...) Para mí los primeros son los padres, la familia, la que esté, muchos de ellos algunos no tienen papá, están con abuelos, con tíos, pero son ellos los responsables primero, después está educación, salud, me parece que estamos todos también, seguridad... que tenemos que también abocarnos a esto de los cuidados."***
> ***(Dir. Escuela Especial)***

> ***"Uno dice pero una persona que tiene un chico que convulsiona a la noche o un chico autista que es hiperquinético se te duerme, llega un momento que estás agotada porque tenes, a tu marido, tenes una familia o capaz que tenes a tu mama, a tus hermanos, tu marido, tu trabajo, quedas agotada"***
> ***(Ref. Miembro de la Junta Evaluadora de Discapacidad)***

"Empezaron a dar la cobertura de cuidadores que surgió como una necesidad de ese momento porque son la mayoría de los pacientes, son discapacitados, con alguna discapacidad, eh digamos… hay niños y adultos con discapacidades, entonces, surgió esta necesidad, porque generalmente son pacientes en situación de mucha vulnerabilidad digamos, eh… con pocas posibilidades de dar una respuesta desde la contención desde los familiares"..".vamos viendo cómo evoluciona el paciente, si se pueden arreglar… con un vecino, con un amigo, con un tío, con un primo que los ayuda…"

(Ref. Hospital Zonal Tw)

Asimismo, se puede ver que ésta percepción se va modificando ligeramente en los organismos locales, en donde claramente el trabajo en "territorio" es determinante. Se puede inferir que el contacto real de las necesidades cotidianas de la población con discapacidad y de las personas que están a cargo, permite empezar a visualizar la problemática desde una óptica diferente. Pero esa situación si bien se percibe, no redunda en revertir la lógica que ubica a la familia como un eslabón vital, permitiendo incluir una perspectiva más integradora.

"Y en el aspecto que me toca a mí de trabajar con personas con discapacidad, es muy necesaria la familia, porque nosotros podemos estar una hora, dos, con la persona que está necesitando, eh, nuestra ayuda, pero después las 24 horas le queda a la familia…"

(Dir. Discapacidad Tw)

De las entrevistas a grupos focales donde participaron personas que tienen a su cargo la responsabilidad parental en términos jurídicos, se puede percibir que las tareas de las y los cuidadores son consideradas "**ayudas**" para estas persona. Las que son requeridas en relación a la conciliación de la vida laboral y la vida familiar.

En el mismo sentido, se percibe en algunos casos una arraigada percepción cultural atravesada por estereotipos y roles de género, que son considerados como capacidades naturales de vinculación y una ventaja para que el cuidado resulte significativo.

"El ayudaba, y después se recibió y obvio, no trabajó más. Pero fue de mucha ayuda para mí. Y me di cuenta que un hombre, como ser el papá de mi hijo no se hace cargo, y un hombre no es lo mismo que una mujer, viste. Era muy compinche."

(Madre Grupo Focal 9)

En consonancia con lo expuesto en el marco teórico, de los discursos de las personas entrevistadas, podemos situar que persiste la asignación naturalizada a las mujeres en cuanto al rol de cuidado. Ya sea de manera directa y/o indirecta, y en lo que respecta a la conceptualización de la dimensión material como inmaterial del trabajo de cuidado.

> ***"Viste que eso a veces necesita escuchar. Nosotros no somos igual, yo voy al circuito, pero es un embole. Pero bueno viste, voy igual porque quien lo va a llevar si no lo llevo yo, si yo sé que es su pasión, como no voy a ir. Bueno qué sé yo, voy miro un poco, y…"***
> ***(Madre Grupo Focal 9)***

> ***"Conozco a una señora grande, tiene 89 años, hace… van a ser dos meses los primeros días falleció su marido, está sola en la casa. Y ella tiene obra social, tiene SEROS, era maestra. No tiene una mala posición económica, pero está sola. Yo voy a verla de vez en cuando, pero te imaginas, yo tengo a mi mamá en silla de ruedas. A mí la cabeza no me da, yo le digo "¿Por qué no te buscas una ayudante terapéutica?" que vaya suponele lo que pide el médico ahora, 2hs, 3 veces por semana"…"ella tiene un solo hijo, y ¿Qué le va a decir el hijo? Encima está trabajando, está ocupado."***
> ***(Madre Grupo Focal 9)***

> ***"(…) siempre fui muy de esas mamás que digitan, organizan, tiene agendas, se hace así, se hace asá, yo opino, yo dirijo, yo coordino, yo decido. Entonces, también me di cuenta de que discapacité aún más a mi hijo, porque no le permití su independencia, no le permití crecer, porque siempre lo puse… en el escalón de que es discapacitado y no puede, o lo saco a la calle y lo dañan, entonces lo tengo que defender yo, yo, yo, yo… y no puedo… no puedo, porque potencie aún más algunas cuestiones. Entonces, bueno eso uno lo aprende. Yo lo aprendí…"***
> ***(Madre Grupo Focal 6)***

Al trabajar en la conceptualización de las necesidades de este grupo de personas, aparece como un subgrupo a considerar, con necesidades propias, los familiares y las **personas que se hacen cargo del cuidado**. Estas son también las que gestionan los servicios de cuidado. En consonancia con la cuestión de género que ha sido un eje articulador de este trabajo, la mayoría de ellas son mujeres. En las entrevistas surgen de manera relativamente velada, las propias necesidades que ellas tienen. En algunos casos en relación a disponer de servicios especializados que den respuestas

a las características funcionales de las personas a su cargo; otras relacionadas con la dimensión inmaterial del cuidado, los patrones culturales educativos subsistentes y el derrotero que padecen al momento de solicitar servicios de cuidado tanto en el sistema público como el privado. Todas estas dimensiones impactan directamente en su salud y calidad de vida, agudizando la situación en los casos en que existan barreras económicas y socioculturales. Es decir que en estas situaciones, al no existir circuitos formales de provisión de cuidado para las personas con discapacidad, y quedar las mismas al cuidado casi exclusivo de una figura del entorno familiar, estas últimas quedan expuestas a situaciones de alto estrés, deviniendo un grupo vulnerable en sí mismo. Lo cual abre el capítulo del cuidado a las y los cuidadores, que se mencionó en relación a quienes ejercen esa práctica como rol laboral, pero que incluye también a las figuras del entorno cercano a la persona con discapacidad.

"(...) ha sido un crecimiento mutuo en cuanto a educarnos como padres. De tener hijos "sanos" y de pronto viene Ignacio con toda su discapacidad, asimilar los diagnósticos médicos, después salir a buscar respuestas...". "Convengamos que nadie te facilita la vida, nosotros tenemos obra social sí, beneficios sí, pero eso ha sido a costa de tener que atrincherarnos- por así decirlo- en Defensoría Pública. Yo eh... estar en grupo de familiares que me contengan. Incluso, aún teniendo los recursos económicos necesarios para poder llevar adelante una vida... de calidad, en cuanto a salud, he tocado fondo más de una vez porque siempre nos hemos chocado contra una pared, con la burocracia, y la desinformación, el desinterés..."

(Madre grupo focal 6)

"(...) las personas enfermas te tiran muy abajo. No es que ellos quieren, pero vos te imaginas que si... depende todo de mí, entonces es como que llega un momento que..."

(Madre Grupo Focal 9)

"(...) pero hoy no es mucho lo que tenemos, pero tampoco salta esa figura, por una cuestión de digamos de que a veces el recurso no es el que está, nos cuesta un montón poder generar la aprobación del pedido, yo el otro día lo planteé, estuvimos en el consejo de discapacidad provincial y lo planteé, la necesidad de contar con los apoyos para propiciar la vida autónoma de las personas, para generar mayor independencia, entonces que esté más fácil y más a la mano, yo creo que la conformación de esto daría un marco."

(Dir. Discapacidad Provincial)

De la lectura de las entrevistas realizadas a grupos focales y referentes institucionales, en relación a la situación de las personas con discapacidad, aparecen hechos similares a las analizadas en referencia al cuidado de la infancias. En tanto en ambos casos se encuentran **barreras** de tipo cultural, educativas y socioeconómicas, que impactan en la sostenibilidad de la vida, en su calidad y en el acceso a un adecuado cuidado desde una lógica de universalización del mismo (Pautassi 2007).

> ***"(...) nosotros trabajamos con chicos con dificultades de aprendizaje, pero ya vienen de familias, o sea, la familia, muchas veces esta familia necesita estos cuidados porque tampoco ellos entienden, hay situaciones que no pueden llegar a comprender, que ... con algo simple, como esto de la higiene personal, si no enseñamos en la casa, lo que es higiene a la mamá, al papá, al que esté con los chicos muchas veces nos vemos que estamos siempre sobre lo mismo porque falta esto, que haya alguien que por ahí también se acerque..."***
> ***(Dir. Escuela Especial)***

El rol Estatal. El cuidado como Derecho. La percepción de características especiales

Respecto al rol estatal y a la concepción del cuidado como Derecho que se ha desarrollado a lo largo del presente informe, se puede plantear que las necesidades de cuidado aparecen caracterizadas como sociales (beneficios) pero **no son percibidas en clave de Derechos**. Retomando en este sentido los términos de la Convención y del Modelo de Derechos, en cuanto a la disponibilidad y oferta de servicios adecuados (dimensión material e inmaterial de cuidados) y a las características propias de cada persona como destinataria de los mismos y cómo ellas pueden participar y aportar. Su voz, parece no ser tomada en cuenta tanto en la provisión del servicio como en la disponibilidad del mismo (en cuanto formación específica).

> ***"Con Ignacio no... muchas veces es... paciencia, astucia, creatividad, amor como por el otro, más allá de lo que podes tener. Entonces... bueno, no cuidan eso... del punto de vista. No pesa la calidad de la persona si no tiene un título que lo respalde."***
> ***(Madre Grupo Focal 6)***

"Acá hay de todo, de todas esas que nombraste sí, hay sociales, hay educativas, hay emocionales (...) a un chico con parálisis cerebral que si lo tenés que sacar y poner de la silla, tenés que tener ciertos cuidados, no sabes si al levantarlo o le duele algo, o lo lastimas o..."
(Dir. Escuela Especial Tw)

"Yo creo que el cuidado, también tiene que ver con la gravedad o el caso de lo que cada uno necesita..."
(hija Grupo Focal 6)

"...decimos mejor filtro que Ignacio en una entrevista laboral no hay". Porque lo sentamos al lado, él si te huele y te acaricia sos de su agrado. Si te ignoró, listo ya está."
(Madre Grupo Focal 6)

Por otro lado, del relevamiento institucional encontramos que los servicios de cuidados destinados a personas con discapacidad, no tienen su base en la concepción de universalizar el cuidado en cuanto corresponsabilidad (el derecho a ser cuidado y el derecho a cuidar), la obligación de la tarea y los recursos. Por el contrario, el servicio está organizado en función de la situación socioeconómica y la falta de cobertura social o destinado a quienes son beneficiarios del Programa Nacional Incluir Salud. Desde una **lógica fragmentaria**, focalizada en grupos poblacionales específicos bajo la lógica del riesgo.

"Eh, y asistente social es la que está en terreno, ósea la que puede por lo menos en esta área decirnos "mira, está pasando esta situación, estaría bueno que lo vean. (...) Un ejemplo, eh, a mi lo que me toca es cuidar de las personas con discapacidad en la atención social que es donde me toca a mí estar en acción social eh, les llegó su alimento, su subsidio de ayuda social, sus actividades también cotidianas como es el deporte, eh, la recreación, cultura, y eso es lo que tratamos en sí, no únicamente basarnos en la acción social."
(Dir. Discapacidad Municipal)

Los circuitos de provisión de servicios, se activan prioritariamente en función de demandas explícitas, sin acciones anticipatorias o preventivas. Por otro lado, las y los prestatarios del mismo son las personas que se encuentran registradas como Cuidadoras (35) así como quienes se acercan voluntariamente a los organismos

públicos, que trabajan cubriendo la diversidad de personas con necesidades de cuidado. La cuestión de la **profesionalización** de estas figuras de cuidadores/as, no es un requisito indispensable, si bien se prioriza, no determina la posibilidad de ejercer la función.

"(...) cuando nos llega a nosotros, nosotros a la dirección nos llega el pedido cuando lo requieren, es obviamente de personas que no tienen cobertura social, los que tienen incluir salud, el programa incluir salud, el pedido va para incluir salud[3], todo igual sale del ministerio en sí, pero digamos esos son nuestras 2 poblaciones objetivos digamos, eh, las que no tienen cobertura y las que tienen incluir salud..."
(Dir. Discapacidad Provincial)

"(...) llega un momento que estás atada de pies y manos... entonces medio como que, bueno... listo. No te gustó, y no hay más... porque no tengo más, encima justamente esa familia en particular, porque digo bueno porque también, si sé que hay una necesidad que, cuando empecé a buscar entre el grupete de cuidadores que tengo, ninguno quería ir. Y entonces ya llega un mom... y bueno listo, si no quiere ninguno yo no los puedo presionar a los chicos, porque además... eh... para cobrar un ingreso interesante, tienen que laburar 10hs por día, entonces..."
(Ref. Hospital Zonal Tw).

"(...) pero bueno, básicamente es eso un poco me parece con el tema de la temática, ver que las personas, que los cuidados, que estén haciendo el curso de cuidadores puedan digamos tener las herramientas de lo que tiene que ver con leyes de derechos..." "un manejo comunicacional con la persona y después herramientas para que tengan digamos... capacidades de poder saber cómo manejarse con una persona ciega, con discapacidad motora, con discapacidad visual tanto como una persona con discapacidad intelectual o mental..."
(Dir. Discapacidad Provincial)

3- El Programa Incluir Salud, es un Sistema de Aseguramiento Público de Salud que garantiza el acceso a los servicios de salud a madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años titulares de Pensiones No Contributivas (PNC), entre otros grupos, generando condiciones de equidad para el ejercicio del derecho a la salud en todo el territorio nacional a través de los gobiernos de las 24 jurisdicciones.

"(...) nosotros tenemos digamos, los curriculum que nos han acercado las personas interesadas, entonces tenemos esa base, entonces llamamos 3 o 4, los entrevistamos o vemos como cuál es el perfil de acuerdo a los cursos que tienen hechos y de acuerdo a las personas..."
(Dir. Provincial)

El reconocimiento del Cuidado como Derecho Social, implica partir de la dignidad de la persona como eje en torno al cual giran los derechos. Y consecuentemente, un Estado que a través del diseño de políticas públicas, asume la responsabilidad de proporcionar a la generalidad de personas las prestaciones y servicios públicos adecuados para sus necesidades (Marrades, 2016). Cuando el posicionamiento del que se parte es ajeno a esta perspectiva, se genera un sistema de prestaciones entendido como un "gasto" a cubrir y no como un servicio que debe brindar los apoyos necesarios para las personas con discapacidad, en cada una de sus particularidades. En este sentido, **parece primar una economía de mercado por sobre una economía del cuidado**.

"(...) empezaron a dar la cobertura de cuidadores que surgió como una necesidad de ese momento porque son la mayoría de los pacientes, son discapacitados, con alguna discapacidad, eh digamos... hay niños y adultos con discapacidades, entonces, surgió esta necesidad, porque generalmente son pacientes en situación de mucha vulnerabilidad digamos, eh... con pocas posibilidades de dar una respuesta desde la contención desde los familiares..." "...El tema es que a la respuesta, desde el punto de vista presupuestario, a mi no me da. Entonces tengo que ver, si yo a ese le doy 8, capaz que a otro lo dejó sin nada, necesito darle 4 a ese y 4 al otro... vamos viendo eso... eso lo manejamos mucho con la parte de servicio social más que nada..." "...Hoy el hospital de Trelew está, alrededor de $800.000 mensuales, en lo que es pago de cuidadores domiciliarios. Para nuestro presupuesto es un... un montón..." "Siempre hay necesidades que superan a los presupuestos que tenemos a los presupuestos que tenemos, con lo cual el tema de cuidadores, fue como quedando... relegado en la cuestión presupuestaria, porque siempre tenemos prioridades, urgencias, prótesis quirúrgicas, cosas que..."
(Ref. Hospital Zonal Trelew)

Distinta es la concepción que se tiene respecto a las personas con alguna problemática de Salud Mental, relacionada con un **modelo comunitario de salud**.

> ***"(...) lo del paciente de salud mental tiene que ver con todo el proyecto que hay hace tiempo en Salud Mental de la reinserción social, lo más probable es que muchos pacientes que, por una cosa o por otra, son eternos en salud mental"***
> ***(Ref. Hospital Zonal Tw)***

Por último, si bien existe un registro de datos de la población con discapacidad, el mismo se encuentra ligado a organismos nacionales, con **acceso restringido**. Sólo se encuentran disponibles datos oficiales en referencia a beneficios sociales (Asistencia Social)[4] de carácter económico.

Del relevamiento de datos e información estadística disponible, surge que la población con discapacidad no se encuentra categorizada como grupo de Población de Interés Social y tampoco se las considera un grupo con algún tipo de dependencia.

> ***"(...) y...sí, estamos medio desactualizados porque en nación mismo nos ha quitado la posibilidad, nosotros antes entrabamos a un sistema que teníamos a través de la carga de certificados de discapacidad, cada provincia podía manejar su estadística."***
> ***(Dir. Discapacidad Provincial)***

c. El caso de la primera infancia

Al realizar una lectura y sistematización de los datos construidos en las entrevistas y grupos focales podemos visibilizar algunas líneas de sentido que se han ido desarrollando en relación al cuidado en la primera infancia. Se puede observar que existe una concordancia en las representaciones del cuidado en las infancias de 0 a 4 años. De acuerdo con esto, en primera instancia se considera que el cuidado **adquiere características específicas** para la etapa del desarrollo en el que se encuentra esta población.

4- **https://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=578&Itemid=342**

"(...) es muy distinto el tipo de demanda que va a tener un niño, estamos hablando de un niño con discapacidad, un tipo de necesidad de atención puntual en lo social, al que te presenta una persona de la tercera edad con todas sus cuestiones al que te presenta un joven o adulto con discapacidad, son temáticas que se tocan, pero no son lo mismo pero se tocan pero no son lo mismo son bien distintas. "

(Referente Institucional Ministerio de Salud)

"Exactamente, no es lo mismo cuidar a un niño lactante, que a un niño que está en período de Jardín, o un niño escolar o acompañar a un adolescente cuando no están los padres, o tiene ausencia de la familia por cuestiones laborales."

(Docente Jardín Maternal)

Estas particularidades que se mencionan acerca del cuidado hacen referencia por una parte a una **dependencia total que gradualmente va disminuyendo** con el desarrollo y el crecimiento de las personas en su primera infancia. Retomando lo planteado en el marco teórico, lo enunciado por las entrevistas es concordante con la situación de los primeros años que se asocia con la vulnerabilidad y la necesidad de protección. Como proponen Canetti, Cerutti y Girona (2015) el desarrollo consiste en aumentar la capacidad de autorregulación fisiológica, emocional y cognitiva-atencional lo cual permitirá la autonomización de las infancias. Siendo las personas adultas quienes deben actuar como extensión de sistemas de regulación de las infancias que progresivamente se irán consolidando destacando la importancia del apego y del cobijo,

"Estamos hablando de un cuidado: el cuidado corporal, la persona que está a cargo tiene que saber que un niño, hay que abrazarlo, cobijarlo, contenerlo, mimarlo, asistirlo y todo eso debe ser en un clima de amor y respeto"

(Docente Jardín Maternal)

Asimismo, desde los referentes de las instituciones entrevistadas, se entiende desde una **perspectiva integral el cuidado**, compuesta por los aspectos de cuidado corporal, psicológico, educativo y social.

"Cuidado, como una acción de cuidar, de preservar, de prevenir, de acompañar, de asistir a la población. Y bueno, nosotros trabajamos desde salud con concepto amplio de Salud, como la salud no solamente el bienestar físico y la ausencia de enfermedad, sino como un bienestar integral. Eh... psicológico, social, cultural. (...) Yo creo que son responsabilidades compartidas. Nosotros tenemos desde Salud una responsabilidad inherente y específica, desde nuestros programas, como ya te decía anteriormente, para cada etapa de la vida tenemos distintas líneas de cuidado. Pero cuando queremos efectivizar estas líneas de cuidados, necesitamos del trabajo conjunto. O sea, uno siempre aborda la población en forma integral, con distintos programas."
(Referente Ministerio de Salud)

Existe una fuerte referencia en la necesidad de que las propuestas de cuidado estén constituidas por distintos aspectos de una manera integrada. Enmarcadas en políticas públicas que favorezcan el desarrollo infantil a partir de **abordajes intersectoriales** que permitan resolver las necesidades de cuidados de la primera infancia.

> *"(...) los cuidados no son solamente físicos, sino todo lo que tiene que ver con el desarrollo neuromadurativo del niño tiene que ver con esto. El aspecto psicológico es importantísimo de cuidarlo, y todo esto hace que la dimensión sea más que tridimensional. Porque uno apunta a esto, a la salud como bienestar biopsicosocial y cultural. Entonces como que el cuidado tiene que tener en cuenta todos estos aspectos."*
> ***(Referente Ministerio de Salud)***

Es posible pensar estas acciones desde la mirada de **prevención y promoción** de la salud. En ese sentido, el impacto que se busca, apunta a trabajar por un desarrollo saludable de la población, a partir del cuidado de calidad de vida y de propuestas activas de estimulación, potenciación de los factores protectores y la prevención de factores de riesgo que pueden afectar negativamente el pleno desarrollo de las infancias.

Por otra parte, desde la perspectiva familiar, se destaca la mirada sobre el cuidado asociada con lo expuesto en el primer apartado, es decir sobre la importancia de la tríada compuesta por **Cuidado Educación y Crianza**. Y como un factor de suma relevancia en los servicios de cuidados destacan la necesidad de la confianza en las personas encargadas de realizar estas tareas. Confianza sustentada en tres aspectos: la capacitación de la persona que realiza el cuidado, en relación a la seguridad por

ser cuidados en domicilio y en la seguridad de contar con el servicio con cierta continuidad. Este último aspecto, referido a la figura de apego que representa quienes prestan el servicio de cuidado y la necesidad de quienes tienen a su cargo la responsabilidad de materno-parental de cuidado de contar con un servicio estable.

> ***"Hay cuestiones que uno quiere transmitirle a sus hijos, que se yo que sean hábitos, pautas no? Que uno tiene de crianza, que no coinciden con las que por ahí trae la persona que tiene ni mejores ni peores, distintas, diferentes, entonces en ese punto siempre preferimos como estar, a pesar de que haya, que de hay una persona igual se encarga de compartir tiempo con ellas uno siempre está"***
>
> ***(Participante Grupo Focal Madres/Padres Primera Infancia)***

> ***"Uno siempre prioriza la seguridad, pero a veces son muchas horas las que los chicos pasan con cuidadores, entonces por tener la garantía de esta capacitación previa sería lo que estamos necesitando."***
>
> ***(Participante Grupo Focal Madres/Padres Primera Infancia)***

Asimismo, se hace visible en la viñeta presentada, como algunas características del cuidado asociadas a la crianza y a la educación parecieran que estuvieran sujetas a características particulares de la persona que cuida, más que a capacidades laborales del cuidado. En consecuencia, los cuidados son representados como una **tarea que continúa fuertemente familiarizada y feminizada**, asociada con aspectos subjetivos de las personas.

Los mandatos culturales y los estereotipos de género en relación a l**a maternidad y el cuidado** tienen un impacto importante en la vida de las mujeres. Esto en ocasiones, puede generar sentimientos de culpa el requerir servicios de cuidado para las personas que se encuentran bajo su responsabilidad materno-parental y/o su guarda.

> ***"Obviamente que me sentí mal cuando la contrate, la cuestión de la culpa no?, de que cómo no voy a estar yo con las nenas de noche como estuve con la primera, después me di cuenta que era tipo sumarme en lo posible entonces bueno, vino Nancy y yo toda culposa y yo, bueno Nancy seguro igual que me voy a despertar."***
>
> ***(Participante Grupo Focal Madres/Padres Primera Infancia)***

El cuidado queda en muchos casos reducido a ámbitos privados, instalado culturalmente en la figura de la mujer, sin considerarlo como un derecho que debe ser garantizado por el Estado. **Primera infancia, maternidad y cuidados son conceptos que se tornan falazmente indivisibles**. Los cambios que se van desplegando a nivel social interpelan a nuevos modos de dar respuestas a las necesidades de cuidados en las infancias.

Asimismo, con estas perspectivas conviven ofertas institucionales estatales y privadas (indicadas en el apartado anterior) y ofertas del ámbito privado más vinculadas a cuidados domiciliarios. Se destaca la acción desde el ámbito educativo a partir de Jardines maternales (el lenguaje resulta simbólico en su identificación) públicos que se encuentran regulados por el Ministerio de Educación. En los testimonios de las familias ellos parecen representar un lugar de confianza para dejar al cuidado de sus hijas e hijos.

> ***"Por lo general la necesidad de trabajo, de salir a trabajar y dejar a sus niños en algún lugar seguro como son los Jardines nuestros que es bueno, se les brinda un montón de cosas, necesidades básicas, que las pueden encontrar en el Jardín, de manera gratuita, qué es lo más importante."***
> ***(Docente Jardín Maternal)***

En relación a las propuestas más individualizadas de cuidados, con cuidadores y cuidadoras la preocupación se centraría en la capacitación y la confianza para que estas personas accedan a ámbitos privados familiares y se ocupen del cuidado de los las personas más pequeñas de las mismas.

> ***"Yo creo que un cuidador tiene que tener herramientas básicas para poder ejercer el cuidado, sobre todo en niños. Medidas básicas como decir el lavado de manos (...) Entonces tiene que estar capacitado en el cuidado, tiene que tener nociones básicas de cómo... de neurodesarrollo, no sé, tiene que saber que un chico menor de dos años no tiene que estar expuesto a pantallas ni a celulares, porque esto incide negativamente en su neurodesarrollo. Entonces esas cosas básicas de un cuidador, tendría que estar capacitada y tener conocimiento a la hora que va a prestar servicio de cuidado a una edad tan vulnerable y tan importante como puede ser un niño pequeño."***
> ***(Referente Institucional Ministerio de Salud)***

"Yo rescato esto que es importante es, también el rol de la persona que es queda al cuidado de nuestros hijos que es una persona capacitada, no todos tenemos la suerte de poder contratar una enfermera o una maestra Jardínera que se quede al cuidado de nuestros hijos."
(Participante Grupo Focal Madres/Padres Primera Infancia)

Estas perspectivas se encuentran asociadas a lo que proponen Canetti, Cerutti y Girona (2015) retomando a Liberman (1997), haciendo referencia a la importancia de propuestas de calidad en las cuales como características esenciales deben contemplarse **la estabilidad del personal** desarrollando vínculos de cuidados sostenidos en el tiempo, los cuales son necesarios en el cuidado de las infancias durante los primeros años, para aspectos como el apego y la confianza básica. Por otra parte, la **formación del personal** como se hace referencia en el testimonio presentado anteriormente, en la cual se destaca la necesidad de calidad de recursos humanos en términos de formación técnica y profesional y la capacitación continua y formación permanente. Las personas que se ocupan del cuidado de las personas en la primera infancia, tienen que tener **formación específica** sobre el desarrollo infantil para realizar un trabajo de calidad, pudiendo comprender mejor sus conductas por tanto responder a ellas de manera adecuada y sensible (Canetti, Cerutti, Girona, 2015).

Otro de los factores que también atraviesa la accesibilidad a propuestas de cuidado es la situación económica de las familias. Por lo cual, se destaca que en la actualidad se ha generado una mayor demanda estatal de cuidados de familias de distintos sectores sociales, debido a las condiciones de inestabilidad económica.

"O que se ha podido observar que, en estos años de la economía bastante inestable, que ahora no sólo acuden a los Jardines, familias que económicamente no están bien, sino que los dos papás trabajan, pero en realidad no les alcanza para solventar una persona que cuide a sus niños en la casa, o sea, van buscando otras opciones. (...) claro, por ahí familias que antes tenían una persona que cuidaba sus niños en la casa..."
(Docente Jardín Maternal)

En este escenario de diferentes opciones de cuidados, es menester destacar, nuevamente, el lugar que ocupa la mujer en el cuidado de la primera infancia, ya que en las distintas entrevistas y grupos focales se hizo fuerte referencia a las

madres dentro de los cuidados familiares. Asimismo, pudo observarse que son principalmente las mujeres quienes se encontraban en espacios de cuidados destinados a personas en la primera infancia y **el modo de nombrar las instituciones** educativas destinadas a las mismas como "*Jardines Maternales*" siendo la representación del cuidado reducido a la maternidad. Y fortaleciendo la feminización de ciertos espacios laborales, lo cual es propio de las tareas de educación y de salud.

El rol de la mujer en la trama familiar y social se vincula con el cuidado de las personas en la primera infancia. En consonancia con los desarrollos del primer apartado en relación al atravesamiento de las desigualdades de género en el mundo laboral, apareció esta cuestión en varios relatos de las entrevistadas. En este sentido, se mencionó cómo la expectativa sobre el cumplimiento de estos roles, impacta en la vida laboral de las mujeres. Siendo en algunos casos la necesidad de cuidado y la imposibilidad de acceder al mismo un obstáculo en la igualdad de oportunidades y equidad de género en la vida económica, laboral y social de estas mujeres.

> ***"Pero si hay una carencia importante en los barrios de la periferia, porque muchas veces las mamás no pueden salir a trabajar, porque no tienen con quien dejar a sus niños, o los dejan solos en la casa a cargo de un hermanito más grande que da la casualidad de que tiene un año más; con todo lo que eso implica."***
> ***(Docente Jardín Maternal)***

> ***"Entonces a eso tenemos que apuntar, no importa donde estemos, la mujer tiene que salir a trabajar si quiere trabajar, tiene que salir a estudiar si quiere estudiar, y tiene que tener la oportunidad de que alguien colabore con ella para el cuidado de -si tiene hijos- de sus hijos. Poder efectivizar lo que ella quiere hacer realmente."***
> ***(Referente Institucional Ministerio de Salud)***

Al considerar el cuidado de niñas y niños a quienes les han **vulnerado sus derechos**, en cuyos casos el estado tomó parte, es necesario pensar en la particularidad que adquiere la tarea en este contexto. Desde los servicios de protección de derechos se menciona la necesidad de capacitación y profesionalización de la tarea, identificando que las personas destinatarias son niñas y niños a quienes se ha implementado algún tipo de medida de protección y en el marco de algún programa de familia guardadora o familia solidaria.

"(...) Yo creo que hay situaciones particulares que da la sensación, números no tengo, pero que va en aumento. (...) primero mas que nada cuestiones emocionales, porque lo que hemos trabajado mucho en todas han llegado medidas de protección excepcional ósea quitarlos de su hogar por negligencia y justamente la negligencia es esa, la falta de cuidado. Pero la falta de cuidado en todos los aspectos, pero principalmente en lo emocional."
(Referente Servicio de Protección de Derechos)

"En nuestro circuito existe el programa familia solidaria donde el cuidado es constante, la mayoría de las veces nosotros necesitamos un cuidado constante pero dentro de un plan de abordaje que se está trabajando la revinculación y para no tomar una medida excepcional podría ser que esto brinde un servicio de respaldo a los padres y que sea parcial, sino siempre es las 24 horas."
(Referente Servicio de Protección de Derechos)

En relación a la primera infancia, Canetti, Cerutti y Girona (2015) como referenciamos en el marco teórico, han afirmado que cuando existe una calidad alta en el cuidado se potencia el desarrollo, a partir de un cuidado atento, sensible, estimulante y cariñoso. Pero para lograr esta calidad es necesario que las ofertas de cuidados se encuentren **calificadas**, se legitime el trabajo con condiciones laborales adecuadas, que motiven a la tarea con el objetivo de favorecer el crecimiento.

Asimismo, se destaca la importancia de propuestas que contemplen los abordajes en red, de contar por parte de las familias con servicios que garanticen la **cobertura** de la necesidad.

"Y después si tiene que ver con cuestiones de lo emergente, de esto de la responsabilidad de poder descansar, que la persona va a ir todos los días, me parece buenísimo el tema de este trabajo en red, porque me parece que por ahí también esto puede ayudar a que, a la gente les pasa cosas es lógico, y a la niñera le pasan cosas, igual que te pasan a vos, entonces por ahí se le puede enfermar un propio familiar, puede tener problema ella misma entonces esto del trabajo en red puede colaborar a que si una persona no puede asistir o por lo menos un determinado tiempo haya digamos esta posibilidad de contar con el soporte de que alguien sea participe de la red, y este por lo menos, digamos capacitado, que puedan brindar soportes en ese momento."
(Participante Grupo Focal Madre/Padres Primera Infancia)

Y como se mencionaba en el desarrollo anterior, se visibiliza la necesidad sentida de brindar **propuestas de cuidados organizadas**, de confianza, con la capacitación adecuada y accesibles a la población.

> ***"Y los niños quedan a veces en el aire porque no es decir… quedan en el aire. Pero… y cualquier persona, buscas una niñera… y esto de las redes sociales que aparecen personas que vos no tenés, eh… el conocimiento…"***
> ***(Referente Institucional)***

Esto es una demanda que interpela al diseño de propuestas y el desarrollo de **políticas públicas integrales**, desde una perspectiva de derecho. Esto supone también, que se contemple tanto las necesidades de cuidados de las infancias como las condiciones laborales de personas que brindan el servicio, en una atravesamiento del derecho al cuidado como algo universal y no focalizado en poblaciones vulneradas o consideradas en situación de riesgo.



Capítulo 6: Conclusiones

Este trabajo tuvo como objetivo fundamental desarrollar la **sistematización del proceso de diagnóstico** y **relevamiento de las respuestas y recursos existentes** en la ciudad de Trelew, sobre las necesidades potenciales de cuidados en la población de personas adultas mayores, primera infancia y personas con alguna discapacidad desde un enfoque de políticas públicas con perspectiva de género. Proceso que se dio como una primera etapa de un proyecto más amplio, que se propone contribuir a la construcción de estrategias de abordaje a dichas necesidades desde un formato asociativo. Entendiendo que el mismo promueva el desarrollo local ubicando en el centro de la escena a las personas y no al capital. Se plantea también que este desarrollo debe incluirse en una lógica de políticas públicas universales, con perspectiva de derecho y enfoque de género.

La cuestión del cuidado estuvo históricamente relegada al ámbito doméstico no remunerado, como una función inherente a lo femenino. Esto opacó su real dimensión, importancia y complejidad. Actualmente, en función de cambios históricos, socio-demográficos, culturales y económicos, está adquiriendo una creciente visibilidad. Su abordaje supone **recuperar esta complejidad** desde un análisis que incluya la construcción histórica, cultural y social sobre la organización de roles y funciones de cuidado, su dimensión económica y actualice el análisis a partir de la introducción de la perspectiva de derechos y el enfoque de género. Enfatizando también la necesidad de potenciar políticas públicas desde un Estado que cumple su rol frente a estas problemáticas y facilita diseños organizacionales innovadores para responder a las mismas.

Por todo lo expuesto, el diagnóstico realizado hizo especial hincapié en dos ejes principales de análisis, la **cuestión del derecho al cuidado, y la problemática de la desigualdad de género asociada al mundo del trabajo**. Ejes que atraviesan medularmente la temática del cuidado. Para ello, se decidió trabajar desde un enfoque principalmente cualitativo, que se enriqueció con la inclusión de algunos datos cuantitativos (en particular para el caso de la población adulta mayor, los que pueden consultarte en el Anexo 7.1). Sobre este punto, una particular dificultad fue la escasa existencia de datos consistentes, en especial en relación a la población de la primera infancia y a las personas con discapacidad.

La importancia de la temática de las necesidades de cuidados de las tres poblaciones a las que prioritariamente apunta el proyecto es **insoslayable**. Esto ligado a los cambios demográficos de nuestras sociedades, así como al avance de la inclusión de las mujeres al mundo del trabajo remunerado. El aumento de población de personas mayores de 65 en un contexto de configuraciones familiares nuevas, y en un momento histórico en el cual se está desnaturalizando el trabajo de cuidado como propio del mundo femenino y del ámbito doméstico, deja abierto un gran desafío: cómo trabajar sobre las necesidades de cuidado de diferentes grupos en situación de vulnerabilidad (personas adultas mayores, primera infancia y personas con alguna discapacidad). Es decir, frente a ellas se pueden generar respuestas innovadoras (como es el formato cooperativo) y prácticas sostenidas desde una perspectiva de derechos, desarrollando en consecuencias políticas públicas universales de acceso al cuidado, o puede reducirse a una problemática individual o familiar, incrementando así la cuestión de la desigualdad.

El desarrollo del informe se dividió en **dos grandes apartados**. En el **primero** se presentó el marco teórico general para sustentar la reflexión crítica sobre la problemática elegida, así como la metodología utilizada para el estudio. Se brindaron elementos conceptuales que sustentan la mirada de género transversal que luego utilizamos en todo el análisis y se profundizó el tema de las necesidades de cuidados de la población de personas adultas mayores, primera infancia y personas con alguna discapacidad, recuperando ejes de análisis desde una perspectiva de política pública.

En el **segundo** apartado, se presentó el resultado de la sistematización del análisis de lo relevado en el marco del diagnóstico participativo. Cabe destacar que se contó con la colaboración e involucramiento de cerca de 100 personas de la comunidad (a través de la realización de unas 30 entrevistas individuales y 9 grupos focales).

Queremos subrayar que un aspecto central de este apartado fue la recuperación de la percepción sobre la temática que tienen las personas de la comunidad, referentes comunitarios e institucionales, y quienes están dedicadas al trabajo de cuidado, analizando estas voces desde el marco teórico desarrollado en el primer apartado. Para enriquecer este punto y contextualizar adecuadamente la realidad local, se describió la situación socio sanitaria, identificando los circuitos formales e informales de provisión de cuidados y los recursos existentes, tanto del ámbito público y de la seguridad social, como privado. Incluyendo la mirada sobre actividades de cuidado tanto formales como informales.

Como cierre de este trabajo, es importante poder ubicar los aspectos de mayor relevancia que fueron emergiendo a lo largo del mismo:

- Se pudo situar a nivel local, que la cuestión de las necesidades de cuidados en las tres poblaciones es una realidad que se encuentra en crecimiento y para la cual **no se percibe una respuesta anticipatoria** por parte del Estado. Es decir, no se vislumbra el desarrollo de una política pública planificada, que busque organizar un circuito de provisión de cuidados, desde una concepción integral de las personas, basado en una perspectiva de derechos, coherente, sólida. Esto es recurrente tanto a nivel local como provincial y nacional. Ya que muchas de las respuestas que se brindan actualmente, involucran recursos informales articulados a recursos públicos sostenidos por programas municipales, provinciales y nacionales.

- En el caso de las personas adultas mayores y sus familiares, este grupo tiene claramente identificada sus necesidades y las falencias que existen en las respuestas que reciben. Esta percepción también se comparte desde un nivel técnico, en ámbitos institucionales en los cuales se generan las respuestas directas frente a las demandas concretas, las que son insuficientes y fragmentadas. De las mismas, sólo un porcentaje parcial es con financiamiento del Estado o la seguridad social. Y en esos casos, ligado a programas focalizados en poblaciones con características particulares, personas que se han jubilado, perciben una pensión, personas con alguna discapacidad, afiliada/os a obras sociales o personas que puedan acreditar una situación de vulnerabilidad ligada a la pobreza. Lejos entonces de existir políticas de acceso universal, las personas que necesitan estos cuidados, así como sus familiares, encuentran grandes **barreras de accesibilidad**. Y se puede inferir que existe un porcentaje de demanda no asistida que no tiene ningún tipo de cobertura.

- Por fuera de los circuitos mencionados en el apartado anterior, el acceso al servicio se sostiene desde los ingresos propios o desde una **red familiar que financia**. Existiendo en muchos casos estrategias de hibridación o combinación de recursos, fuertemente promovidas por las instituciones del Estado o la seguridad social.

- La necesidad del cuidado en la **primera infancia** es visibilizada como derecho a un desarrollo saludable, teniendo como ejes indivisibles las funciones de crianza, educación y cuidado. Las modalidades de resolución actuales de esta necesidad, de acuerdo al diagnóstico realizado, también se presentan de forma fragmentada. El eje puede estar en servicios de cuidado a través de propuestas privadas, o en la educación desde instituciones públicas, o en la crianza en el ámbito familiar. Por lo cual es necesario también generar propuestas que recuperen la mirada a la infancia desde la perspectiva de derecho, pero entendiendo que el enfoque debe ser integral y universal.

- En relación a los cuidados de la primera infancia, se destaca la importancia de propuestas de calidad en donde se contemple especialmente **la estabilidad del personal**. Entendiendo la importancia del desarrollo de vínculos sostenidos en el tiempo, necesarios en el cuidado con las infancias durante los primeros años, para fortalecer aspectos tales como el apego y la confianza básica. Las personas que se ocupan del cuidado de ésta población tienen que tener formación específica sobre el desarrollo infantil para realizar un trabajo de calidad, pudiendo comprender mejor sus conductas y por tanto responder a ellas de manera adecuada y sensible.

- Recuperando el enfoque de género que fue central en este trabajo, se comprueba que los **conceptos de maternidad y de cuidados** se tornan falazmente indivisibles. El cuidado queda en muchos casos reducido a ámbitos privados, instalado culturalmente en la figura de la mujer. Los cambios que se van desplegando a nivel social interpelan estas representaciones y proponen nuevos modos de dar respuestas a las necesidades de cuidados en las infancias. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer, ya que en ocasiones, la perspectiva de género aparece más en lo discursivo que en las prácticas concretas, incluso desde las propias esferas institucionales encargadas de brindar estos servicios. Esta situación se agrava aún más en el entrecruzamiento de necesidades de cuidado, si las niñas o niños tienen problemáticas de discapacidad. Allí la escasez y la inadecuación de las ofertas de servicios, desde una mirada integral y sensible a las necesidades concretas de esta población con necesidades de apoyos específicas y sus familias, redunda en una gran carga familiar, objetiva y subjetiva, que impacta también en el bienestar de todo el grupo familiar.

- La cuestión de género y trabajo, ligada a la provisión de servicios de cuidados en la ciudad de Trelew, es coincidente con lo planteado en el marco teórico y con los datos a nivel país. Hay un fuerte predominio de mujeres desarrollando ese trabajo, pero está invisibilizada la **desigualdad de género** en el ejercicio del rol. Además, el predominio de mujeres tampoco se da en el contexto de una profesionalización del rol de cuidadoras, si no que se encuentra en cambio ligado a la naturalización persistente de la mirada del trabajo de cuidado como propia de lo femenino. En este sentido, el predominio de cuidadoras sobre cuidadores es muy claro y muchas veces el desarrollo de estas tareas surge a partir del cuidado de familiares o amigos en un ámbito más informal. En el trabajo de las cuidadoras, se reproducen todas las desigualdades relacionadas a ese tipo de tareas. No se las reconoce adecuadamente, están precarizadas y las trabajadoras y los trabajadores desarrollan su actividad predominantemente en el marco de la informalidad. Su escaso reconocimiento como trabajadoras/es, impacta también en la inexistencia de espacios de negociación colectiva de sus derechos laborales, situación que se relaciona con los circuitos actuales de desarrollo y contratación de este servicios, tanto desde los familiares como desde las instituciones u obras sociales.

- La otra cuestión llamativa en relación a las necesidades de cuidado, es la ausencia de registro en gran parte de los entrevistados del rol del Estado en estas temáticas. Como se mencionó anteriormente, **no hay una mirada en términos de derechos**. Evidentemente, el derecho al cuidado todavía no está instalado en la agenda pública, y continúa siendo preeminente la concepción de que es una responsabilidad familiar la provisión del cuidado. Si bien se reconoce que mucha población adulta mayor, con alguna discapacidad o primera infancia no tiene acceso a cuidados que necesitan, no se visualiza esta situación como una falta de políticas públicas adecuadas. Es decir, que no se lo enuncia claramente como una vulneración de derechos.

- Otro eje interesante que surge en el intercambio con las personas que prestan servicios de cuidado y referentes institucionales es la mirada sobre las necesidades de cuidados muy atravesada por la tarea concreta o por la inserción institucional. Es decir, una **fragmentación de la mirada sobre el cuidado ligada al lugar desde el cual se relaciona cada referente, en este caso con las personas adultas mayores**. En este sentido, quienes realizan la labor de cuidado de manera individual como monotributistas enfatizan en los cuidados corporales, más ligados a lo físico y a evitar la enfermedad. Por su parte, los referentes de

clubes comunitarios destacan más la parte de las actividades de ocio, recreación, contención y de vínculos sociales. Esto también se relaciona con la **fragmentación de los circuitos de provisión de cuidados**, generados desde distintos sectores y en forma disociada y desarticulada.

- Aparece también de manera recurrente una temática asociada a la **vulneración de derechos de las personas trabajadoras de servicios de cuidados**. Coherente con lo planteado sobre la participación de las mujeres en forma mayoritaria en tareas mal remuneradas, precarizadas y que exigen menor capacitación. La contrapartida de esto es que no hay instancias de defensa de sus derechos laborales, y hay bordes difusos con relación a sus incumbencias profesionales y a cuál es el límite de las tareas que deben realizar. Esta **precariedad laboral**, es la contracara de la vulneración de derechos en relación con las personas adultas mayores o personas con discapacidad. Tanto en el no acceso al cuidado como a la provisión inadecuada de los mismos.

- Es preciso mencionar y resaltar una vez más que el **aumento y diversificación de las necesidades de cuidado de estos tres grupos poblacionales es un hecho irrefutable**. Pero el tipo de respuestas brindadas no está siendo asumido desde las políticas públicas en forma adecuada, cuestión que hemos podido observar y comprobar para el caso planteado en la ciudad de Trelew. La problemática tiene suma vigencia, y la forma de resolución constituye un desafío cuya respuesta puede repercutir en un aumento en la desigualdad de género en relación del mundo del trabajo y en una pérdida de derechos por parte de las personas que se encuentran entre los más vulnerados de la sociedad.



En esta línea, algunas de las **recomendaciones** que podemos delinear con el fin de contribuir a dar respuesta a la problemática abordada, en la ciudad de Trelew, desde una perspectiva intersectorial, corresponsable, creativa y sostenible y que serán ejes de las próximas instancias del presente proyecto, son:

- Diseñar e implementar **procesos de formación y capacitación continua para las personas trabajadoras de servicios de cuidado** con perspectiva de género y estimulando el asociativismo como solución innovadora y sostenible para la provisión de cuidados. Ello permitirá profesionalizar el rol, mejorar las condiciones de trabajo y optimizar el servicio, brindando garantías a quienes requieran su contratación y servicios.

- Establecer **líneas de acompañamiento técnico intersectorial para la conformación de cooperativas de cuidados**. Al observar modelos innovadores a nivel internacional y nacional es imperioso avanzar en el acompañamiento para "colectivizar" el servicio de cuidados. Consideramos que el formato asociativo para este tipo de servicios, redunda en una mejora de las condiciones de trabajo, en la optimización del servicio a través de respuestas innovadoras, flexibles y bien orientadas a la enorme diversidad/heterogeneidad de necesidades. Teniendo en cuenta que el cuidado ocurre en el marco de una relación intersubjetiva entre las personas destinatarias y proveedoras, el mejoramiento de las condiciones laborales a través de las cooperativas tiene un impacto directo en las subjetividades: a mayor institucionalidad, menor vulnerabilidad del cuidado y, a la inversa, a mayor precarización del cuidado, mayor vulnerabilidad del sujeto de cuidados.

- No obstante estos formatos requieren de **asistencia técnica** principalmente en sus inicios hasta tanto se logre la **sostenibilidad**. Aquella puede brindarse desde otras cooperativas de cuidados con trayectoria en esta área; desde Federaciones de Cooperativas de trabajo; desde el ámbito académico y desde los Organismos locales y nacionales encargados de regular a las cooperativas, entre otros. Es decir, es preciso aumentar, mejorar y adecuar la oferta, desarrollando nuevos servicios de cuidado e incrementando la cobertura existente, gestionando y regulando los mismos, teniendo presente que la responsabilidad principal corresponde al Estado en tanto garante de derechos (el Estado debería, por ejemplo, contratar el servicio de las cooperativas para contribuir con la situación de las familias con niñas y niños en la primera infancia.)

- La sostenibilidad, así como la posibilidad de lograr escalamiento de la propuesta, debe encontrarse en la implementación de **articulaciones, mecanismos de integración y complementación entre las cooperativas** que se vayan conformando para brindar servicios de cuidado que permitan un abordaje integral y un impulso al desarrollo local en la Ciudad de Trelew y alrededores. A su vez, también se deben acompañar procesos de integración nacional con las Cooperativas de Cuidados que siguen emergiendo y consolidándose en diferentes lugares de la Argentina.

- Desarrollar de manera sostenida a nivel local, **estrategias de difusión y sensibilización** respecto de la importancia del cuidado de personas para el sostenimiento de la vida. Estas campañas de sensibilización deben estar dirigidas

a toda la comunidad y propender a identificar la necesidad de desfamiliarizar al cuidado, ubicándolo como un problema colectivo, como un Derecho universal, a la vez que visibilizando la problemática de género alrededor de la cuestión social del cuidado.

- Profundizar **líneas de investigación** relativas a la cuestión social del cuidado a nivel local, desde una mirada de Derechos e incluyendo la perspectiva de género. En relación a éste punto, también es importante considerar la problemática de la Violencia de género en las diversas dimensiones del cuidado, tal como fue emergiendo en las entrevistas (situaciones de violencia laboral en la prestación de servicios, cuidadoras víctimas de violencia de Género en ámbitos familiares y casos de personas usuarias víctimas de violencia durante el tiempo de prestación del cuidado).

- Implementar **Encuestas de Uso del Tiempo** a nivel local de modo de visibilizar el tiempo que insume el cuidado de personas y la distribución de las responsabilidades entre géneros. Se deberá tener en cuenta al momento de la conformación de indicadores a la diversidad de personas que son cuidadas, incorporando un análisis interseccional[1].

- En toda esta estrategia, el Estado local debe involucrarse fuertemente, evaluando y diseñando estrategias concretas de **políticas públicas locales** que impliquen reconocer al Cuidado como un derecho. En este sentido, es preciso el desarrollo de un **cuerpo normativo que apunte a crear un sistema local de cuidados** desde criterios de corresponsabilidad, calidad y universalidad, en articulación con los niveles provinciales y nacionales. En dicho Sistema debería tener un rol privilegiado el actor cooperativo o asociativo en general a través de contrataciones o concesiones de servicios por parte del Estado. Entendiendo que estas organizaciones sin fines de lucro, gestionadas de manera democrática, en

1- La interseccionalidad es un enfoque que subraya que el género, la etnia, la clase u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser "naturales" o "biológicas", son construidas y están interrelacionadas. Las conceptualizaciones clásicas de opresión en la sociedad –como el racismo, el colorismo, el sexismo, el especismo, el capacitismo, la homofobia, la transfobia, la xenofobia y todos los prejuicios basados en la intolerancia– no actúan de manera independiente, sino que estas formas de exclusión están interrelacionadas, creando un sistema de opresión que refleja la intersección de múltiples formas de discriminación.

donde las personas y la sostenibilidad de sus vidas es prioritario tienen un formato privilegiado para brindar un servicio tan sensible como el de cuidado a personas con algún tipo de vulnerabilidad o dependencia. Dicho Sistema de Cuidados debería estipular las funciones y tareas de las personas trabajadoras proveedoras de cuidados domiciliarios y podría incluir un **Registro municipal** (o bien proyectarlo a nivel provincial) de este sector laboral con presencia del actor cooperativo que permita una mayor cercanía con las personas potenciales usuarias de servicios de cuidado.

- El Estado debe **garantizar mecanismos de cobertura para todas las personas, pero fundamentalmente para aquellas de sectores socioeconómicos empobrecidos**. Una alternativa puede ser incrementar el aporte económico a los beneficios sociales que perciben estas personas, para la contratación del servicio de cuidado que brindan las cooperativas o transferencias monetarias a hogares que tienen a su cuidado niños y niñas, personas adultas mayores dependientes, o con alguna discapacidad. Es importante que el Estado asuma estos compromisos desarrollando distintas formas de **financiamiento**, mediante el pago de fortalecimientos económicos a la oferta (por ejemplo, monto fijo a las cooperativas para adaptar espacios para el cuidado infantil) y prestaciones económicas a la demanda (por ejemplo, un monto mensual por cada niño/niña, persona adulta mayor o persona con discapacidad atendido por quienes proveen el servicio). Puede también implementar incentivos fiscales; por ejemplo, exenciones contributivas para las cooperativas de cuidados. Estas estrategias de financiamiento deberían estar presentes en el Sistema Local de Cuidados.

- A partir de los puntos anteriores, debe crearse una **mesa o espacio intersectorial** entre referentes municipales y provinciales e integrantes de las Cooperativas de Cuidados para el desarrollo y planificación de políticas locales integrales referidas al cuidado de las personas.

Entendemos que estas recomendaciones no son exhaustivas, ya que enfatizan especialmente la cuestión de la organización de sistemas o mecanismos de provisión de servicios de cuidados domiciliarios en las tres poblaciones mencionadas. Destacamos en este sentido, como propuesta innovadora y sensible al desarrollo

local, el **formato cooperativo**. Consideramos que el mismo genera beneficios tanto para las personas que reciben el cuidado y sus familias como para aquellas que lo proveen, es decir, las y los trabajadores.

A lo largo del trabajo se ha enfatizado en la necesidad de **poner en la agenda pública** el tema del cuidado desde una noción del mismo como un derecho universal. Si bien el trabajo focalizó en las tres poblaciones mencionadas, todas y todos en algún momento pueden necesitar ser cuidados, y estos servicios deben ser de acceso universal. Asimismo, es importante mencionar que el tema del cuidado se enfoca desde una **mirada multidimensional**, que entiende que las estrategias de abordaje que se diseñen, debe respetar esta complejidad. En este sentido, consideramos que la necesidad de políticas públicas no sólo involucra la promoción del formato cooperativo como modalidad privilegiada para brindar servicios de proximidad a personas semi o totalmente dependiente. Es importante también incluir la necesidad del desarrollo de programas que incluyan al sector salud, educación y de la seguridad social, las cooperativas de cuidados y las personas beneficiarios y sus familiares. Promoviendo el desarrollo de circuitos de provisión de cuidados integrales, que den respuestas adecuadas y pertinentes a las diversas necesidades, con accesibilidad geográfica, económica y cultural, promoviendo la continuidad de cuidados, el diseño de estrategias interinstitucionales e intersectoriales y el sostenimiento de las personas en su comunidad con la disponibilidad de los apoyos y los recursos que necesiten.



Bibliografía

Amadasi, E.; Tinoboras, C. & Cicciari, M. R. (2018). *Las personas mayores que necesitan cuidados y sus cuidadores*. EDSA Serie Agenda para la Equidad 2017-2025, boletín nº 1. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Fundación Universidad Católica Argentina. Disponible en: **http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/personas-mayores-cuidados-cuidadores.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Araya, M. J. (2003) *Un acercamiento a las encuestas sobre el uso del tiempo con orientación de género*. Serie Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Disponible en: **https://www.cepal.org/mujer/reuniones/tiempo/serie50.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Arriagada, I. (2005) *Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género*. Revista de la CEPAL, 85 (1) 101-113. Disponible en: **https://www.cepal.org/mujer/reuniones/tiempo/serie50.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Barba Solano, C. (2015) *La encrucijada de la desigualdad y la política social en América Latina*. Blog Contrapuntos. Recuperado de **https://elpais.com/elpais/2015/04/20/contrapuntos/1429488902_142948.html** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Basile, G. (2018) *Clase 9: Agenda global de reformas en sistemas y políticas de salud.* Seminario 1827 - Salud internacional Sur Sur y soberanía sanitaria. CLACSO.

Basile, G. (2013) *Las 7 falacias de los seguros de salud en América Latina.* En "Tensiones creativas del Post-neoliberalismo: ¿avances en Seguridad Social, retrocesos en Salud Colectiva?". X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Bottini, A.; Freytes, M.; Nabergoi, M.; Sciarretta, V.; Sosa, G.; & Veleda, M. (2019) *El cuidado y la cooperación social: estrategias colectivas desde el campo de la economía social y solidaria.* En Burgos, M. (ed.), Memorias del Quinto Congreso de Economía Política: crisis estructural, neoliberalismo y sus alternativas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones del CCC Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.

Bragulat, J.; Sosa, G. & Veleda, M. (2018). *Aportes para el fortalecimiento y el impulso de Cooperativas de Trabajo que brindan servicios de cuidados*. En Bragulat, J. (Ed.), Las Cooperativas Sociales en la prestación de servicios asistenciales. Análisis de experiencias y de su potencial desarrollo en América Latina. Buenos Aires, Argentina: Editorial Eduntref.

Canetti, A.; Cerutti, A.; & Girona, A. (2015) *Derechos y sistemas de cuidados en la infancia: contextos y circunstancias que pueden comprometer el desarrollo y bienestar infantil*. En Tuñón, I. (coord.) Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Cardini, A., Díaz Langou, G., Guevara, J. & De Achával, O. (2018). *Cuidar, enseñar y criar al mismo tiempo: el desafío para las políticas públicas para la primera infancia en Argentina*. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N° 189. Buenos Aires: CIPPEC.

Carrasco, C. (2003) *La sostenibilidad de la vida humana ¿un asunto de mujeres? Introducción del libro Mujeres y trabajo, cambios impostergables*. Porto Alegre, Brasil: CLACSO. Disponible en **https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2018/03/189-DPP-EDU-PS-Cuidar-ense%C3%B1ar-y-criar-al-mismo-tiempo-el-desaf%C3%ADo-para-las-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-para-la-primera-infancia-en-Argentina-Noviembre-2017-vf-1.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

CEPAL (2017) *Las personas mayores y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: oportunidades y desafíos*. Disponible en: **https://www.cepal.org/es/enfoques/personas-mayores-la-agenda-2030-desarrollo-sostenible-oportunidades-desafios** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Cook R.; & Cusack S. (2010). *Estereotipos de género. Perspectivas legales transnacionales*. Pennsylvania, Estados Unidos de Norteamérica: University of Pennsylvania Press. Disponible en: **https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/estereotipos-de-genero.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Freire, N.; & Beramendi, C. (2018) *Clase 5: políticas de igualdad de género: perspectivas y desafíos actuales*. Curso Internacional - América Latina: Ciudadanía, Derechos e Igualdad. CLACSO.

Freytes, M. & Veleda, M. (2018). *Proyectos de promoción de cooperativas sociales para la inclusión sociolaboral en la Provincia de Chubut*. En X Encuentro De Investigadores Latinoamericanos En Cooperativismo. Actas De Ponencias. Red Latinoamericana de Investigadores en Cooperativismo (RLIC). Documento del Centro de Estudios de Sociología del Trabajo, Nº 91. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires.

Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y el Racismo (2016). *Hacia una redistribución igualitaria de las tareas de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCAVIAM) 2012*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Marini, R. M. (1997) *Procesos y tendencias de la globalización capitalista*. En Marini, R. M. (ed.), América Latina, dependencia y globalización. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre. Disponible en: **http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/se/20100830093334/08proceso.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Marrades, A. (2016) *Los nuevos derechos sociales: el Derecho al Cuidado como fundamento del pacto constitucional*. Revista de Derecho Político, 97 (1) 209-242. Disponible en: **http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/17623/14986** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Oates, J. (2007) R*elaciones de apego. La primera infancia en perspectiva 1*. Milton Keynes, Reino Unido: Thanet Press Ltd. Disponible en: **http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/Apego.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Observatorio de la Violencia contra las Mujeres (2018). *III Boletín de Estadísticas de Género. Instituto Nacional de las Mujeres*. Disponible en: **https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/3boletinestadisticasdegenero.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

OIT (2018) *Resumen ejecutivo: El trabajo del cuidado y los trabajadores del cuidado. Para un futuro con trabajo decente*. Disponible en: **https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

ONU (2017) *Perspectivas de la Población Mundial*.

Palacios, A. (2008) *El Modelo Social de Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la CDPD*. Madrid, España: Grupo editorial CINCA. Disponible en: **https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Paura, V.; Arancio, M.; Arauz, L.; Chorny, V.; García, B.; & Miguel, F. (2017) *Diagnóstico sobre la situación del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires*. Consejo Económico y Social de la Ciudad de **Bs.As**. Disponible en: **http://www.bdigital.cesba.gob.ar/bitstream/handle/123456789/441** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Serie Mujer y Desarrollo Nº 87. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: **https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid, España: Traficantes de sueños. Disponible en: **https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map40_subversion_feminista.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Rodríguez Enríquez, C. (2015). *Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad*. Revista Nueva Sociedad, 256(1), 30-44. Disponible en: **https://nuso.org/media/articles/downloads/4102_1.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Segato, R. (2018) *Clase 11: Los caminos del capital en la fase apocalíptica de la colonial/ modernidad: el pacto Estado-Capital como pacto de un Estado criminal*. Seminario 1802: Raza, género y derechos desde la perspectiva de la colonialidad. CLACSO.

Segato, R. (2011) *Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial*. En Bidaseca, K. (ed.) Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América latina. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Godot. Disponible en: **http://nigs.paginas.ufsc.br/files/2012/09/genero_y_colonialidad_en_busca_de_claves_de_lectura_y_de_un_vocabulario_estrategico_descolonial__ritasegato.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Terzaghi, M. C.; Petreigne, M. D.; & Schummis, E. (s.f) *Módulo 9: Discapacidad, fragilidad y vejez. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional*. DINAPAM. Disponible en: **http://www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/gerontologia**-comunitaria-modulo-9/ [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Tuñón, I. (2019) *Infancia(s). Progresos y retrocesos en clave de desigualdad*. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Buenos Aires, Argentina: Fundación Universidad Católica Argentina. Disponible en: **http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2019/2019-BDSI-DOC-EST-INFANCIAS-PROGRESOS-RETROCESOS.pdf** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Valdivieso, M.; & Tavares, L. (2018) *Clase 11: El espacio por los derechos y la lucha por la igualdad*. Curso Internacional - América Latina: Ciudadanía, Derechos e Igualdad. CLACSO.

Veleda, M. (2018). *Relatos de casos referentes de Cooperativas de Cuidados en Argentina*. En Bragulat, J. (ed.), Las Cooperativas Sociales en la prestación de servicios asistenciales. Análisis de experiencias y de su potencial desarrollo en América Latina. Buenos Aires, Argentina: Editorial Eduntref.

Zibecchi, C. (2015) *Cuidando en el territorio: El espacio comunitario como proveedor de cuidado*. Documentos de Trabajo "Políticas públicas y derecho al cuidado". Buenos Aires, Argentina: ELA – Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Disponible en: **http://www.ela.org.ar/a2/objetos/adjunto.cfm?codcontenido=2078&codcampo=20&aplicacion=app187&cnl=87&opc=53** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Zibecchi, C. (2014). *Como se cuida en Argentina. Definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas*. Buenos Aires, Argentina: ELA – Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. Disponible en: **http://www.ela.org.ar/a2/objetos/adjunto.cfm?codcontenido=1912&codcampo=20&aplicacion=app187&cnl=14&opc=49** [Fecha de consulta: 28-06-2019].

Anexos

1) Listado de entrevistas y grupos focales

1.1 Grupos Focales:

- **Grupo Focal 1**: Viernes 29 de Marzo, 9.00hs, en Consejo Federal de Inversiones - CFI. Participantes: Cuidadoras y Cuidadores Domiciliarios
- **Grupo Focal 2**: Miércoles 3 de abril, 17.00hs, en Salón Histórico del Municipio de Trelew. Participantes: Cuidadoras y Cuidadores Domiciliarios
- **Grupo Focal 3**: Viernes 5 de abril, 8.30hs, en Centro de Salud La Loma. Participantes: Trabajadoras Comunitarias
- **Grupo Focal 4**: Martes 9 de abril, 9.00hs, en Jardín Maternal Evita. Participantes: Directoras de Jardines Maternales Municipio de Trelew
- **Grupo Focal 5**: Miércoles 10 de abril, 17hs, en Salón Histórico del Municipio de Trelew. Participantes: Adultos Mayores y Coordinadoras de Clubes Municipales para Adultos Mayores
- **Grupo Focal 6**: Lunes 15 de abril, 9hs, en Consejo Federal de Inversiones - CFI. Participantes: Ciudadanas con familiares (adultos mayores mayores) con necesidades de cuidados
- **Grupo Focal 7**: Viernes 10 de mayo, 9.00hs, en Oficina de Empleo en Municipio de Trelew. Participantes: Cuidadoras y Cuidadores Domiciliarios
- **Grupo Focal 8**: Viernes 17 de mayo, 9.hs, en Oficina de Empleo en Municipio de Trelew. Participantes: Ciudadanas con familiares (niñas y niños pequeños) con necesidades de cuidados.

- **Grupo Focal 9**: Lunes 20 de mayo, 9.00hs en Oficina de Empleo en Municipio de Trelew. Participantes: Ciudadanas con familiares (personas con alguna discapacidad) con necesidades de cuidados

7.1.2 Entrevistas individuales

1. Presidente de Federación de Asociaciones Mutualistas de Chubut - FAMUCH
2. Coordinadora del Área Programática de Trelew
3. Director del Área Programática de Trelew
4. Director de Discapacidad, Gobierno Provincial
5. Director de Discapacidad del Municipio de Trelew
6. Director del Hospital de Trelew
7. Ministra de Familia, Gobierno Provincial
8. Subsecretaría de Economía Social y Asociativismo, Gobierno Provincial
9. Coordinadora Jardines Maternales de Trelew
10. Jefa de Servicio Social Hospital de Trelew
11. Contadora Hospital de Trelew
12. Trabajadora Social Hospital Trelew (Programa Incluir Salud)
13. Asistente Social Obra Social Provincial SEROS
14. Directora de Diversidad y Género del Municipio de Trelew
15. Subsecretaria del Ministerio de Familia y Promoción Social
16. Presidente Sindicato de Amas de Casa - Trelew
17. Directora Jardín maternal Mundo feliz
18. Coordinadora Maternidad e Infancia, Gobierno Provincial

19. Cuidadora domiciliaria
20. 5 integrantes del Hogar para Personas Mayores, “Los Nonos”, de Trelew
21. Trabajadora Social de PAMI
22. Directora del Pichi Anai
23. Vicedirectora de la escuela 529, Escuela Especial.
24. Directora Jardín Maternal Evita
25. Protección de Derechos del Municipio
26. Coordinador Área Economía Social Municipio Trelew
27. Coordinadora Empresa Social Hilando Caminos

2) Guía de entrevista unificada

Percepción sobre el cuidado

- ¿Cómo definen al “cuidado” o que piensan que es el cuidado?
- ¿Quiénes consideran que tienen la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de cuidado?
- ¿Reconocen necesidad de Servicios de Cuidado personales?
- ¿Cómo conceptualizan las labores de cuidado? ¿Pueden identificarlas y describirlas?
- ¿Cree que el acceso a Servicios de Cuidado es una necesidad básica de las familias o de quien ejerce la responsabilidad Parental?

Descripción de la población con necesidades de cuidado

- Que tipo de necesidades de cuidados reconocen en la población con la que se vinculan e intentar caracterizar esas necesidades (físicas, emocionales, sociales, educativas, etc.)
- Grado de dependencia/autonomía de las personas que precisan cuidado (tipo de actividades en las que es necesaria la atención)
- Describir si tienen patologías (y, a grandes rasgos, cuáles) las personas que requieren cuidados
- Intentar identificar estrato socioeconómico, género y espacios (barrios) de la población con esas necesidades de cuidado.
- ¿Pueden identificar franja horaria y temporalidad de las necesidad de Servicios de Cuidado? ¿Temporales o parciales, tiempo completo, permanente?
- ¿Cuáles son los temores de las familias al momento de solicitar un servicio de cuidado?
- ¿Reconocen barreras económicas en el acceso a servicios de cuidados?
- ¿Los Servicios de Cuidado son solicitados por Mujeres o por Hombres? Conoce en qué medida?

Descripción de necesidades de cuidado específicas para primera infancia /características de las personas cuidadoras

- ¿Cuáles son las diferentes dimensiones del cuidado que requieren las niñas y niños?
- Criterios que las familias priorizan en la crianza de sus hijas/hijos
- Consideran a las personas cuidadoras con un rol importante en la educación de sus hijas/hijos
- ¿Creen que es necesario que quienes presten estos servicios reconozcan estereotipos de género y puedan incorporar estas miradas en la labor de cuidado?

- ¿Cree que es importante que las personas cuidadoras, tengan nociones de cuidado del cuerpo de niñ@s?

Procedimiento para dar respuesta a necesidades

- ¿Quién define qué tipo de cuidado se requiere?
- Cómo llega la demanda o problema de cuidado a l@s técnicos o referentes comunitarios? (Es decir: como un problema "supuestamente del ámbito privado" llega al "ámbito público")
- ¿Cómo llega la demanda de cuidado, que personas la solicitan y cuál es la más requerida?
- Existencia de Programas o planes de cobertura de necesidades de cuidados en Obras Sociales y/o Estado (Ej: Incluir salud para discapacidad…¿y para adultos mayores sin discapacidad?)

Sobre Provisión de cuidados

- Quiénes y cómo están resolviendo la necesidad de cuidados, según sea:
- Primera infancia, AM y personas con discapacidad
- Indagar en la cuestión de género
- ¿Conoce alguna institución específica que ofrezca el servicio de cuidados para estas poblaciones?
- ¿Se ofrecen servicios de cuidados a personas en relación de dependencia?
- ¿Qué observan en la forma como el sector público o privado abordan las necesidades de cuidado? (diferenciar según población destinataria)
- ¿Existen/conocen redes comunitarias de cuidado? ¿Cómo funcionan?
- ¿Conocen si existen registros nacionales y/o provinciales de cuidadores? ¿Le parecería importante que exista un registro al que se pueda recurrir para contactar

cuidadores o tener una base de datos de los mismos?

- ¿Conocen el nivel educativo de las personas que prestan servicios de cuidado?

Condiciones laborales y sociales de las/los Cuidadores

- ¿Cómo ha surgido el interés por realizar un trabajo de cuidados? (Es decir: Indagar en trayectorias previas: ¿cómo y por qué llegan a ser cuidadores/cuidadoras?)
- ¿Cómo describirían el impacto que tiene en las vidas de las personas que realizan ese trabajo de cuidado informal? (es decir: consecuencias del trabajo realizado sobre las personas cuidadoras (en el ocio y vida familiar, en su salud y estado en general, en lo relacionado con las condiciones laborales-económicas, etc.)
- ¿Se trata de trabajo remunerado?
- Si es trabajo remunerado, ¿se encuentran en relación de dependencia con todos los derechos laborales cubiertos? ¿cómo se acuerda o quien pauta el precio del servicio?
- ¿Cómo se acuerdan/pautan las condiciones del trabajo de cuidado entre cuidadores y familias/usuarias del servicio?
- En el caso de que la cuidadora sea una mujer, ¿cómo resuelven la situación ante un embarazo o enfermedad de hij@s a cargo?
- ¿Extensión de las jornadas de trabajo?
- ¿Visualizan debilidades en relación a la formación/capacitación/habilidades de las personas cuidadoras?
- ¿Cómo podrían describir el perfil de esas personas cuidadoras? (sexo, género, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo)
- ¿Cómo podrían describir la vinculación con las familias/usuarias receptoras del cuidado?
- ¿Que tipo de problemáticas (económicas, laborales, institucionales, de capacidades, de formación, organizacionales) observan para poder brindar un cuidado adecuado?

- Expectativas sobre la situación laboral futura en relación al trabajo de cuidados
- ¿Conocen experiencias de cooperativas,asociativismo que brinden servicios de cuidados?
- ¿Qué necesidades tienen para el cuidado de sí mismas las personas cuidadoras?
- ¿Conocen si existe algún convenio colectivo de trabajo que regule las condiciones laborales de las/los cuidadores?

3) Potencial demanda de cuidados de Adultos Mayores según indicadores estadísticos

Aquí se desarrollan una serie de indicadores que muestran el grado de demanda potencial de cuidados de las personas adultas mayores a nivel local. Se debe tener en cuenta que este aglomerado está compuesto por dos municipios Rawson y Trelew, el primero cuenta con 36.449 habitantes y el segundo con 107651 habitantes, o sea que el conglomerado no llega a los 150.000 habitantes. Esto es importante ya que algunos análisis nacionales se basan en conglomerados con localidades de más de 80.000 habitantes.

Proyección Estadística De La Demanda De Cuidados De Adulto Mayores En El Aglomerado Rawson -Trelew Según Niveles De Dependencia, Sexo, E Ingresos.

Universo, unidad de análisis y aclaraciones metodológicas

Se realizó una proyección estadística de demanda potencial de adultos mayores para el aglomerado Rawson – Trelew que comprende los municipios de Rawson y Trelew[1].

1- En función de un proyecto conjunto entre la Universidad del Chubut y las Universidades Nacionales de Quilmes, Tres de Febrero y Lanús, el equipo de trabajo de la Asociación Civil "Praxis" que desarrolló

Como fuente de información se tomaron datos del censo nacional de población de hogares y viviendas del 2010 y la encuesta permanente de hogares (EPH) del tercer trimestre del 2018. El total de hogares de este aglomerado son 48.148 y de estos el 33,3 % corresponden a hogares con adultos mayores, es decir: 16.033 hogares.

La cantidad estimada de hogares con presencia de adultos mayores y estratos socioeconómicos se distribuye de la siguiente manera (Ver Tabla 1): El 17,1 % (8210 hogares) corresponden a hogares con adultos mayores del segmento alto, 10,8 % (5202 hogares) a hogares con adultos mayores segmento medio alto, el 4,4% (2139 hogares) hogares con adultos mayores segmento medio bajo, 1,0% (460 hogares) con adultos mayores corresponden al segmento bajo por último el 66,7% (32137 hogares) sin adultos mayores.

Si tomamos en cuenta solamente los hogares con adultos mayores, como se representa en el Gráfico 1, podemos decir que el 51,3% son hogares con adultos mayores del segmento alto, 32,5 es el porcentaje con adultos mayores del segmento medio alto, 13,4% son los hogares con adultos mayores correspondiente al segmento medio bajo y por último 2,9 % de los adultos mayores corresponden al segmento bajo. La distribución de los 2560 Hogares con adultos mayores según dependencia se distribuye de la siguiente manera (Ver Gráfico 2): el 45% pertenecen al segmento Alto, el 36% son del segmento Medio alto, el 15% corresponden al segmento Medio bajo y el 4% al segmento Bajo.

Teniendo en cuenta el estrato socioeconómico, la dependencia y la resolución de la problemática mediante la contratación de servicios privados se estima que la demanda de servicio para este aglomerado corresponde a 396 hogares. Los mismos según estratos socioeconómicos presentan la siguiente distribución (Gráfico3): El 48% corresponde al segmento Alto, el 47% pertenece al segmento Medio Alto, y el 5 % al segmento medio bajo, ya que corresponde el valor 0 a Hogares con adultos mayores del segmento bajo.

En el total de hogares del aglomerado Rawson – Trelew el 20,9% (10.051) hogares

---

un estudio de demanda de cuidados en la localidad de Quilmes, colaboró en la construcción de los indicadores que aquí compartimos. **www.praxis.org.ar**

con al menos un adulto mayor entre 60 y 75 años y ninguno mayor de 75. Por otra parte, el 12,15 % pertenece a hogares con al menos un adulto mayor de 75 años de edad. Del 100% de los dos grupos de edades de hogares con adultos mayores el 63,2% corresponde a hogares con al menos un adulto mayor entre 60 y 75 años de edad y ninguno mayor de 75 y el 36,8% pertenece a hogares con al menos un adulto mayor a 75 años. Clasificando los Hogares con adultos mayores por grupo de edad y dependencia (2920 en total) se observa que en el 37,2% (1086) de los hogares con al menos un mayor de entre 60 y 75 años de edad (ninguno de más de 75 año) son dependientes y el 62,8% (1834) de los hogares con al menos un adulto mayor de 75 años es dependiente.

Del total de Hogares el 24,97% corresponden a Hogares con adultos mayores de 60 año más de sexo femenino, el 8,04% corresponden a Hogares con al menos un adulto mayor de 60 años y más con presencia masculina.

Del total de Hogares con adultos mayores en el 75,65% de los Hogares presenta al menos un adulto mayor de 60 años y más de sexo femenino y en el 24,35% de Hogares con al menos un adulto mayor de 60 años no presentan presencia femenina.

Teniendo en cuenta dependencia según sexo, se observa que de los 1695 hogares con adultos mayores con dependencia el 86,5% corresponde a un hogar con al menos un componente femenino mayor de 60 años, y el 13,5% de los Hogares sólo tienen adultos mayores masculinos.

Teniendo en cuenta la cantidad de miembros en Hogares con adultos mayores se desprende que el 36,7% (5835) corresponde a Hogares unipersonales y el 63,3% (10.057) corresponden a Hogares de adultos mayores con más de un miembro.

En función de los indicadores compartidos, se pueden resaltar las siguientes conclusiones en relación a la demanda potencial de cuidados de Adultos Mayores en la Ciudad de Trelew:

1. El total de hogares de este aglomerado son 48148 y de estos el 33,3 % corresponden a hogares con adultos mayores o sea 16033 hogares.

2. Del total de hogares con adultos mayores 2560 hogares son dependientes (UCA 2018) variando su dependencia según estrato socioeconómico y de estos 396 hogares se estiman que son demandantes de cuidados, en su mayoría correspondiente a los segmentos de estrato socioeconómico alto y medio alto (suman 376 hogares).

3. De estos hogares dependientes el 62,8% (1834) corresponden a hogares con por lo menos un adulto mayor de más de 75 años de edad y un 37,2% (1086) a hogares con adultos mayores en la franja de 60 a 70 años de edad. Por lo que es esperable encontrar mayor demanda en los hogares con por lo menos un adulto mayor de 75 años de edad o más.

4. Teniendo en cuenta la dependencia en hogares con al menos un adulto mayor de sexo femenino se observa que esta concentra el 86,5% (1467) y solo el 13,5% de los hogares corresponden con adultos mayores solo masculinos. Es de esperar que en los primeros se origine mayor demanda.

5. Los Hogares con adultos mayores unipersonales representan el 36,7% (5835) y 63,3% (10057) corresponden al resto. Si en estos hogares unipersonales consideramos la dependencia es de suponer que alrededor de 934 hogares tengan necesidad de demandar este servicio.

Tabla 1: Total de hogares con adultos mayores con dependencia en el aglomerado Rawson – Trelew según estratificación socioeconómica (cuartiles de ingreso).

Estrato Ingreso	Cantidad de Hogares	%	% Hogares con adultos mayores
Hogares con adultos mayores segmento Alto	8.210	17,1%	51,3%
Hogares con adultos mayores segmento Medio Alto	5.202	10,8%	32,5%
Hogares con adultos mayores segmento Medio Bajo	2.139	4,4%	13,4%
Hogares con adultos mayores segmento Bajo	460	1,0%	2,9%
Hogares sin adultos mayores	32.137	66,7%	
Total Hogares	**48.148**		

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Gráfico 1: Porcentaje de Hogares con adultos mayores según estrato socioeconómico

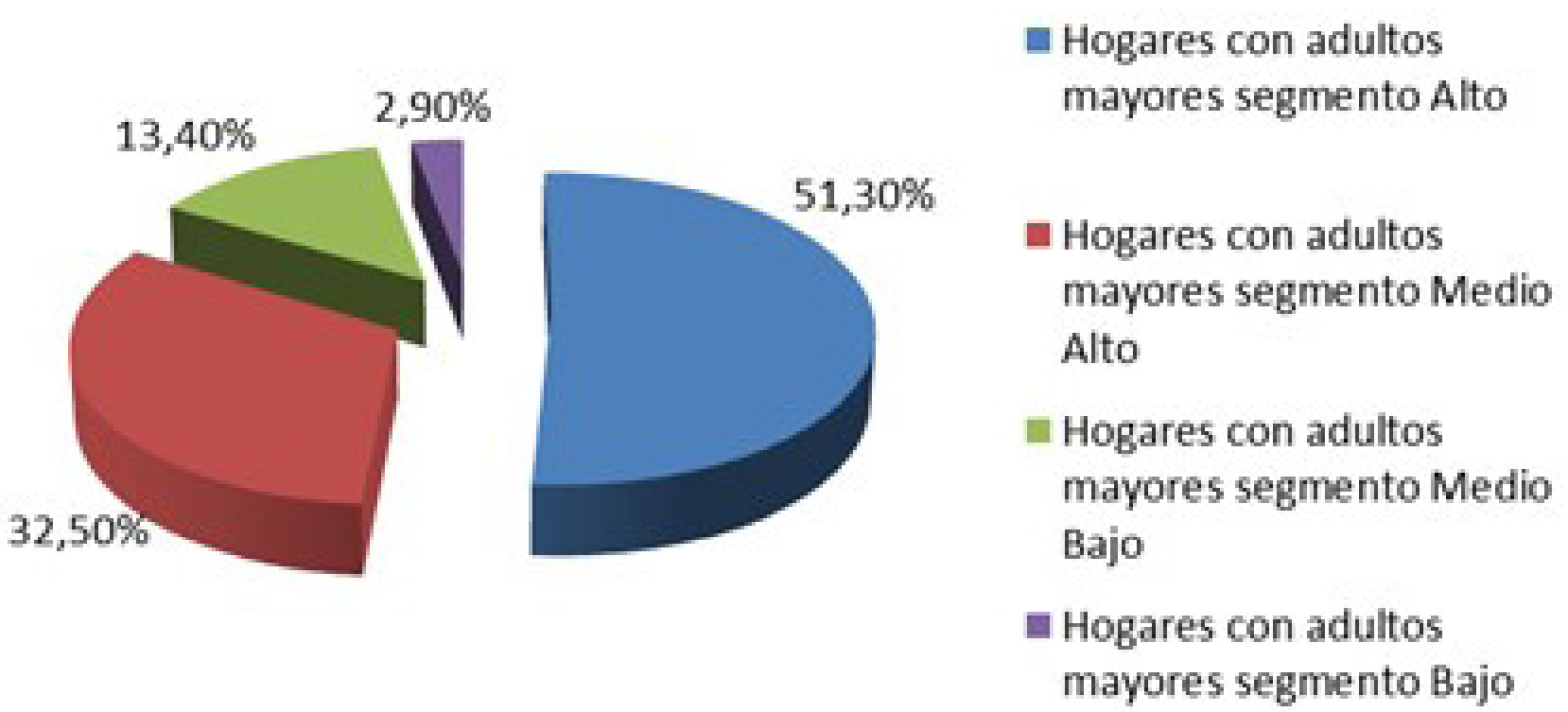


Tabla 2: Hogares con presencia de adultos mayores según estrato socioeconómico y dependencia. Aglomerado Rawson - Trelew. 3er trimestre de 2018

Estrato Socioeconómico	Hogares	% de dependencia (UCA 2018)	Cantidad de Hogares con dependencia
Hogares con adultos mayores segmento Alto	8210	13,9	1141
Hogares con adultos mayores segmento Medio Alto	5202	17,8	926
Hogares con adultos mayores segmento Medio Bajo	2139	18,3	391
Hogares con adultos mayores segmento Bajo	460	22,1	102
Total de Hogares con adultos mayores con dependencia	**16011**	**16,0**	**2560**

Gráfico 2: Porcentaje de dependencia en Hogares con adultos mayores

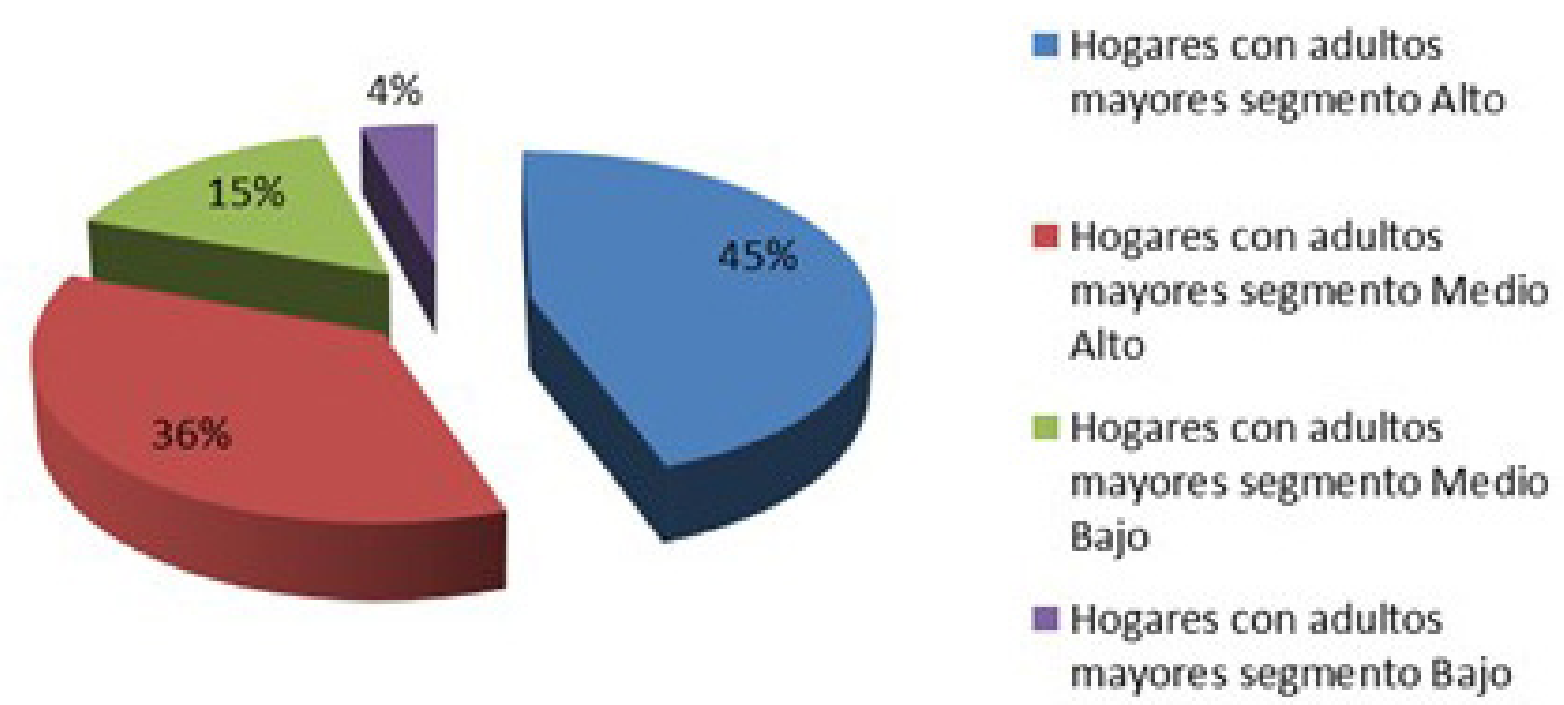


Tabla 3: Hogares con adultos mayores con dependencia según estratificación socioeconómica y estrategia de resolución del problema.

Estrato Socioeconómico	Cantidad de Hogares con dependencia	% de hogares que contratan servicio privado (UCA 2018)	Cantidad de hogares con dependencia que contratan servicio privado
Hogares con adultos mayores segmento Alto	1141	16,7	191
Hogares con adultos mayores segmento Medio Alto	926	20,0	185
Hogares con adultos mayores segmento Medio Bajo	391	5,1	20
Hogares con adultos mayores segmento Bajo	102	0,0	0
Total de Hogares con adultos mayores que contratan servicio privado	**396**		

Gráfico 3: Porcentaje de hogares con adultos mayores con dependencia que contratan servicio privado según estrato socioeconómico.

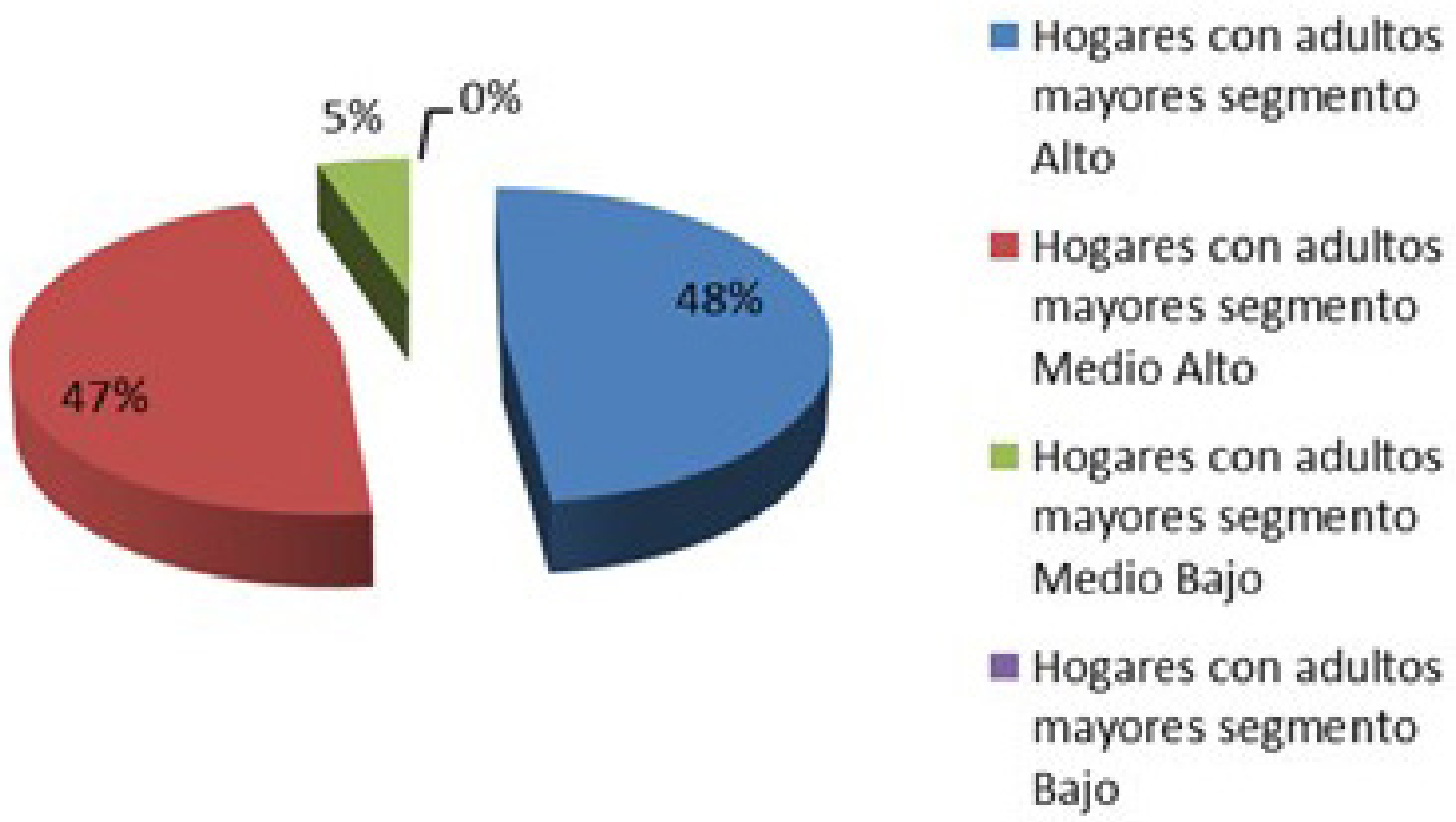


Tabla 4: Total de Hogares con adultos mayores en el conglomerado Rawson -Trelew según grupo de edades. EPH 3er trimestre de 2018

Hogares según adultos mayores y grupo de edad	**Hogares**	**%**
Hogares sin adultos mayores	32.251	67,0%
Hogares con al menos un adulto mayor de entre 60 y 75 años (y ninguno mayor de 75 años)	10.051	20,9%
Hogares con al menos un adulto mayor de 75 años	5.841	12,1%
Total Hogares Aglomerado	**48.143**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC

Gráfico 4: Porcentaje de Hogares con adultos mayores según grupo de edad.

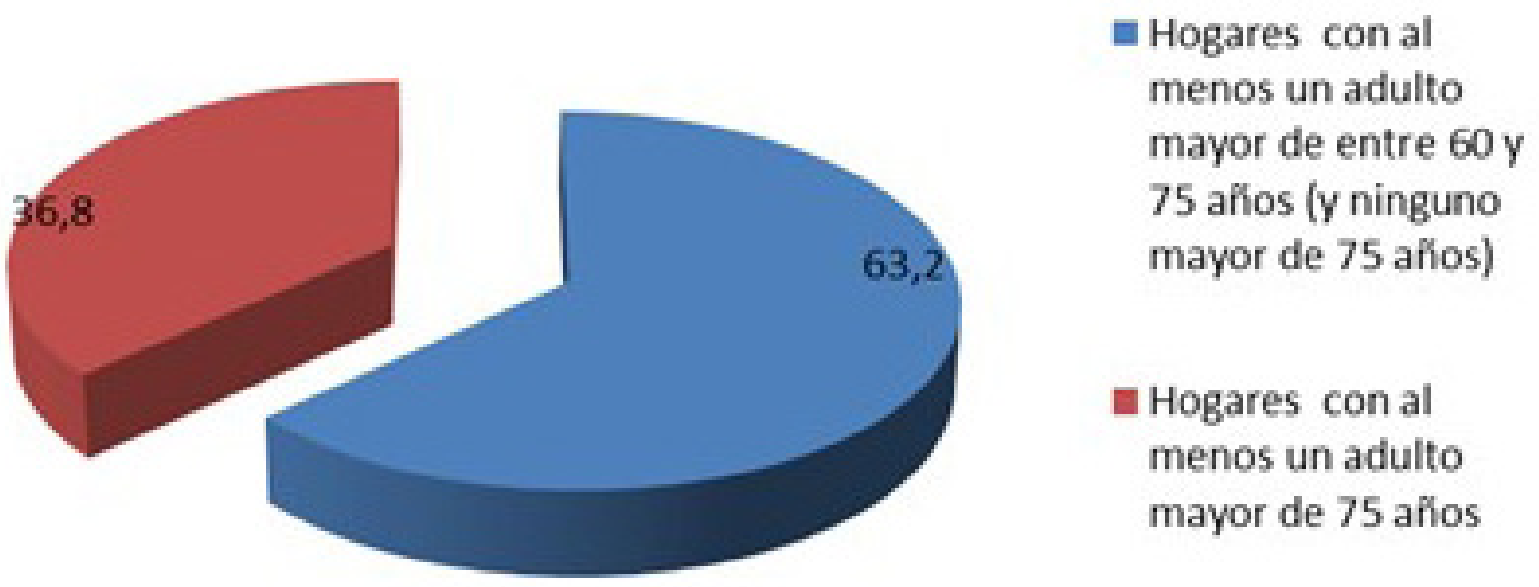


Tabla 5: Hogares según presencia de adultos mayores por Grupo de edad y dependencia. Aglomerado Rawson – Trelew. 3er Trimestre de 2018.

Hogares según Grupo de Edad	Hogares	% de Dependencia (UCA 2018)	Cantidad de Hogares con dependencia
Hogares con al menos un adulto mayor de entre 60 y 75 años (y ninguno mayor de 75 años)	10051	10,8	1086
Hogares con al menos un adulto mayor de 75 años	5841	31,4	1834
Total de Hogares con Dependencia	**2920**		

Gráfico 5: Porcentaje de Adultos mayores por grupo de edad y dependencia.

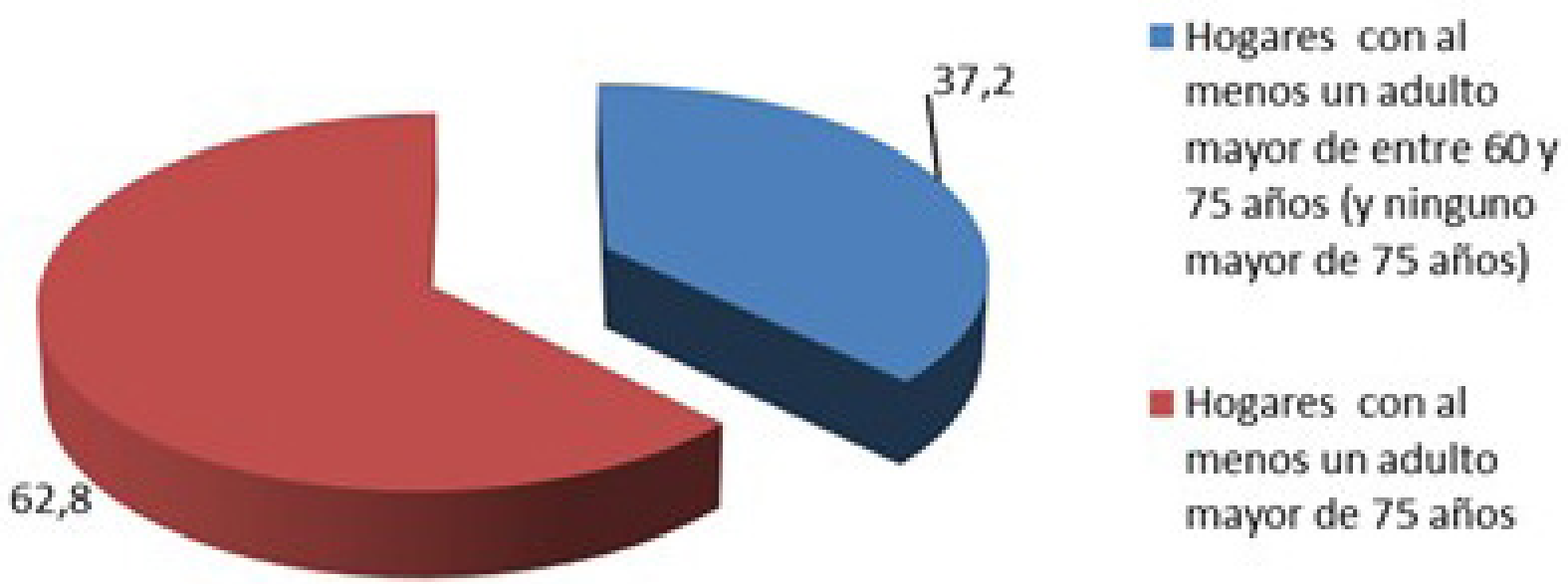


Tabla 6: Hogares según presencia de adultos mayores según sexo

Hogares según presencia de adultos mayores y sexo	Hogares	% Aglomerado	% Hogares con adultos mayores
Hogares con al menos un adulto mayor de 60 años y más de sexo femenino	12.023	24,97%	75,65%
Hogares con al menos un adulto mayor de 60 años y más con presencia masculina	3.869	8,04%	24,35%
Hogares sin adultos mayores	32.251	66,99%	
Total	**48.143**	**100,00%**	

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Gráfico 6: Porcentaje de Hogares con dependencia según sexo.

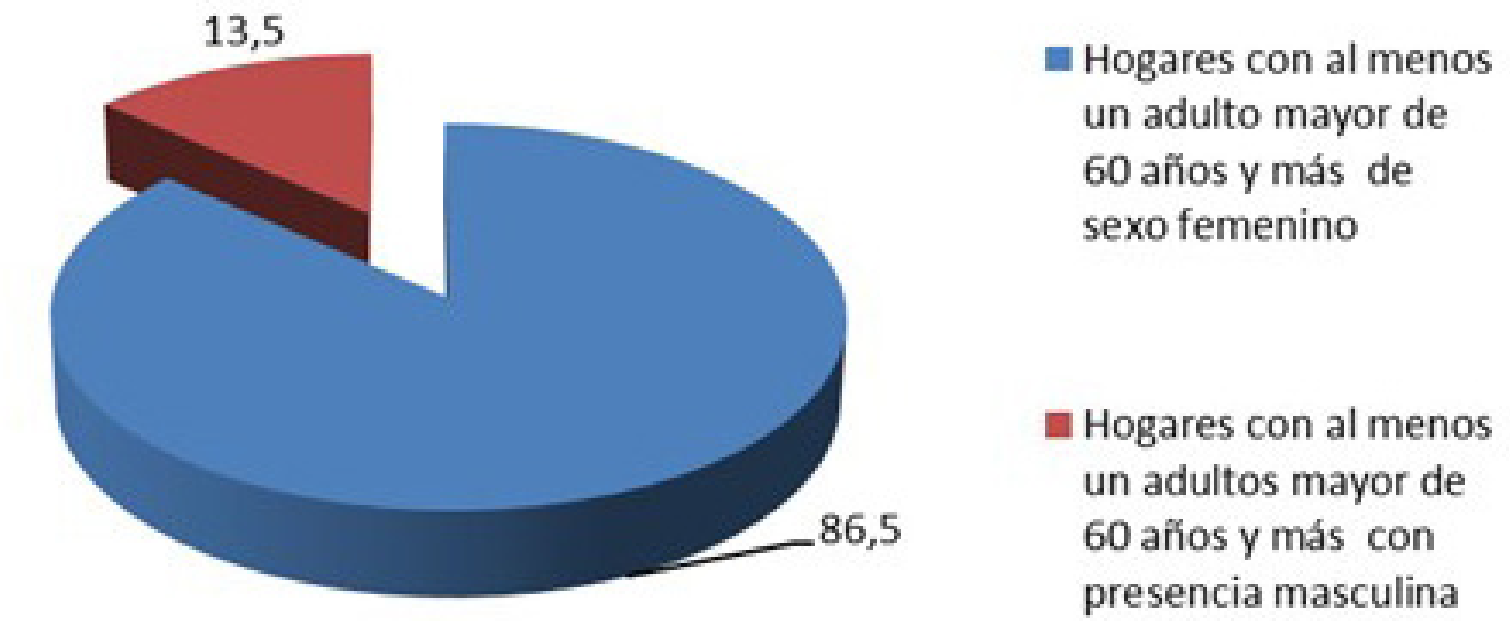


Tabla 7: Hogares según presencia de adultos mayores con dependencia según sexo.Aglomerado Rawson - Trelew. 3er trimestre de 2018

Hogares con Adultos mayores según sexo	Hogares	% de Hogares con dependencia según sexo (ENCAVIAM, 2012)	Cantidad de Hogares con dependencia según sexo (ENCAVIAM 2012)
Hogares con al menos un adulto mayor de 60 años y más de sexo femenino	12.023	12,20%	1467
Hogares con al menos un adulto mayor de 60 años y más con presencia masculina	3.869	5,90%	228
Total de Hogares con adultos mayores con dependencia	**1695**		

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Tabla 8: Hogares según presencia de adultos mayores y cantidad de miembros. Aglomerado Rawson-Trelew. 3er trimestre de 2018

Hogares de adultos mayores según miembros	Hogares	%	% Hogares con adultos mayores
Hogares unipersonales de adultos mayores	5.835	12,1%	36,7%
Hogares de más de un miembro con adultos mayores	10.057	20,9%	63,3%
Hogares sin adultos mayores	32.251	67,0%	
Total hogares	**48.143**	**100,0%**	

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.



Este informe tiene por objetivo presentar la sistematización del trabajo realizado en la primera etapa del Proyecto “Trelew Ciudad de Cuidados: hacia una red de cooperativas de trabajo que promueva el desarrollo local sostenible”, implementado desde la Universidad del Chubut en conjunto con el Municipio de Trelew y el apoyo de algunas instituciones como la Universidad Nacional de Tres de Febrero y la Subsecretaria de Asociativismo y Economía Social de la Provincia de Chubut, entre otros. El proyecto cuenta con financiamiento del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y se propone como objetivo general contribuir a la creación de una Red de Cooperativas de Trabajo que brinden servicios de cuidados para la primera infancia, personas adultas mayores y/o con alguna discapacidad, conformadas por colectivos en situación de vulnerabilidad.

Universidad del Chubut