

El cuidado en América Latina

Nadya Araujo Guimarães - Helena Hirata (comps.)

Esta compilación tiene como objetivo promover el análisis comparativo sistemático sobre trabajo, cuidado y políticas públicas entre países latinoamericanos. Una jornada celebrada en octubre de 2018 por la Red Latinoamericana de Estudios del Cuidado dio origen a este libro.

Contenido

Introducción

Nadya Araujo Guimarães;
Helena Hirata

1. Argentina

Natacha Borgeaud-Garciandía

2. Brasil

Nadya Araujo Guimarães;
Helena Hirata;
Anne Posthuma

3. Chile

Irma Arriagada Acuña

4. Colombia

Javier A. Pineda Duque;
Dora Inés Munévar M.

5. Uruguay

Karina Batthyány;
Natalia Genta

EDITA **Fundación
Medifé**

COLECCIÓN
**HORIZONTES
DEL CUIDADO**

El cuidado en América Latina

Mirando los casos de Argentina,
Brasil, Chile, Colombia y Uruguay

Nadya Araujo Guimarães - Helena Hirata

(compiladoras)

El cuidado en América Latina

**Nadya Araujo Guimarães - Helena Hirata
(comps.)**

**EDITA Fundación
Medifé**

**COLECCIÓN
HORIZONTES DEL CUIDADO**
Dirigida por Natacha Borgeaud-Garciandía

El cuidado en América Latina : mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay / Nadya Araujo Guimarães ... [et al.] ; compilado por; Helena Hirata ; Nadya Araujo Guimarães. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Fundación Medifé Edita, 2020. Libro digital, PDF - (Horizontes del cuidado / 5).

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-47641-7-1

1. Antropología. 2. Sociología. 3. Políticas Públicas. I. Araujo Guimarães, Nadya, comp.
II. Hirata, Helena, comp.

CDD 301.098

©2020, Fundación Medifé Edita

Fundación Medifé Edita

Dirección editorial

Fundación Medifé

Editora

Daniela Gutierrez

Directora de Colección

Horizontes del cuidado

Natacha Borgeaud-Garciandía

Consejo académico:

Irma Arriagada

Karina Batthyány

Nadya Araujo Guimarães

Helena Hirata

Laura Pautassi

Javier Armando Pineda Duque

Angelo Soares

Diseño colección

Estudio ZkySky

Diseño interior

y diagramación

Silvina Simondet

www.fundacionmedife.com.ar

info@fundacionmedife.com.ar

Hecho el depósito que establece la ley 11.723. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Índice

Introducción

Realidades nacionales, desafíos latinoamericanos

Nadya Araujo Guimarães, Helena Hirata _____ 11

Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina

Natacha Borgeaud-Garciandía _____ 27

El cuidado: sus formas, relaciones y actores.

Reflexiones a partir del caso de Brasil

Nadya Araujo Guimarães, Helena Hirata, Anne Posthuma (con la colaboración de:

Louisa Acciari, Anna B. Araujo, Guita G. Debert, Maria de Fatima Guerra,

Renata Moreno, Priscila Vieira) _____ 75

La injusta organización social de los cuidados en Chile

Irma Arriagada Acuña _____ 119

La organización social de los cuidados en Colombia: mercantilización, profesionalización, desvalorización y resistencias

Javier A. Pineda Duque, Dora Inés Munévar M. _____ 169

Uruguay: avances y desafíos en la investigación y las políticas públicas del cuidado

Karina Batthyány, Natalia Genta _____ 219

Sobre las autoras/autor/colaboradoras _____ 259

*Dedicamos este libro a Rosalba Todaro,
investigadora del Centro de Estudios de la Mujer (CEM), en Chile,
especialista destacada en temáticas de trabajo, género,
migración internacional, y compañera de primera hora de la
Red Latinoamericana de Estudios sobre Cuidado.*

Introducción

Nadya Araujo Guimarães - Helena Hirata

Realidades nacionales, desafíos latinoamericanos

Esta recopilación es el resultado del taller internacional “Trabajo, cuidado y políticas públicas: una mirada hacia América Latina”, celebrado el 15 de octubre de 2018 en la Universidad de San Pablo y organizado en colaboración con el Centro Brasileño de Análisis y Planificación (Cebap).¹ El evento fue el punto de partida para la creación de una Red Latinoamericana de Estudios del Cuidado, capaz de promover análisis comparativos sistemáticos entre nuestros países.

Cinco de ellos fueron seleccionados inicialmente: Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay. Todos eran casos particularmente atractivos, ya fuera por la novedad de las políticas que allí estaban en marcha, por la diversidad de formas de trabajo de cuidados que desarrollaban, por la importancia de los movimientos migratorios de trabajadoras de cuidado, o por las experiencias asociativas de estas cuidadoras.

¹ Su realización fue posible gracias al apoyo de varias instituciones, a las cuales deseamos expresar nuestro agradecimiento: la Organización Internacional del Trabajo-Oficina de Brasil (Contrato Cebap 40219557/2), la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de San Pablo (Fapesp) (Proceso 2018 / 14719-0), la Universidad de San Pablo a través de la Agencia USP de Cooperación Académica Nacional e Internacional (AUCANI) y del Departamento y Programa de Postgrado en Sociología, el Consulado de Francia en San Pablo y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Agradecemos el apoyo técnico de Icleia Alves Cury a través de la Oficina Editorial, quien ha sido responsable por la adecuación de las versiones originales de los capítulos a las reglas de formato de Fundación Medifé Editá.

Se solicitó a cada uno de los participantes que elaboraran un informe de la producción bibliográfica actualizada, así como un balance del estado de la situación con respecto al trabajo de cuidados y la organización social del cuidado en los países considerados: a Natacha Borgeaud-Garciandía sobre Argentina; a Nadya Araujo Guimarães, Helena Hirata y Anne Posthuma sobre Brasil; a Irma Arriagada Acuña sobre Chile; a Dora Inés Munévar M. y Javier Pineda Duque sobre Colombia; y a Karina Batthyány y Natalia Genta sobre Uruguay. Los capítulos que componen esta recopilación tuvieron como punto de partida esos documentos preparados para el evento en San Paulo. Posteriormente, con vistas a su publicación, cada uno recibió comentarios y sugerencias adicionales de un grupo de expertas reconocidas en el campo.²

El interés y la originalidad de los cinco estudios de caso que componen este libro provienen del esfuerzo realizado para alinear investigaciones cuantitativas y cualitativas, compilando y reflexionando sobre los resultados de los más diferentes estudios basados en material secundario o primario. Nos dan, por lo tanto, un panorama único, integrado y actualizado, de la realidad empírica del cuidado en estos cinco países.

A lo largo de la recopilación, además, los diferentes capítulos ayudarán al lector/a a componer, poco a poco, el cuadro de los múltiples y desafiantes aspectos conceptuales que se destacan cuando nos ocupamos del fenómeno del cuidado. Así, Karina Batthyány y Natalia Genta, al reflexionar sobre la realidad de Uruguay, nos alertan sobre la imposibilidad de conseguir un concepto teóricamente acabado y, por lo tanto, consensuado de “cuidado”; las diferencias en la conceptualización se vuelven más nítidas, dicen, dependiendo de la centralidad dada a los aspectos relacionales o a los aspectos asociados con el trabajo y la profesionalización. Javier Pineda Duque y Dora Munévar, al pensar la realidad colombiana, destacan la naturaleza multidimensional e interdisciplinaria de este concepto, abierto a movilizar repertorios

² Agradecemos muy especialmente el trabajo de estas investigadoras, que actuaron como evaluadoras externas. Ellas fueron: Rosario Aguirre (Universidad de la República de Uruguay), Amparo Hernández Bello (Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia), Laura Pautassi (Universidad de Buenos Aires, Argentina), Bila Sorj (Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil) y María Elena Valenzuela (Programa de acción mundial sobre trabajadoras domésticas migrantes, OIT, Chile).

interpretativos de diversas disciplinas, como la sociología, la antropología y la historia. Por consiguiente, para estos dos autores, el cuidado es también un complejo campo de convergencia, tanto entre vertientes del pensamiento feminista (como las centradas en la división sexual del trabajo, en la tradición materialista o en el análisis del patriarcado) como entre tradiciones disciplinares (de la economía feminista, la psicología y la filosofía moral). Irma Arriagada Acuña, con respecto al caso chileno, nos lleva a centrar la atención en las desigualdades que se expresan tanto en la recepción como en la prestación del cuidado; esto, dice la autora, se trata de una relación social: "... en los cuidados se expresan relaciones asimétricas de poder atravesadas por el género, la edad, la raza, la etnia y la clase social".

Para captar la diversidad de situaciones nacionales y la pluralidad de determinantes que las configuraron, así como para retener la forma en que la literatura percibe el fenómeno en cada país, partimos de un objetivo amplio, pero relativamente preciso. Estábamos interesados en una descripción abarcadora de las formas en que varía la provisión de cuidado, ya sea en instituciones o en hogares, beneficiando tanto a los mayores como a los niños. Sin embargo, nuestro objetivo de partida también tenía un foco preciso: comprender las variaciones nacionales manifestadas por ese tipo de trabajo de cuidados que se brinda como un servicio, es decir, en el que sus trabajadores actúan de forma remunerada (por familias, por instituciones del mercado o por el Estado). Además, nos basamos en algunos marcos conceptuales mínimos que garantizarían un denominador común para observar las diferentes realidades nacionales. Así, enfatizamos, en el cuidado, su carácter de trabajo relacional y emocional, que pone en interacción al proveedor/a y beneficiario/a, y que está dedicado a producir/restablecer el bienestar de este/a, sobre todo –aunque no exclusivamente– en situaciones de –o, en el caso de personas, con– dependencia.³

³ Esta amplitud permitió que los balances bibliográficos realizados abarcaran, incluso, los trabajos y los/las trabajadores/as movilizados/as en el cuidado personal proporcionado en salones de belleza, como en el caso de los estudios realizados en Colombia, compulsados por Pineda Duque y Munevár en su capítulo.

Sin embargo, a medida que los estudios avanzaban –y sin perder de vista la creciente mercantilización del trabajo de cuidado–, un rasgo especialmente relevante en América Latina se impuso en nuestras observaciones: la compleja conciliación entre el cuidado remunerado, en sus diversas formas, y el cuidado no remunerado. Por un lado, porque la provisión gratuita de cuidado es, entre nosotros, extremadamente significativa en la organización de la vida cotidiana, basada en una división sexual que la convierte en un “trabajo de mujer”. No sin razón, en 2018, cerca de la mitad (42%) de las mujeres en edad laboral en América Latina se declararon indisponibles para el trabajo (o justificaron no buscarlo, aunque deseaban trabajar) debido a sus responsabilidades como proveedoras de cuidado no remunerado; este porcentual fue solo del 5% entre los hombres (OIT, 2018). También según la misma encuesta de la OIT, en América Latina las mujeres son responsables de no menos del 74% de las horas del trabajo no remunerado de cuidado.⁴

Esta realidad se ha documentado cada vez mejor a partir de investigaciones sobre el uso del tiempo. Si bien aún son recientes, han reunido ricas evidencias estadísticas sobre el cuidado no remunerado y la división sexual del trabajo doméstico. Sabemos que en los países estudiados todavía se enfrentan a límites, especialmente por su cobertura y regularidad, como se ejemplifica en el capítulo sobre Chile. Allí, se realizó una única encuesta nacional sobre el uso del tiempo en 2015, que abarcaba solo las áreas urbanas, seguida de un estudio piloto para el Gran Santiago en 2017. De esta manera, persisten problemas de comparabilidad, así como dificultades operacionales para distinguir, en las estadísticas disponibles, los cuidados del trabajo doméstico. En el capítulo sobre Colombia veremos que, la primera encuesta nacional sobre el uso del tiempo (Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, ENUT) se realizó en 2012-2013 y allanó el camino para

⁴ La desigual división de esta carga por sexo es ciertamente variable. Puede llegar a extremos, como en el caso de El Salvador, donde las mujeres dedican 3 horas y 48 minutos a este trabajo, mientras que los hombres dedican solo 43 minutos. En Ecuador, esa proporción es de 4 a 1 entre dedicación femenina y masculina a tareas de cuidado no remuneradas; en Brasil, de 2 a 1 (elevada, pero no tanto).

emprender nuevos estudios que fueron relevantes porque mostraron cómo variaba la intensidad del trabajo doméstico y el cuidado no remunerado, según se observaran cuidadoras a tiempo completo (más de 6 horas), a tiempo parcial (3 a 6 horas), en tiempo corto (menos de 3 horas) o no cuidadoras. Estos análisis revelaron que las amas de casa, consideradas “inactivas” en las formas oficiales de clasificarlas, eran las que presentaban la más elevada intensidad de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, con un promedio de 8,5 horas por día. También para Uruguay las encuestas han documentado –y el capítulo correspondiente lo registra– la importancia de la división sexual del trabajo dentro del hogar.

Por otro lado, el estudio antes mencionado de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018) también documentó que el trabajo de cuidado constituye, en la actualidad, una fuente significativa de oportunidades de empleo remunerado para las mujeres latinoamericanas. Por lo tanto, no menos de 47 millones de personas se ocupaban en esta actividad, de las cuales 36 millones eran mujeres. Mirándolo proporcionalmente, el trabajo remunerado de cuidado representa, en nuestros países, el 16% del empleo global y no menos del 31% del empleo femenino. Sin embargo, cuando se trata del trabajo remunerado de cuidado, hay un aspecto que particulariza a América Latina en el escenario internacional: la importancia del recurso del trabajo doméstico remunerado para la provisión de cuidado en los hogares (OIT, 2018). Especialmente en países como Brasil, Colombia, Argentina y Uruguay, son las trabajadoras domésticas (trabajadoras mensuales o diaristas), antes que las profesionales del cuidado, las que se encargan, en gran medida, del cuidado infantil y de los mayores en el seno familiar. De modo que sería imposible comprender el crecimiento de las ocupaciones de cuidado en nuestros países si lo disociamos del papel desempeñado por el reclutamiento, para tales actividades, de trabajadoras domésticas, por regla general no clasificadas como trabajadoras de cuidado en las estadísticas oficiales.

Tampoco podemos perder de vista que todo esto tiene lugar en un contexto de amplios cambios sociodemográficos. La tasa de participación de las mujeres en el mercado laboral ha crecido rápidamente

en América Latina, del 40,5% en 1991 al 51,5% en 2018. El número de personas por hogar se ha reducido considerablemente: en 2018, solo el 16% de las personas vivían en familias extensas, en las cuales el reparto del cuidado no remunerado podría hacerse entre más miembros. Más aun, el envejecimiento de la población ha hecho que el crecimiento de la demanda de cuidado, especialmente entre las personas mayores dependientes, desafíe la capacidad de su provisión en bases familiares y gratuitas. Esto desvía la atención hacia la oferta de servicios mercantiles (por lo tanto, remunerados) o hacia políticas públicas asociadas a la acción del Estado como proveedor, y no solo como regulador, del cuidado.⁵

En resumen, existen múltiples –y específicas, en el caso latinoamericano– formas de vínculo entre el cuidado remunerado (que se ejerce como una ocupación, incluso si a menudo no se contabiliza como “ocupación de cuidado”) y el no remunerado. Desempeñado como una “obligación”, este último sigue, por eso mismo, invisibilizado como trabajo, ignorado en muchas de las estadísticas nacionales, porque está asociado con las expectativas socialmente puestas sobre los hombros de las mujeres, tal como desarrolla extensamente el capítulo dedicado al caso brasileño.⁶

Así, pese a que hemos tomado el trabajo remunerado de cuidado como nuestro objeto central de interés, los estudios realizados hasta ahora en América Latina y, en consecuencia, los capítulos presentados en este libro se vieron presionados a centrarse en su interdependencia con el trabajo de cuidado no remunerado. Asimismo, era necesario tratar tanto el trabajo de cuidado en domicilio y en instituciones, como un vínculo igualmente imprescindible para abordar la cuestión con toda la riqueza que caracteriza el contexto fuertemente desigual que prevalece en los países latinoamericanos. No sin razón, la desigualdad social es quizás la gran cuestión que atraviesa el conjunto de

⁵ En 2015, se estimaba que no menos de 176 millones de personas serían demandantes de cuidado en América Latina, de los cuales 160 millones tenían menos de 15 años y 16 millones eran personas mayores. Las proyecciones para 2030 apuntan a una relativa estabilidad tanto en la demanda total de cuidados (prevista en 174 millones) como en la demanda de niños menores de 15 años (150 millones), pero a un crecimiento de alrededor del 51% en la demanda de cuidado a personas mayores (OIT, 2018).

⁶ Y fue más sistemáticamente tratado por Araujo Guimarães (2019).

capítulos de esta recopilación: desigualdades entre hombres y mujeres, entre clases sociales, entre razas, entre diferentes regiones del territorio nacional, que Laís Abramo y Claudia Robles (2020) proponen que aprehendamos a través del uso de la pertinente categoría analítica de “matrices de desigualdad”.

Desigualdades que se expresan, obviamente, en las relaciones del trabajo de cuidado. De hecho, el trabajo informal también se hace presente allí, lo cual no es sorprendente ya que la informalidad abarca no menos de la mitad de los trabajadores en América Latina, donde el 55% de la población empleada no contribuye a la seguridad social (Posthuma, 2020). Lo que no nos impide, sin embargo, notar novedades en algunos países, como Argentina, tales como la extensión, desde 2009, de la Asignación Universal por Hijo a trabajadores informales o el establecimiento de prestaciones de “asignaciones familiares” a estos trabajadores no registrados, en parte destinados a la atención.

Esto nos lleva al importante lugar ocupado por el Estado, no solo como proveedor de servicios de cuidado, sino como un marcador de acceso a derechos en lo que atañe al cuidado para diferentes subpoblaciones. No sin razón, la cuestión del Estado y las políticas públicas y sociales vinculadas directa o indirectamente al cuidado son temas recurrentes en los diversos capítulos. Muchos de ellos se refieren a los “programas de transferencias monetarias condicionadas, dirigidos a familias en extrema pobreza” (como señala Irma Arriagada Acuña en el caso de Chile). Sin embargo, en este libro se presta especial atención al caso de Uruguay. Esto se debe a que allí se ha creado un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que ha inspirado debates en los más diversos países de América Latina, tanto por su actuación sistemática en todos los campos del cuidado, como por las virtuosas relaciones que ha brindado entre investigadores, movimientos sociales y formuladores de políticas públicas. Por ello mismo, problematizar “el papel del Estado en la reproducción social”⁷, como bien resumió María Elena Valenzuela

⁷ Irma Arriagada Acuña, a este respecto y a propósito del caso chileno, recurre a la afirmación de Nancy Fraser (2016) en el sentido de que, si bien el capitalismo liberal habría privatizado la reproducción social, el capitalismo administrado por el Estado la habría socializado parcialmente, y el capitalismo financiero la estaría mercantilizando a pasos acelerados.

en su comentario al capítulo sobre Chile, es uno de los resultados a que arriban, por caminos diversos, los cinco capítulos cuando tratan la cuestión ineludible de sus políticas.

Las migraciones internacionales en el sector del cuidado, registradas en los casos de Chile y Argentina, y las migraciones internas en el sector de cuidado que se verifican en Brasil y Colombia nos dan otra indicación de interesantes convergencias, al margen de las especificidades, entre los países contemplados en este trabajo. De ello, en gran medida, depende el peso, mayor o menor, de la dimensión étnico-racial entre los componentes de las matrices de desigualdad en el dominio del cuidado.

Hallazgos interesantes también sobresalen cuando nos adentramos en el tema de las grandes franjas de la población consideradas dependientes y demandantes de cuidado. Así, por ejemplo, con respecto al cuidado infantil, dos grandes convergencias llaman la atención. En primer lugar, el hecho de que la matrícula en instituciones es menor cuando se trata de niños muy pequeños (de 0 a 2 años), verificándose, con el avance de la edad, la tendencia a que aumente la proporción de niños inscritos. En segundo lugar, es recurrente en la región la diferencia en la cobertura del cuidado infantil según las clases sociales; las guarderías siguen siendo un privilegio de las familias de más alto ingreso, siendo, en la mayoría de los casos estudiados, poco permeables para las familias de las clases populares; para estas, además, suelen ser poco amigables en cuanto modo eficaz de resolver la conciliación trabajo-familia, en virtud del desajuste frecuente entre sus horarios y las obligaciones y tiempos de las mujeres-madres que trabajan.

También en este tema las convergencias se producen en medio de especificidades. En Argentina, por ejemplo, se notan grandes diferencias territoriales en el cuidado infantil, así como la importante presencia de organizaciones sociales y comunitarias en la atención a esta subpoblación. Natacha Borgeaud-Garciandía subraya, además, las difíciles condiciones del trabajo docente y el trabajo emocional necesario para un cuidado de calidad en condiciones precarias, en un contexto en el que las instituciones se encargan del cuidado de los niños durante solo 3 a 4 horas, con un porcentaje muy reducido de niños que son cuidados durante todo el día (no más del 3%).

A la par de este amplio rol de elementos convergentes, que de alguna manera atraviesan los diversos estudios de casos, los cinco capítulos que componen este libro también apuntan a singularidades interesantes que desafían a los intérpretes.

Así, en el capítulo sobre Argentina, titulado “Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina”, Natacha Borgeaud-Garciandía resalta cómo en el país se combinan de modo particular la participación estatal, mercantil y comunitaria para el cuidado de personas dependientes, en un contexto de profundas y múltiples desigualdades que operan entrelazadas. La dimensión racial, en el caso de Argentina, se entrevé en el trabajo de las mujeres migrantes, presentes en un número significativo en regiones como el Gran Buenos Aires y, en general, en las grandes concentraciones urbanas. Este capítulo analiza el cuidado también desde el punto de vista de cómo está presente en la legislación laboral (Ley de Contrato de Trabajo, LCT). La fuerza de la organización de los trabajadores en la historia del acceso a derechos en la sociedad argentina, un rasgo fuerte y que singulariza la realidad de ese país, convierte el vínculo entre cuidado y legislación laboral en un eje de abordaje especialmente revelador. En ese sentido, la autora llama la atención sobre el efecto de las relaciones laborales crecientemente desreguladas, responsable de que derechos otorgados en dicha legislación no se aplican al 40% de los trabajadores ocupados que son trabajadores informales, “monotributistas” o “cuentapropistas”.

El capítulo sobre Brasil, de Nadya Araujo Guimarães, Helena Hirata y Anne Posthuma, con la participación de otras seis investigadoras, se titula “El cuidado: sus formas, relaciones y actores. Reflexiones a partir del caso de Brasil”. Las autoras sitúan la especificidad del caso brasileño en la imbricación de las desigualdades de clase, género y raza, para lo cual citan un ejemplo elocuente de la realidad de las trabajadoras domésticas y las cuidadoras, en su mayoría mujeres negras o mulatas. Echando mano de la categoría analítica de “circuitos de cuidados”, el texto busca mostrar cómo se entrelazan las formas del cuidado remunerado (desempeñado como una “profesión”), del cuidado no remunerado (desempeñado como “obligación”) y del cuidado que se presta como mera “ayuda” y que caracteriza las redes de reciprocidad tejidas

entre los más pobres, carentes de los medios para la contratación de servicios, que también se resienten de la fragilidad de las políticas públicas de cuidado en Brasil.

El capítulo sobre Chile, de Irma Arriagada Acuña, titulado “La injusta organización social de los cuidados en Chile”, tiene como tónica la aprehensión de las diversas dimensiones de injusticia social que aparecen cuando se examina el trabajo de cuidado en ese país. Describe el régimen de bienestar vigente en el país a partir de 1990, que continúa a una larga política social instituida con la primera ley de instrucción primaria en 1860 y la primera ley sobre guarderías en fábricas en 1917. Fue solo a partir del Gobierno de Michelle Bachelet que el cuidado se convirtió en parte del sistema de protección social. El capítulo también cuenta con una sección sobre las migraciones femeninas al sector de cuidado en Chile, una de las especificidades de ese país. Dichas migraciones son causadas por la escasez de mano de obra femenina nacional volcada al sector del empleo doméstico y de cuidados.

El capítulo sobre Colombia, de Javier Pineda Duque y Dora Inés Munévar M., titulado “La organización social de los cuidados en Colombia: mercantilización, profesionalización, desvalorización y resistencias”, trata el trabajo de cuidado a partir de las cuatro categorías destacadas en su título. La agenda de análisis de sus autores aporta dos contribuciones específicas frente a los demás capítulos. En primer lugar, una presentación de la realidad y los estudios sobre el cuidado de los discapacitados físicos y mentales. En segundo lugar, el relieve conferido a los conflictos armados en el cuidado, una situación que singulariza a Colombia. Un hallazgo interesante se destaca a este respecto: las mujeres son las víctimas más importantes de los desplazamientos forzados debido a los conflictos armados; orientadas al trabajo doméstico y de cuidados, ellas han sufrido en las últimas décadas el destierro y la violencia resultantes de este tipo de conflictos. El capítulo también destaca la discriminación racial presente en el trabajo doméstico debido a que la intensa migración interna redistribuye a las mujeres negras de Cali en el mercado laboral colombiano. Es interesante notar que se registra una disminución de las trabajadoras domésticas, un hallazgo que converge con la situación observada en Chile.

Finalmente, en el capítulo sobre Uruguay, titulado “Uruguay: avances y desafíos en la investigación y las políticas públicas del cuidado”, Karina Batthyány y Natalia Genta detallan la experiencia del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, el SNIC, único en toda América Latina y que representa un modelo de políticas integradas de cuidados. Las autoras también introducen la figura de “asistentes personales”, una realidad igualmente particular del caso uruguayo. Una contribución importante de este capítulo es que, a partir del caso analizado, imagina una tipología de estrategias de organización del cuidado: (i) la estrategia familista, sin participación del Estado o del mercado, (ii) la estrategia con baja participación del Estado; (iii) la que tiene una alta participación del Estado; (iv) la estrategia con baja mercantilización; (v) la variante con alta mercantilización; (vi) y la estrategia híbrida, donde se combinan Estado y mercado.

Evidentemente, la amplia gama de temas y hallazgos aquí reunidos está lejos de agotar nuestras necesidades de conocimiento. Por el contrario, el libro ayuda a iluminar áreas de oscuridad, lo cual nos desafía a plantearnos reflexiones posteriores sobre el cuidado en América Latina. Al menos tres son las áreas que aquí se destacan: en primer lugar, el peso de las diferencias históricas, en especial, un pasado colonial esclavista o una sujeción étnico-racial, sobresaliente en nuestros países; en segundo lugar, las modalidades de formación profesional para el trabajo de cuidado; en tercer lugar, las regulaciones, la organización y las movilizaciones de trabajadoras del cuidado en América Latina.

Por cierto, cuanto más reflexionamos sobre el tema más somos desafiados a hacer comparaciones, a lo largo del tiempo y entre sociedades. En el primer caso, todavía queda un largo camino por recorrer en el esfuerzo por teorizar cómo fue constituyéndose el campo de los estudios del cuidado en América Latina, en el momento en que la actividad del cuidado se transfería del espacio privado (e invisible) al mundo mercantil (y público). En los textos de esta recopilación se ensayan algunos esfuerzos en el sentido de señalar la importancia de producir una historia intelectual del campo entre nosotros. Así, en su capítulo, Natacha Borgeaud-Garciandía se arriesga a unas primeras reflexiones sobre cómo y cuándo el tema emerge en el debate latinoamericano,

pari passu con agendas del propio movimiento de mujeres; Karina Battyány y Natalia Genta también sugieren ideas en esta dirección. Estos, sin duda, un terreno nuevo y fructífero.

Con respecto a comparaciones en el espacio, geográfico y social, hallazgos interesantes nos desafían, puestos a disposición por los cinco estudios de caso. Destacaríamos aquellos que se refieren al tema del “familismo”, “familiarismo” o “maternalismo”. Debido a la centralidad que estos debates han adquirido en los países del Norte, especialmente a raíz de la discusión sobre los regímenes de bienestar, estamos seguros de que los avances que aquí presentamos podrán fructificar en nuevas reflexiones de naturaleza no solo descriptiva y taxonómica, sino también comparativas y analíticas.

Estas son semillas que, con la presente recopilación, nuestra “Red Latinoamericana de Estudios del Cuidado” deja plantadas con miras a futuras cosechas interpretativas. El valor de tales semillas y del debate sobre el tema del cuidado se han vuelto aún más evidentes en este momento en que el libro viene a la luz.

La pandemia del coronavirus ha convertido el cuidado en un problema inevitable para todos los Estados y gobiernos, pero también para las comunidades y los individuos. Y si la vulnerabilidad se hizo súbitamente evidente, su precio es particularmente alto en las sociedades latinoamericanas que se han convertido, desde mayo de 2020, en el epicentro mundial de la pandemia.

Aquí, la crisis sanitaria, en su escalada, ha puesto al desnudo los efectos perversos de la aguda desigualdad social y económica que estructura nuestras sociedades. La contracara política de esta desigualdad se refleja en la conducta de gobiernos, como los latinoamericanos, que históricamente guardaron silencio ante el tema del cuidado como una cuestión de Estado, como base del bienestar social.

Ante eso:

- el cuidado familiar, realizado en su gran mayoría por las mujeres y que se suma a sus actividades remuneradas, se ha incrementado notablemente a raíz del cierre de instituciones escolares y

la imposibilidad de acceder a ayudas familiares, generando una sobrecarga excesiva para las mujeres dentro de los hogares, particularmente en los hogares monoparentales;

- el servicio domiciliario (no familiar) de cuidado es en gran medida provisto por trabajadoras privadas de derechos, en empleos informales, que se encuentran expuestas no solo al virus, sino a formas de autoridad aún más asimétricas y arbitrarias que potencian los riesgos a la vez que generan retrocesos en las condiciones mínimas de trabajo y contratación que, en algunas sociedades, se había logrado regular;
- las trabajadoras profesionales de las instituciones de cuidado se vieron obligadas a desempeñar sus tareas muchas veces sin contar con las condiciones mínimas de seguridad y protección. A pesar de su desempeño, no siempre fueron aplaudidas en las ventanas; sino que con frecuencia tuvieron que sufrir maltratos, ser estigmatizadas como abyectas y portadoras de contagio en los espacios abarrotados de los transportes públicos e, incluso, en sus lugares de vida;
- los estigmas y las desigualdades de clase, raza, etnia, nacionalidad ubican y mantienen a las trabajadoras de cuidado en condiciones de sometimiento y riesgo inaceptables.

En suma, las semillas sembradas por cada uno de los balances publicados en esta recopilación, que dan cuenta de realidades anteriores a la pandemia, arrojan luz sobre cuán devastadora puede ser la conjunción entre la crisis sanitaria actual y la notable desigualdad social previa, tan bien documentada en los capítulos que los lectores tienen en sus manos. ¡Les deseamos una excelente lectura!

Bibliografia

Abramo, L.; Robles, C. (2020) "Integrated systems of social protection, care, and the matrix of social inequality in Latin America". En: Araujo Guimarães, N.; Hirata, H. (eds.), *Care and Care Workers. A Latin American Perspective*. Cham, Switzerland: Springer.

Fraser, N, (2016) "Capitalism's Crisis of Care" in *Dissent Magazine*, Fall 2016 (Interview to Sarah Leonard). Recuperado de <https://www.dissentmagazine.org/issue/fall-2016>

Araujo Guimarães, N. (2019) "Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro". 2019 Congress of the Latin American Studies Association – LASA, Boston, USA, May 24 – May 27, 2019. Recuperado de <https://members.lasaweb.org/prot/congress-papers/Past/lasa2019/files/1464390.pdf>

ILO (International Labour Organization) (2018). *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*, Geneva: ILO.

Posthuma, Anne (2020). "The care economy in Latin America: Structure, trends, policies and future directions". En: Araujo Guimarães, N.; Hirata, H. (eds.), *Care and Care Workers. A Latin American Perspective*. Cham, Switzerland: Springer.

Entre desarrollo y fragmentaciones:

estudios y panorama del cuidado
remunerado en Argentina

Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina⁸

Natacha Borgeaud-Garciandía

Presentación general: cuidados, provisión, estudios

El presente capítulo ofrece un pantallazo de los estudios y las perspectivas que se desarrollan sobre las problemáticas del cuidado en Argentina. Tratándose de un tema vasto y en expansión, y considerando los ejes de análisis que reunieron a las autoras y autor del presente libro, nos centramos particularmente en el trabajo de cuidado remunerado brindado a determinadas poblaciones: los niños y niñas de edad preescolar y las personas mayores dependientes.⁹ Partiendo de estas poblaciones se desprende la figura de quienes, en este capítulo en particular,¹⁰ son

⁸ El presente texto se benefició con las lecturas atentas y observaciones críticas de las doctoras Laura Pautassi, Karina Batthyány, María Julieta Oddone, y de las coordinadoras del libro, Nadya Araujo Guimarães y Helena Hirata. Les agradezco muchísimo sus sugerencias, que han permitido mejorarlo notablemente.

⁹ En este texto, se usarán indistintamente y sin estigmas diversos términos para referirnos a los adultos mayores. Si bien los organismos internacionales de derechos humanos preconizan hablar de “persona mayor”, nos situamos en la línea de especialistas en gerontología, como María Julieta Oddone y Leopoldo Salvarezza, que obran contra los prejuicios y desvalorizaciones asociadas a la vejez, y que el lenguaje, mediante el uso de eufemismos, refleja y sostiene, y por rehabilitar palabras –como “viejo”– que han adquirido connotaciones negativas. Como dice este último, «si la niñez produce niños, la adolescencia adolescentes, la adultez adultos, ¿por qué la vejez no puede producir viejos, sino ancianos, gerontes o tercera edad?».

¹⁰ Esto no refleja lo que, en términos generales, se considera como “cuidado” y “cuidador/a” desde una perspectiva mucho más amplia (véase, por ejemplo, Borgeaud-Garciandía, 2018). Se hará a menudo uso del femenino, por la aplastante mayoría de mujeres que concentran las actividades de cuidado remunerados y no remunerados.

abordados en su función de cuidadores no familiares remunerados (empleadas domésticas y de cuidado, docentes de nivel inicial, cuidadoras comunitarias y gerontológicas). Se incluyen, asimismo, informaciones relativas a las legislaciones en materia de asignaciones familiares, como parte de las políticas de cuidado infantil, que permiten vislumbrar las tensiones en torno a la figura del “trabajador” y la división sexual del trabajo productivo y reproductivo que subyacen a las responsabilidades que asume (o no) el Estado. Cabe aclarar que, dadas las desigualdades en la producción de datos y análisis en el conjunto del territorio nacional, no se abordarán todos los contextos provinciales, sino algunos casos en función de la información disponible, la cual se encuentra netamente más desarrollada en el caso del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

La dificultad para obtener datos y ofrecer un panorama más abarcativo de la realidad nacional, e inclusive local, se refuerza con la inestabilidad que acecha a políticas y programas sociales en función de las orientaciones de los gobiernos de turno, lo cual compromete su consolidación en el tiempo. Vale aclarar que, casualmente, la última revisión del presente texto coincide con la reciente asunción de un nuevo gobierno, que ha manifestado interés en la materia y en el deseo de pensar el cuidado como política de Estado. En un lapso de dos meses, se creó un Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad y direcciones ministeriales abocadas al tema del cuidado. El ministerio prevé la construcción de un Mapa Federal de Cuidados que, con el apoyo de la CEPAL, permitiría obtener datos fidedignos de la situación territorial. Dispuso la organización de una Mesa Interministerial de Cuidados, que reúne diversos ministerios y organismos en pos de “generar políticas públicas que reconozcan al cuidado como una necesidad, un trabajo y un derecho” (el mismo que, en boca de la nueva ministra, actúa como un factor de profundización social de las desigualdades). Asimismo, el MMGD convocó a especialistas en la temática de cuidados, académicas y militantes para dialogar con funcionarias del área. Aun sin desconocer las dificultades reales, algunas de las cuales se reflejan a continuación, tal giro, por el momento intencional, genera optimismo y cierta prudencia. Obviamente nos situamos aquí en un momento abierto hacia cambios, transformando el punto final del presente aporte en puntos suspensivos.

A modo de presentación general, se adelantan algunos factores que, por un lado, inciden y marcan la estructuración de la organización social del cuidado (OSC) –o sea, cómo la sociedad argentina resuelve su reproducción social a través de la participación de las familias, el Estado, las organizaciones civiles y el mercado– y, por otro, que atañen al desarrollo de los estudios especializados. A partir de este marco general, que se desarrolla a continuación, el capítulo ahondará en la situación general y en los estudios sobre cuidado infantil y, luego, sobre el cuidado de adultos mayores.

Los actores de la organización social del cuidado

Profundizar en el trabajo de cuidado remunerado requiere tener presente su intensa vinculación y dependencia en relación con el trabajo familiar no remunerado. Argentina presenta un régimen de cuidados de corte familista, de tal modo que son las familias, y dentro de las familias son las mujeres, las que siguen sosteniendo en mayor medida la responsabilidad de los cuidados con su trabajo no remunerado, fuertemente invisibilizado y naturalizado. Esta situación ha sido en parte visibilizada gracias a herramientas estadísticas como las encuestas de uso de tiempo, las cuales han permitido poner en evidencia la desigual distribución de las responsabilidades domésticas y de cuidado entre mujeres y varones en las familias, desigualdad que se profundiza con la presencia de niños pequeños y se mantiene aun cuando ambos adultos (cuando los hay) están insertos en el mercado laboral (Esquivel, 2012). En definitiva, la división sexual de las tareas y responsabilidades sigue todavía un patrón de corte tradicional, con mujeres que asumen los cuidados familiares y varones que presentan jornadas muy largas de trabajo remunerado (ibíd.).

Partiendo de esta base compartida, aparecen diferencias significativas en las formas de resolver las tensiones que generan estas múltiples exigencias en función del nivel socioeconómico de las familias, lo cual redundará a su vez en las posibilidades que tienen las mujeres de insertarse en el mercado laboral. Además de la persistencia de patrones culturales que hacen de la familia y de la madre el mejor espacio de cuidado de los niños más pequeños (Faur, 2014; CESBA, 2017), dos elementos son

centrales a la hora de analizar las desigualdades en el acceso a servicios extrafamiliares de cuidados: la situación socioeconómica y la localización territorial.

En efecto, las provincias argentinas –así como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)– cuentan con gobierno, constitución, poderes e instituciones propios, lo cual conforma un mapa jurisdiccional heterogéneo (en el ámbito nacional, pero también dentro de cada provincia). A esto, se han sumado los efectos que han tenido procesos de descentralización fiscal en los sectores educativo y sanitario (Cetrángolo y Gatto, 2002). Estas disparidades territoriales e institucionales (nacionales, provinciales, municipales) impactan fuertemente y de manera diferencial en el acceso de la población a los diferentes servicios sociales y políticas sociales, traduciéndose en fenómenos de fragmentación y solapamiento de las intervenciones públicas, y en fuertes desigualdades en función del espacio de residencia y de la situación socioeconómica de los habitantes.

Además del cuidado no remunerado familiar, Argentina cuenta con la participación estatal, mercantil y comunitaria en cuidados para personas dependientes, los cuales se desarrollan en instituciones, espacios colectivos u hogares privados. El Estado participa de la OSC mediante normativas y dispositivos bajo la forma de ingresos y servicios, y de manera indirecta (financiamiento, cogestión y/o regulación). La presencia estatal en relación con los cuidados implica diversos ámbitos (salud, laboral, educativo, asistencia social), en sus diversos niveles de intervención. Si bien es posible establecer una lista más extensa,¹¹ en el presente capítulo se abordan centralmente la legislación laboral vinculada al cuidado familiar, la oferta de servicios institucionales infantiles, las normas y servicios abocados al cuidado de los adultos mayores y la regulación del trabajo de docentes y cuidadoras. Los diversos niveles de intervención del Estado, la producción (a veces relativa) de datos, la responsabilidad central de este actor, son algunos de los factores que explican que una parte importante de la producción académica sobre cuidados se aboque a analizar sus acciones y omisiones.

¹¹ Véase, por ejemplo, Rodríguez Enríquez y Sanchís (2010).

En un contexto de necesidades de cuidados e insuficiente presencia del Estado, el mercado toma la posta. Su presencia es particularmente ineludible allí, justamente, donde el Estado está más ausente, como en el cuidado institucional de los niños más pequeños, de los adultos mayores y en el cuidado domiciliario remunerado. En cuanto a las organizaciones comunitarias, muchas nacieron de las necesidades de la población en contextos de crisis y han desarrollado una labor importante en relación con el cuidado infantil (alimentación, atención, contención), gracias al trabajo de las mujeres vecinas. Representan un resguardo y un indicador en tiempos de crisis, como lo muestra el auge de la cantidad de niños, niñas y familias que recurren a comedores comunitarios en años recientes.¹²

Los estudios del cuidado: algunos aspectos de su desarrollo

Si las intervenciones del Estado en materia de protección social o asistencial, educativa y de salud cuentan con una larga trayectoria histórica y académica, los estudios e investigaciones científicas que se inscriben en la perspectiva del cuidado surgen de manera notoria a fines de la primera década del milenio, fruto de la confluencia de factores de diversas índoles. A título hipotético y sin entrar en detalles, podemos mencionar algunos de ellos.

En primer lugar, los cambios demográficos y sociales, junto con las transformaciones que afectaron a las familias, visibilizan las tensiones entre trabajo productivo y reproductivo que se generan ante la persistencia de la división sexual del trabajo, el agotamiento de la organización tradicional del cuidado en los hogares y la insuficiente respuesta política. Las familias inventan arreglos, mientras la persistencia de un modelo familista permite reducir el costo del cuidado y la responsabilidad del Estado.

Otros factores se relacionan con el desarrollo notable, desde el retorno de la democracia, de las investigaciones enfocadas en temáticas de género y sexualidades, articulado con el impulso de los movimientos feministas, los cuales han logrado inscribir algunas problemáticas

¹² Véase Tuñón (2019).

de género en las agendas públicas, universitarias y de investigación. A escala internacional, se destaca la consolidación de la perspectiva del cuidado en países de mayor tradición y peso en estos estudios, en particular en Estados Unidos y luego en países europeos, así como su diversificación disciplinaria y temática.

Finalmente, los cuidados han realizado un recorrido importante como cuestión social que se impone en la agenda pública regional, desde un enfoque de derechos¹³ como metodología y guía transversal de aplicación para los Estados. Las Conferencias Regionales de la Mujer de América Latina y el Caribe de la CEPAL han representado instancias decisivas en el desarrollo de la reflexión, la promoción y la inclusión del cuidado en las agendas regionales y nacionales, desde su surgimiento en el Consenso de Quito en 2007 hasta la centralidad alcanzada en las agendas más recientes (como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible o la Estrategia de Montevideo 2016), que hacen del cuidado una prioridad para los Estados. En 2015, la Asamblea General de la OEA aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que incorpora explícitamente, y por primera vez en un instrumento de derechos humanos, el derecho al cuidado, haciendo hincapié en la responsabilidad de los Estados en su cumplimiento (Pautassi, 2018).¹⁴ Se construyó, así, un marco general en el cual el cuidado comienza a visualizarse como un asunto público y una herramienta política transformadora de las realidades nacionales.

En este sentido, varios de los aportes precursores de los estudios del cuidado en Argentina llevan el sello de organismos internacionales de las Naciones Unidas y se centran –desde disciplinas, abordajes y objetos específicos diversos– en la distribución social y familiar del cuidado, en sus efectos en términos de desigualdades socioeconómicas y de género, y en la responsabilidad del Estado en la materia y en su resolución.

¹³ Este enfoque ha sido inicialmente propuesto por Pautassi (2007), sobre la base de que toda persona tiene derecho “a cuidar, a ser cuidada y a cuidarse”, independientemente de la posición social que ocupe.

¹⁴ Sobre la gestación y el desarrollo del cuidado como derecho humano en la agenda regional, véase Pautassi (2018).

En contextos en los cuales la OSC no solo es desigual, sino que además alimenta y reproduce las desigualdades socioeconómicas y de género (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015a), la producción científica (sea en el marco académico o de organizaciones internacionales, nacionales o sociales) busca producir diagnósticos y análisis que alimenten la reflexión sobre estas, sostenidas o atravesadas por el cuidado.

Los estudios del cuidado, centrados en la perspectiva de género, se han enriquecido con los aportes de la perspectiva interseccional, que toma en cuenta la consustancialidad de las relaciones de género con las de clase y raza en torno al trabajo (Kergoat, 2009). Dicho de otra manera, la producción de cuidados no solo se encuentra atravesada por desigualdades que se estructuran sobre la base de diferenciaciones de género. Por un lado, estas desigualdades se entrelazan con el estatus socioeconómico, el cual se manifiesta tanto en las posibilidades diferenciadas de acceder a determinados servicios, como en las relaciones que se establecen entre mujeres-empleadoras que pueden comprar servicios y mujeres-empleadas que los ofrecen. Por otro lado, estas últimas provienen a menudo de migraciones regionales o internas, y se ven condicionadas por procesos de “racización” debido a su origen nacional, a su aspecto físico o su forma de hablar. Si bien en Argentina no siempre resulta fácil diferenciar, en el propio proceso de racización social, la estigmatización étnico-racial de la discriminación socioeconómica, en las actividades que nos conciernen se destaca la sobrerrepresentación de mujeres migrantes. No se trata de todas las migrantes, sino principalmente de mujeres paraguayas y peruanas,¹⁵ ni se trata de todas las actividades de cuidado, sino particularmente aquellas menos socialmente valoradas. En 2013, el servicio doméstico contaba con 23% de migrantes internas y 11% de migrantes extranjeras (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015b), pero estas tasas son muy variables en el territorio nacional (Rosas et al., 2015) y se concentran en los grandes

¹⁵ A lo largo de este último cuarto de siglo, bolivianos, paraguayos y peruanos se impusieron como las tres corrientes migratorias principales. Las dos últimas presentan, además, procesos de feminización muy destacables (Courtis y Pacecca, 2010). Actualmente, se observa un auge de la inmigración venezolana, debida a la crisis económica, política e institucional que padece ese país, así como el dinamismo de la migración colombiana. El 2018, los venezolanos encabezaron las radicaciones en el país.

centros urbanos.¹⁶ La sobrerrepresentación de mujeres migrantes en el sector incide en la dinámica de la estructuración del empleo, que se constituye en “nicho” privilegiado de inserción laboral para estas trabajadoras, así como en las relaciones laborales y de cuidado propiamente dichas,¹⁷ sobre todo en el empleo doméstico y de cuidado no terapéutico de personas dependientes.

Marco general y estudios del cuidado infantil remunerado en Argentina

En continuidad con los debates en torno a los regímenes de bienestar (Esping Andersen, 1990), la OSC ha representado una entrada privilegiada de los estudios del cuidado, que desvela los diversos niveles de desigualdad que la sostienen: entre las instituciones sociales responsables del cuidado, entre las familias y, en el seno de las familias, entre varones y mujeres. Se articula con las propuestas feministas en torno a la necesidad de promover políticas públicas que, combinando desmercantilización y desfamiliarización del cuidado, mediante una mayor coordinación institucional y redistribución social del cuidado entre los diferentes actores, redundarían en una mayor equidad social.

Desde un enfoque de género, los análisis parten del reconocimiento de la necesidad de las mujeres de desarrollar estrategias para resolver la tensión entre las exigencias domésticas, de cuidado y laborales, en

¹⁶ En el Gran Buenos Aires, el 54,7% de las empleadas domésticas nacieron en otras provincias u otro país (19,4%) (Groisman y Sconfienza, 2013), mientras que, en la capital, el 79,3% de las mujeres porteñas ocupadas en el servicio doméstico no son nativas de la CABA (DGEyC, 2016). A su vez, a principios del milenio, el 69% de las peruanas y el 58% de las paraguayas trabajaban como empleadas domésticas (Cerruti, 2009).

¹⁷ A pesar de contar con algunos antecedentes sobre migración e inserción laboral en el empleo doméstico, en años recientes comenzaron a desarrollarse estudios que movilizan la perspectiva del cuidado en articulación con las migraciones femeninas: por ejemplo, sobre las cadenas de cuidado (Rodríguez Enríquez y Sanchís, 2010); el trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores dependientes (Borgeaud-Garciandía, 2013, 2017); la formación e inserción en el área de salud (Mallimaci, 2018), y el cuidado comunitario (Magliano, Perissinotti y Zenklusen, 2014; Rosas, 2018). Sobre las vinculaciones entre trayectorias de mujeres migrantes y organización social de los cuidados en diferentes ámbitos (Magliano, Mallimaci, Rosas, Borgeaud-Garciandía, 2018).

relación con la insuficiente oferta de cuidados y en contextos en los cuales las pautas culturales patriarcales pesan con más o menos fuerza. Esta necesidad se encuentra íntimamente vinculada con el peso que adquiere el cuidado no remunerado con base en la división sexual del trabajo productivo y el trabajo doméstico familiar que recae en las mujeres. La economía feminista hizo énfasis en el impacto del cuidado no remunerado y su distribución en las desigualdades económicas, fuertemente generizadas. Este impacto alcanza a las mujeres de todas las edades y situación socioeconómica, pero se agudiza notablemente en los sectores sociales que disponen de menos recursos en términos de formación y acceso al empleo remunerado y de posibilidad de delegar la carga del cuidado, la cual suele ser estadísticamente más importante. Si sumamos a ello que esta delegación recae justamente sobre estas mujeres de sectores populares y, como mencionamos, sobre mujeres migrantes, vemos cómo la OSC genera desigualdades atravesadas por líneas de género, clase social y “racización”.

En relación con el cuidado doméstico y familiar no remunerado, las mujeres dedican dos veces más tiempo que los varones. En promedio, tomando las personas que lo hacen (90% de mujeres contra 60% de varones), las mujeres le dedican 6,4 horas y los varones, 3,4 horas.¹⁸ Pero estas tasas varían en función de otras variables, como la zona de residencia (por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires, las mujeres dedican en promedio 2 horas más al cuidado no remunerado que las porteñas; en la misma CABA, las mujeres del sur le dedican casi 1.30 horas más que las del norte de la ciudad) o, en particular, el nivel socioeconómico. Las mujeres pertenecientes al 20% más rico dedican 3 horas al trabajo doméstico y de cuidado, contra 8 horas del 20% de las mujeres más pobres. A su vez, la tasa de asistencia a instituciones escolares de nivel inicial aumenta con los niveles de ingresos. La brecha se ensancha a medida que decrece la edad de los niños. Por ejemplo, para niños y niñas de 0 a 2 años, si bien la tasa de participación escolar es baja en todos los niveles, pasa de 0,4% para los hogares de

¹⁸ Las cifras de este apartado provienen de Rodríguez Enríquez (2015) con base en los datos del Módulo de Trabajo no Remunerado aplicado por la Encuesta Anual de Hogares Urbanos del Instituto Nacional de Estadística y Censos en el tercer trimestre de 2013.

menores ingresos a 7,4% en el caso de los hogares más ricos. Son estos hogares los que, además de servicios educativos, sean públicos o, en mayor medida, privados, tienen la posibilidad de recurrir al mercado para dar respuesta a las necesidades de cuidado doméstico y familiar. Si sumamos a estos datos básicos las insuficiencias y desigualdades que caracterizan a la oferta educativa en el territorio, y las diferencias abismales en el acceso a empleos estables y remuneraciones que permitan afrontar los gastos domésticos sin caer en formas de supervivencia, visualizamos hasta qué punto el cuidado no remunerado repercute con particular intensidad en los tiempos y oportunidades de las mujeres de los sectores populares.

Estas situaciones conforman la base a partir de la cual conviene analizar las dinámicas de acceso a los servicios de cuidado y sus diferencias, en las cuales el Estado, en sus distintas escalas, actúa a través de intervenciones y omisiones en materia laboral, social y asistencial.

A continuación, antes de adentrarnos en los servicios de cuidado infantil y las condiciones de empleo de las cuidadoras, se presentan brevemente las normativas laborales en relación con el cuidado familiar en tanto que nos informan, a través de los derechos existentes y ausentes y las pujas a las que dan lugar, sobre las representaciones que se construyen desde el Estado en torno al trabajo, al trabajador y a la familia, lo cual se relaciona íntimamente con las respuestas a las necesidades de cuidado.

El cuidado en el marco de la legislación laboral

El acceso a la protección social, tales como las licencias o las asignaciones familiares, se encuentra íntimamente asociado a la inserción en el mercado laboral formal, lo cual repercute en la primera infancia de niños y niñas. La Ley de Contrato de Trabajo (LCT), sancionada en 1974, regula las relaciones laborales de trabajadores y trabajadoras formales, garantizando la protección a la maternidad. Establece la licencia por maternidad (90 días, menos de lo establecido por la OIT), por paternidad (2 días), el período de excedencia y de lactancia, la protección de la trabajadora embarazada, las licencias maternas por hijos con síndrome de Down. No se contemplan allí licencias por atención de hijos

menores, adaptación escolar o adopción. La LCT impone, asimismo, la habilitación de guarderías y salas maternas en empresas de más de 50 trabajadoras, una norma que, a pesar de exigencias judiciales inclusive recientes, sigue sin ser reglamentada.

La LCT, de alcance nacional, representa la base de protección de los derechos de trabajadores en relación de dependencia, la cual puede ser ampliada por convenios colectivos de trabajo de diferentes sectores, mientras que la regulación del empleo público es potestad de cada una de las jurisdicciones. Esto genera una gran heterogeneidad en las situaciones en torno a los tipos de licencia reconocidos y su duración según se trabaje en el sector privado o público (y en qué espacio dentro del sector público) y según la provincia. A modo de ilustración, en 2018, las licencias por maternidad de las empleadas públicas provinciales varían de 90 días para las empleadas estatales provinciales en San Luis y Buenos Aires a 210 en La Rioja. De 90 días en Jujuy suben a 180 días para las empleadas municipales de la misma provincia. Las licencias por paternidad varían desde 2 o 3 días en provincias como Misiones, Buenos Aires, Chubut, Jujuy o Catamarca hasta más de 20 días en Salta, San Luis, La Rioja y CABA.¹⁹ Tierra del Fuego y CABA permiten transferir parte de la licencia entre progenitores.

Asimismo, la LCT genera brechas entre trabajadores incluidos y excluidos de esos derechos, así como entre varones y mujeres. Por un lado, deja por fuera de su protección a los trabajadores informales, monotributistas y cuentapropistas, que representan más de 40% de las personas ocupadas. Por otro, la regulación de las licencias se apoya implícitamente en una visión tradicional de la familia, que supone la presencia y cohabitación entre una trabajadora-madre biológica, que cubre las necesidades de cuidado de sus hijos, y un trabajador proveedor principal (Pautassi, Faur y Gherardi, 2004). No considera la corresponsabilidad de mujeres y hombres ante las obligaciones familiares y laborales, generando fuertes desigualdades entre ellos.

¹⁹ Véase www.cippec.org/grafico/licencias-por-maternidad-por-provincia-2018/ y www.cippec.org/grafico/licencias-por-paternidad-por-provincia-2018/.

En consonancia con iniciativas parlamentarias en pos de reformar las regulaciones laborales de conciliación, en marzo de 2018 se presentó en el Congreso Nacional un proyecto de ley de “Equidad de Género” que propone modificaciones de la LCT y del régimen de licencias. Entre otras propuestas, extiende la licencia por paternidad a 15 días (aunque menor, la diferencia sigue siendo notable con las licencias maternas) y contempla la posibilidad de acordar reducciones de la jornada laboral para trabajadoras y trabajadores con menores de 4 años a cargo.²⁰ El proyecto, sin embargo, fue presentado por diversos sectores sociales (sindicatos, organizaciones sociales feministas y profesionales) como una reforma laboral encubierta que apunta a una mayor precarización del empleo y la injerencia estatal en el ámbito sindical. Volviendo a las licencias, la Legislatura porteña sancionó en octubre de 2018 la Ley 6.025, que modifica el régimen de licencias para empleados públicos de la capital, el cual, entre otras medidas, extiende las licencias para “personas no gestantes” (sin mención de su sexo biológico), permite la transferencia de parte de las licencias posparto, amplía las licencias en caso de adopción e incorpora licencias por enfermedad familiar, adaptación a la escuela, actos escolares y por violencia de género.

Las asignaciones familiares, en parte destinadas al cuidado, representan otra prestación vinculada con el estatus laboral de las personas. Si bien han existido con anterioridad beneficios aislados o particulares, como el subsidio por maternidad (1934) o las asignaciones por hijos en algunos sectores como el bancario, recién en 1957 se implementó un sistema más integral con la conformación de cajas de asignaciones familiares. La reforma de la Ley 24.714 de 1996 sentó las bases del sistema actual. Nuevamente aquí, las asignaciones –que consisten en una suma fija mensual o que se otorga por única vez ante determinadas circunstancias de la vida (matrimonio, nacimiento, maternidad, adopción, prenatal, etc.)– conciernen a los trabajadores formales, y dejan sin protección a aquellos y aquellas que se encuentran fuera de

²⁰ El texto de la ley y las propuestas de mejora pueden verse en <https://www.cippec.org/textual/el-proyecto-de-ley-de-equidadde-genero-necesita-algunos-cambios-para-ganar-efectividad/>.

este estatus laboral. Para paliar esta desigualdad, en 2009 se creó la Asignación Universal por Hijo (AUH) y en 2011, la Asignación por Embarazo para la Protección Social, que cubren a trabajadores no registrados, desocupados, monotributistas sociales²¹ y empleadas domésticas con ingresos inferiores al salario mínimo, vital y móvil. Se observa una novedad destacable al reconocer al “trabajador informal” como nuevo sujeto de derecho (Hintze y Costa, 2011), aunque al mismo tiempo se recrea un sistema dual de asignaciones familiares entre familias cuyos adultos trabajan formalmente y aquellas calificadas de “vulnerables”.²² Además, como los Programas de Transferencia Condicionada (PTC), estos deben cumplir ciertas condicionalidades (relativas a la asistencia de los niños y las niñas a centros educativos y de salud), de las cuales los trabajadores formales se encuentran exentos. Finalmente, se refuerzan los estereotipos de género, al otorgar la titularidad a las mujeres-madres, quienes cobran la asignación y deben velar por el cumplimiento de dichas condicionalidades.

Los servicios institucionales de cuidado de primera infancia

El acceso al empleo, su estatus legal, los derechos o condicionalidades asociados, así como las normas culturales que vehiculizan, influyen en las necesidades de cuidado (reales, solapadas o reconocidas como tales) y en las posibilidades de acceso diferenciadas a los servicios de cuidado infantil. También intervienen, en articulación con otros factores, en la construcción de estos últimos como opción laboral.

Los servicios educativos públicos y privados, comunitarios y de personal domiciliarios, que constituyen los puntos a ser abordados en relación con el cuidado infantil extrafamiliar, remiten a diferentes herramientas a las que tienen acceso (o no) las familias, que buscan (o no)

²¹ En Argentina, el monotributo es un régimen tributario que simplifica el pago de impuestos para los pequeños contribuyentes. El monotributo social es una categoría especial, subsidiada por el Ministerio de Desarrollo Social, orientada a las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social.

²² Si bien, con el paso del tiempo, la AUH se extendió a sectores que estaban excluidos, todavía quedan sin cobertura por normativa las familias que tienen más de 5 hijos y los hijos de inmigrantes con menos de 3 años de residencia en el país. En total, el régimen de transferencia actual cubre el 90% de niños y niñas, y deja 1,5 millón sin cobertura.

guardar, para hacer frente a sus responsabilidades laborales, familiares y domésticas. El acceso a estas diferentes herramientas se vincula con la oferta de servicios, el nivel socioeconómico de los hogares y su ubicación territorial, mientras que, a su vez, la ausencia de servicios tiende a impactar en las representaciones de las familias acerca de los cuidados familiares y no familiares, reforzando la ideología maternalista (Faur, 2012). En este sentido, el cuidado infantil familiar, sobre todo maternal, forma parte de arreglos familiares vigentes y valorados (Faur, 2012; CESBA, 2017) y las familias tienden a combinar diferentes fuentes de cuidados.

Sobre la base de la literatura sobre los servicios institucionales de cuidado a la primera infancia, este apartado aborda su incidencia a escala federal, y más específicamente de la CABA, que conoce mayores niveles de institucionalización y ha representado un objeto privilegiado de análisis. Cabe recordar que, en Argentina, el Estado nacional establece los lineamientos generales sobre la educación –por medio de la Ley Nacional de Educación (LEN) (Ley 26.206, de 2006–²³, mientras que la gestión y administración de los recursos y la implementación de los servicios son responsabilidad de las jurisdicciones provinciales. Las regulaciones vigentes en materia de educación inicial son heterogéneas en el territorio nacional, se encuentran diversamente relacionadas con la LEN, están desactualizadas en algunas provincias y su acceso es difícil (Cardini y Guevara, 2019). En 2014, ampliando el alcance de la LEN, la Ley 27.064 estableció la obligatoriedad educativa a los 4 años, así como la obligación del Estado y las provincias de universalizar los servicios para niños y niñas de 3 años. El nivel inicial es definido como una unidad pedagógica, y constituye el primer tramo del sistema educativo, se divide institucionalmente entre jardines maternos (45 días-2 años), escuelas infantiles (45 días-5 años) y jardines de infantes (5 años).

El sistema educativo, por su importancia tanto para el desarrollo infantil como para la conciliación laboral-familiar de los padres, ocupa un

²³ La LEN deroga la Ley Federal de Educación, votada en 1993. La nueva ley busca recuperar la unidad del sistema, define la educación como un derecho social, reafirma la responsabilidad “indelegable” del Estado en la materia, y consolida el nivel inicial. Se articula con las provincias mediante el Consejo Nacional de Educación.

papel fundamental en el marco de la OSC. En Argentina, presenta diferentes formatos institucionales, destacándose las instituciones de educación inicial, de gestión estatal y privada, dependientes de los ministerios de educación provinciales, y diversas organizaciones educativas por fuera de la tutela del sistema educativo formal, como los Centros de Desarrollo Infantil para niños y niñas de 45 días a 4 años en situación de vulnerabilidad, que se desempeñan bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, y otros espacios socioeducativos y de cuidado, muchos de los cuales surgen de experiencias sociales comunitarias que pueden articularse o no con los poderes públicos municipales o provinciales. Nuevamente aquí, los diversos estudios subrayan la ausencia de relevamientos y datos regulares y confiables en el territorio nacional que permitan establecer un panorama fidedigno de la oferta educativa, en particular de los espacios de cuidado y educación de la primera infancia que no dependen del sistema educativo formal.

En términos generales, se evidencian grandes variaciones en la asistencia en función de la edad y la jurisdicción. Es elevada para la edad obligatoria y decrece a medida que los niños son más pequeños. Por ejemplo, para los niños de 4 años, la cobertura promedio roza el 70%, pero existe una brecha entre la cobertura de la CABA (91%) o la de la provincia de Buenos Aires (80%) y las de otras provincias del Norte argentino, como Chaco (43,5%) o Jujuy (62%). Si 40% de los niños de 3 años asisten a instituciones educativas (76% en la CABA), la asistencia concierne a tan solo 4% de los niños de 0 a 2 años (14% en la CABA) (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015b). Según el Centro de Estudios de la Educación Argentina, desde principios de los años 2000, la matrícula ha crecido en todo el país cerca de un 40%, con importantes diferencias entre provincias, y según el tipo de gestión (67,2% para la matrícula privada contra 30,2% para la estatal).²⁴

En relación con la duración de las jornadas escolares, central en la organización de las familias, a pesar de que se observe una tendencia en aumento de los niños y niñas que asisten a jornadas completas en

²⁴ Véase http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/8723/cea_noviembre_2018.pdf.

el nivel primario (pasó de 6,9% en 2008 al doble en 2015),²⁵ la jornada escolar simple, de 3 o 4 horas, concierne a la casi totalidad de los niños y niñas en nivel inicial, público y privado: solamente 3,3% concurre a jornadas completas.²⁶ Asimismo, tan solo 7,26% de las escuelas de nivel inicial ofrecen jornadas extendidas o completas, y son en su mayoría privadas (12,8% contra 5,4% en el sistema público). Las disparidades son profundas. En la CABA, cerca de la mitad de las instituciones ofrecen jornadas ampliadas (y la mayoría son de gestión pública) contra alrededor del 15% en Chubut, Salta y Jujuy, y apenas un 2% o menos en otras siete provincias del país (0% en Catamarca) (Steinberg y Giacometti, 2019).

La provisión de servicios de educación privada de nivel inicial representa en todo el país el 33% de la oferta, contra el 66% de instituciones de gestión estatal –una relación que se invierte en el nivel maternal, con 56% de instituciones de gestión privada–. Estas cifras reflejan la falta de oferta pública para los más pequeños e introducen desigualdades a la hora de acceder a un servicio, en contextos de carencia de matrículas públicas. Como se ha mencionado, la asistencia a instituciones de educación escolar varía, a su vez, con el nivel socioeconómico. De acuerdo con datos de 2012 (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015a; Cardini, Díaz Langou, Guevara, Achával, 2017), la asistencia de niños de 0 a 4 años provenientes de familias del quintil más rico más que duplica la del quintil más pobre. Aunque para muchas familias la no asistencia de niños pequeños a instituciones educativas es planteada como una elección, los recursos de los que disponen unas y otras difieren y pesan sobre esta elección. Ante la necesidad (o el deseo), algunas podrán acceder al mercado y comprar servicios de cuidado (institucional o particular), otras serán limitadas a la posibilidad de apelar al cuidado familiar o comunitario. Sin embargo, factores como la heterogeneidad de la oferta y la calidad de los servicios públicos, su poca compatibilidad con los horarios laborales, el predominio de jornadas simples, la gran variedad de la oferta privada (confesional o laica, subsidiada o no

²⁵ Según el informe estadístico de 2017 del sistema educativo nacional.

²⁶ Cálculo propio con base en el Anuario Estadístico Educativo DINIECE 2018.

por el Estado –lo cual impacta en el monto de las cuotas–, con becas, etc.) complejizan esta dualidad estructurante.

Estas fragmentaciones se superponen con heterogeneidades territoriales. En la CABA, por ejemplo, a pesar de contar con mayor cobertura y normativas más exigentes, la provisión pública resulta insuficiente para cubrir la demanda y presenta desigualdades entre, *grosso modo*, el norte (más rico), una franja intermedia y el sur (más pobre) (Marzonetto, 2016, 2017; CESBA, 2017). Estas diferencias impactan en la asistencia de niños y niñas a servicios educativos, y también al tipo de servicio “accesible”: las comunas del sur concentran los centros de cuidado de tipo asistencialistas estatales y comunitarios.

En la órbita de los ministerios de Desarrollo Social se implementan diversas acciones de cuidado para familias en situación de vulnerabilidad social, relacionadas con el cuidado nutricional, de prevención de la salud, de estimulación temprana. A diferencia de las instituciones escolares, que se caracterizan por la centralidad de los contenidos educativos y pedagógicos, estos ocupan un lugar menos estructurante en el caso de los servicios de cuidado infantil de tipo asistencialista más abocados a la contención social y el cuidado nutricional. Un mapeo de estos servicios reenvía nuevamente a la fragmentación entre ministerios de tutela, y entre niveles de gobierno. A su vez, como implican acuerdos con organizaciones sociales, las condiciones edilicias y de infraestructura son muy variables. Como veremos a continuación, las instituciones educativas formales cuentan con personal docente calificado y laboralmente protegido, mientras que en las estructuras comunitarias los recursos humanos son mucho más heterogéneos, fuertemente vinculados con la comunidad y el territorio, y trabajan en condiciones menos estables y protegidas. En los hechos, estos centros funcionan como un sustituto de los establecimientos de educación inicial, para sectores en situación de vulnerabilidad social (y tampoco logran cubrir la demanda de vacantes).

Estatuto Docente y condiciones de trabajo en la educación inicial

Para presentar un breve panorama de las condiciones de empleo de las y los docentes de nivel inicial, nos apoyamos en estudios que abordaron

estas problemáticas desde la perspectiva del cuidado. Según el Censo Nacional del Personal de los Establecimientos Educativos del año 2014, hay 953.275 docentes en Argentina, lo cual significa un aumento de cerca del 40% en 20 años. El 74,6% son mujeres (las cuales se encuentran aún más sobrerrepresentadas en los niveles iniciales y en la primaria). El 78% se desempeñan en el sector público, una cifra que desciende a 66% en el nivel inicial por su menor peso respecto al sector privado en este tramo de edad.

El empleo docente se enmarca en una normativa más protectora y ventajosa que la LCT, el Estatuto Docente, que fue sancionado en 1958. El proceso de descentralización educativa se tradujo en variaciones entre los estatutos docentes provinciales, dependientes de los ministerios de Educación de cada provincia. Los docentes del sector privado se rigen por el Estatuto para el Personal de los Establecimientos Privados de Enseñanza, similar al del sector público (aunque menos beneficioso). En las instituciones no adscritas a la enseñanza oficial rige la LCT.

El Estatuto Docente estipula la obligatoriedad de poseer el título docente y someterse a concursos de antecedentes y oposición para ingresar al sector público. Las remuneraciones combinan la remuneración por el cargo más un monto propuesto y horas, y diversas y variables bonificaciones; la carga horaria promedio es inferior a 24 horas semanales frente al aula. El hecho de depender de cada provincia genera desigualdades en relación con la capacidad y prioridad presupuestarias educativas, que repercuten en los salarios docentes (que pueden variar de simple a doble, por ejemplo, entre Santiago del Estero y Tierra del Fuego), en la oferta, la infraestructura y la calidad del servicio.

Los docentes amparados por el Estatuto gozan de licencias y un sistema jubilatorio más ventajoso, la estabilidad del cargo es reconocida como un derecho, y se prevén procesos de capacitación continua que ocupan un lugar central en la normativa. A título de ejemplo, las licencias por maternidad son más extendidas (con diferencias importantes según las provincias, de 165 días en la CABA a 90 días en Jujuy), las vacaciones son más largas, también con diferencias notables según la provincia. El monto de la jubilación representa el 82% del último salario (el techo percibido por los demás asalariados) (Esquivel y Pereyra,

2017). Asimismo, la edad requerida para jubilarse y los años de servicio son menores que los que establece el régimen general.²⁷

El sector se caracteriza históricamente por altas tasas de sindicalización, lo cual influye en su capacidad de presión y en la visibilidad de sus acciones y reivindicaciones (ibíd.). Entre mediados de la primera y la segunda década de 2000, en un contexto de mejora del mercado laboral y de aumento del gasto público, los gremios docentes consiguieron negociar anualmente un piso salarial a escala nacional (Paritaria Nacional Docente), y se implementa el Programa Nacional de Compensación Salarial Docente como mecanismo compensador dirigido a aquellas provincias que no pueden solventar ese gasto. Estos mecanismos contribuyeron a amortiguar los efectos de la descentralización en términos de las desigualdades entre las provincias y a reducir el nivel de conflictividad. Estos últimos años atestiguaron las pujas y tensiones políticas que atravesaron estas medidas, sujetas a las orientaciones de los gobiernos de turno. Así, a principios de 2018, mediante un decreto (52/2018), el Gobierno neoliberal de centroderecha de Mauricio Macri (2015-2019) dio de baja la negociación del salario mínimo nacional y eliminó la participación proporcional de los gremios en la negociación, restándole poder al sindicato mayoritario. La presión contra el sector pareció confirmarse con otros proyectos del gobierno federal o de sus aliados provinciales, generando mayores niveles de conflictividad. Menos de dos años después, el Gobierno peronista de Alberto Fernández dio marcha atrás y reanudó la negociación paritaria.

A pesar de una mayor protección normativa y remuneraciones más elevadas que las de otros trabajadores del cuidado (en proporción a la carga horaria) (Esquivel y Pereyra, 2017), las condiciones de trabajo de las y los docentes distan de ser idóneas. Así, Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015b) observan que, si bien entre 2004 y 2014 el salario docente creció más que el salario mínimo vital y móvil, con una brecha cada vez mayor, se situó por debajo del salario medio nacional, presentando también brechas crecientes con este último. En años recientes, la situación económica de los docentes se degradó vertiginosamente,

²⁷ Para más detalles véase Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015b).

y una gran mayoría de ellos quedó por debajo de la línea de pobreza (el 80% en diciembre de 2018 contra el 10% el año anterior).²⁸

Algunos estudios de corte cualitativo hacen hincapié en las difíciles condiciones en las cuales se desarrolla la labor docente, sobre todo en el nivel inicial no obligatorio y con menor presencia del Estado (Labrunée, Dahul, 2017; Cutulí, 2017). Por ejemplo, esta última autora, en su análisis del trabajo emocional desarrollado por las docentes para sostener la tensión entre la precariedad de sus condiciones de trabajo y la calidad del cuidado (en Mar del Plata), presenta diversas irregularidades detalladas por sindicatos y autoridades educativas. Entre ellas, podemos mencionar problemas de infraestructura, ventilación, instalaciones precarias de servicios públicos, uso inadecuado del espacio, trabajo no registrado o subregistrado, o encubrimiento de relación de dependencia, ratio docentes/niños impropio, retención de aportes, entre otros. Así, ante la falta de medios y la precariedad de las condiciones de desempeño (no necesariamente en barrios relegados o con carencias profundas en oferta estatal), no es excepcional ver a los docentes suplir los déficits saliéndose de su función para pintar las paredes del establecimiento, armar muebles, lavar las sábanas que usan los niños, combatir plagas, etc., a fin de mantener el espacio de trabajo y de cuidado en las mejores condiciones posibles.

El cuidado en las organizaciones sociales y comunitarias (OSyC)

Si bien existe una tradición en materia de participación y acción comunitarias, es entrado el siglo XXI cuando especialistas observan que, en respuesta a las necesidades locales, algunos de estos espacios aparecen o se reconfiguran centralmente en torno a la oferta de servicios de cuidados para los más pequeños (Pautassi y Zibecchi, 2010). A partir de estos primeros estudios, las actividades de las OSyC de cuidados a la infancia han sido objeto de investigaciones de corte cualitativo, sobre la base de estudios de casos, localizados en la CABA y el AMBA (Zibecchi, 2013; Maglioni, 2015; Fournier, 2017).

²⁸ Véase el informe del Centro de Economía Política Argentina en <https://www.centrocepa.com.ar/informes/139-paritaria-docente-2019-analisis-del-poder-adquisitivo-y-contraste-con-la-linea-de-pobreza.html>.

Estas estructuras son diversas, difieren en cuanto a su trayectoria y procedencia (como comedores populares, fábricas recuperadas, estructuras eclesiales de base, casas de vecinas), grado de institucionalización y consolidación, infraestructura y condiciones edilicias, capacidad de articulación con otros actores (estatales, ONG, privados), recursos económicos, capacitación, etc. En todos los casos, aparecen como formas organizativas que ayudan a resolver los múltiples impactos de la crisis, centradas en las necesidades de los más pequeños (Fournier, 2017), pero también aportando respuestas a las necesidades de las familias (por ejemplo, con horarios más extendidos o la supervisión de hermanos mayores). Mantienen lazos estrechos con las políticas públicas para poblaciones vulnerables. Así, Pautassi y Zibecchi (2010; Zibecchi, 2013) muestran la influencia que han tenido los programas de transferencia condicionada (como, por ejemplo, el Plan Jefas y Jefes de Hogar) en las configuraciones de estos espacios, ya sea para el cuidado de hijos de beneficiarias o como espacio de desarrollo de la contraprestación laboral. También la instauración de la AUH impactó en el cotidiano de estos centros. Por un lado, aquellas organizaciones acreditadas por las autoridades públicas permiten garantizar y certificar el cumplimiento de las condicionalidades relativas a la asistencia de los niños al sistema educativo, por otro, el AUH también pudo representar un (escasísimo) ingreso que indirectamente permitió el trabajo (casi) gratuito de las cuidadoras.

Muchas de las mujeres que trabajan en los OSyC de cuidado infantil han tenido empleos de cuidado (empleo doméstico, atención de personas) y/o bien cumplieron con funciones de cuidado en el hogar (Zibecchi, 2013). Vivencian un cambio en sus biografías y en la percepción de sí mismas al transitar de la figura de la mamá cuidadora hacia la de cuidadora comunitaria o educadora social y valoran las capacitaciones recibidas. En este sentido, si bien en algunos casos las cuidadoras del ámbito comunitario se reivindican como “segundas mamás” (Faur, 2010), las prácticas de las OSyC no necesariamente se rigen por concepciones asistencialistas del cuidado (Pautassi y Zibecchi, 2010).

Que se trate de estructuras más frágiles o más consolidadas, y a pesar de no tener acceso a las mismas fuentes económicas (por ejemplo, recursos de la comunidad implicada, programas públicos, fundaciones

privadas), un rasgo en común entre las organizaciones consiste en remuneraciones y protecciones sociales escasas o nulas para las trabajadoras. Por ello, las autoras cuestionan el valor que se otorga a este trabajo sustancial, imprescindible, y completamente funcional al Estado ya que, además de paliar sus carencias, a partir de mínimas inversiones públicas y el trabajo gratuito o escasamente remunerado de las cuidadoras, se genera una suerte de “subsidio de abajo hacia arriba” (Fournier, 2017: 100). En estructuras consolidadas, reconocidas por las autoridades, el financiamiento público se centra en la compra de alimentos, alguna mejora edilicia, o comprende algún mecanismo de apoyo institucional, pero no se contempla la remuneración y protección social de la gran mayoría de las trabajadoras. Así, el mismo Estado que no provee servicios educativos, realiza inversiones mínimas en las organizaciones comunitarias obteniendo, gracias al trabajo (gratuito o escasamente remunerado y protegido) realizado por las cuidadoras, un “rédito adicional”, generándose una suerte de “subsidio de abajo hacia arriba”, comparable al trabajo de cuidado no remunerado que realizan las mujeres en sus hogares (ibíd.).

El empleo doméstico y de cuidado en domicilios particulares

Otra de las modalidades de cuidado que integran las estrategias de cuidado infantil y de conciliación desarrolladas por los sectores medios y altos de la población que la pueden solventar consiste en emplear en el domicilio a una trabajadora, generalmente proveniente de sectores populares y/o de migraciones internas o regionales. Se trata de una opción que, si bien comparte con el empleo docente una desvalorización de su labor de cuidado, se sitúa en el extremo opuesto en términos de condiciones de contratación, carrera, beneficios y protección (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015b; Esquivel y Pereyra, 2017). O cumplen con labores de cuidado infantil a la par de tareas domésticas, o bien, con su trabajo de limpieza, liberan tiempo invertido por la familia para el cuidado de sus hijos.

El sector del empleo doméstico ha sido históricamente relegado, regido durante décadas por un régimen laboral especial, el Estatuto Doméstico sancionado en 1956, inicuo y discriminatorio (Gherardi y Durán, 2013). Durante la primera década de 2000, el gobierno impulsó

diversas acciones para incrementar el nivel de registro (Pereyra, 2012), hasta que, en marzo de 2013, se aprobó la Ley 26.844 de Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, que busca equiparar los derechos de los trabajadores de casas particulares con los que rigen para los demás trabajadores, dependientes de la LCT.

El nuevo régimen cubre a las trabajadoras independientemente de su dedicación horaria, equipara las licencias a las de la LCT e incorpora la licencia por maternidad, regula la dedicación horaria laboral, autoriza el cobro de la Asignación Universal por Hijo. A diferencia del régimen anterior, la nueva ley incluye expresamente la figura del cuidador no terapéutico. Con el impulso del Ministerio de Trabajo, la nueva normativa prevé la conformación de una comisión paritaria, con lo cual en 2015 tuvo lugar la primera negociación colectiva del sector. La ley de 2013 significó un importante avance normativo, impulsado desde el Estado, aunque dificultado por el peso considerable de la informalidad y las características del empleo. Los trabajos que, tanto en Argentina como en otros países, analizan las relaciones laborales y representaciones a las que da lugar el empleo doméstico atestiguan la dificultad de la construcción –endebles, reversibles, compleja– de esa actividad como un verdadero trabajo” (Pereyra, 2015) y los derechos asociados.

El empleo doméstico se presenta como un trabajo que no requiere calificación, de fácil acceso, puerta de entrada “natural” al mercado laboral para mujeres de menores recursos económicos e insuficiente formación educativa formal. Se caracteriza, además, por condiciones de empleo y de trabajo precarias e inestables, así como por altísimos niveles de no registro, que siguen afectando a 3 de 4 trabajadoras.

El empleo doméstico concierne a unas 600.000 personas en Argentina (2013). Representa el 13,5% de las mujeres ocupadas, casi el 17% de las asalariadas, y abarca al 30% de las ocupadas del quinto quintil de ingresos familiares (Pereyra, 2015). Es una ocupación casi exclusivamente femenina y, como hemos mencionado, concentra una mayor proporción de mujeres migrantes regionales. La gran mayoría (70%) no culminó la educación secundaria. Este empleo presenta, a la vez, una mayor proporción de hogares con jefatura femenina y una dedicación horaria menor que las demás ocupaciones, lo cual redundará en la fragilidad económica de las

familias y/o en su desvalorización como “trabajo” (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015b).

A pesar de la mejora general del mercado laboral entre mediados de 2000 y de 2010, según Rodríguez Enríquez y Marzonetto, “las trabajadoras de casas particulares ven empeorada su situación relativa, con ingresos promedios que se ubican por debajo de los umbrales de pobreza y con una concentración creciente en los estratos socioeconómicos más bajos” (2015b: 46). El empleo doméstico se caracteriza por remuneraciones bajas, y el salario mensual de la categoría más baja²⁹ ronda el salario mínimo, vital y móvil.³⁰ Es de esperar que una mayor difusión y reconocimiento de la normativa laboral, que implica identificar la actividad como un *trabajo*, conjugado con dinámicas sociales (educativas, culturales, migratorias, laborales, etc.), puedan incidir paulatinamente en un mayor reconocimiento del sector.

Para terminar, algunos pocos trabajos de corte cualitativo se han centrado en el cuidado remunerado de niños bajo la modalidad domiciliaria, las representaciones de empleadores y empleadas, y la complejidad de las relaciones laborales (Canevaro, 2014; Gorbán, 2015). Destacan la importancia de esta opción dentro de los sectores sociales de mayor poder adquisitivo, generalmente compuestos por profesionales (sin dejar de lado las problemáticas de la difícil conciliación o el peso de la ideología maternalista –la cuidadora supliendo a la madre en el hogar–). Según un estudio reciente, en la CABA, del 15% de hogares que utilizan servicio doméstico remunerado, el 12% es para tareas domésticas del hogar, el 2,4% para limpieza y cuidados, el 0,2% para cuidado de niños y adultos mayores (CESBA, 2017); de modo que, en el 17,3% de los hogares que recurren a servicios domésticos, estos implican el cuidado de personas dependientes. Sin embargo, los estudios cualitativos del cuidado remunerado infantil, tanto a domicilio como en instituciones, son todavía poco desarrollados y localizados.

²⁹ Estas categorías son: supervisor y supervisora; personal para tareas específicas (cocineros y cocineras); caseros y caseras; asistencia y cuidado de personas; personal para tareas generales.

³⁰ \$9.897,50 y \$10.000 por mes, respectivamente, en julio de 2018; montos que a junio de 2019 fueron de \$13.973,85 y \$12.500.

El cuidado infantil cubre realidades heterogéneas, tanto desde la oferta de servicios y las condiciones laborales de quienes cuidan como desde la demanda, inextricablemente vinculada con el cuidado no remunerado familiar. Estas articulaciones atañen a todos los hogares, que recurren a estrategias diversas para asegurar ese cuidado, pero varían en cuanto a las opciones disponibles y a los efectos que generan sus carencias. Se destacan la posibilidad de tener autonomía ante la delegación del cuidado (accediendo a servicios de calidad o comprándolos) y las repercusiones de la organización social y familiar del cuidado en el desarrollo y la situación socioeconómica de los hogares, particularmente de las mujeres y sus hijos e hijas.

Cerramos este apartado sobre el cuidado infantil destacando: 1) los altos niveles de fragmentación de los servicios, y la segregación socioeconómica y territorial que marca su acceso, lo cual se articula con pautas patriarcales y maternalistas que inciden en las concepciones sobre el cuidado de los más pequeños; 2) si la desmercantilización y la desmaternalización (“*desmaterfamilización*”) de los cuidados, mediante servicios públicos de calidad, se imponen como condiciones básicas para una mayor igualdad social y de género, es menester reconocer que queda mucho por recorrer. Ante la necesidad de externalizar el cuidado y la falta de servicios accesibles y de calidad se generan estrategias complejas, que tienden a una mayor mercantilización o comunitarización-asistencialización del servicio, en función del poder adquisitivo de las familias; 3) los servicios diferenciados y segmentados de cuidado infantil siguen alimentando la tensión o “falsa dicotomía” (Faur, 2012), que ha sido históricamente estructurante, entre la educación y el cuidado, o entre “niños a educar” y “menores a asistir” (Ponce, 2017). Tan llamativa como inútil y contraproduktiva, esta diferenciación –a pesar de los avances en su superación–³¹ sigue reflejándose en la actualidad, como en las discusiones recientes en torno a las propuestas legislativas relativas al cuidado.³²

³¹ Así, el Ministerio de Educación advierte sobre la necesidad de resignificar la relación entre asistencia, cuidado y enseñanza, y plantea que enseñar y cuidar son dimensiones inseparables (Picco y Soto, 2013).

³² Por ejemplo, el proyecto de Ley de Cuidados para la Primera Infancia (2015) fue criticado por gremios docentes de nivel inicial por definirlo en términos de cuidado y no de educación.

Marco general y estudios del cuidado de adultos mayores en Argentina

En el caso de los adultos mayores (así como de las personas dependientes discapacitadas, que no están incluidas en el marco de la presente revisión), y en consonancia con el poco interés que suscita el tema de la vejez, la documentación existente hoy en día sobre las formas y realidades de su cuidado es incomparablemente menor que la del cuidado infantil. En este apartado, primero se presenta un panorama muy sucinto de la situación de las personas ancianas en Argentina. En segundo lugar, brindaremos información sobre algunas normas y dispositivos relacionados con su cuidado. A partir de ahí, y sobre la base de la literatura existente, buscamos arrojar luz sobre diversas configuraciones de cuidado y sobre las trayectorias y el empleo de las cuidadoras remuneradas.

Datos generales de la situación de los adultos mayores en Argentina

Si quienes estudiamos el cuidado de los adultos mayores tendemos a centrarnos en su dependencia, un repaso de los datos estadísticos y demográficos permite recordar que, a contracorriente de la imagen social que hace del anciano una persona impotente y dependiente, la mayoría de los adultos mayores son autoválidos y gozan de buena salud. Aunque no podamos ahondar en este aspecto en el presente trabajo, dichos datos también reflejan la gran heterogeneidad de situaciones, en función de las provincias, del territorio de vida, del sector socioeconómico de pertenencia, del sexo y del tramo etario. A título de ejemplo, si Argentina es uno de los países más envejecidos de América Latina, el índice de envejecimiento³³ es de 100,3 en la CABA, pero de 19,4 en Misiones, lo que devela realidades sociales muy disímiles en consonancia con otras diferencias. Entre ellas, la mayor proporción de adultos mayores que

Otro proyecto, de creación de un Sistema Federal de Cuidados, sostiene una visión integral y universalista del cuidado. Sobre ambos proyectos, véase Gallo y Martelotte (2017). Los numerosos proyectos de ley relativos a los cuidados a lo largo y ancho del territorio parecen reflejar una mejor aceptación y una mayor legitimidad del término, que no se opone a lo educativo, sino que lo incluye (y viceversa).

³³ Datos del INDEC correspondientes al año 2010. El IE expresa la cantidad de adultos mayores por cada 100 menores de 14 años. El IE a nivel nacional es de 40,3.

viven en familias extensas en el noreste argentino, a diferencia de la capital (y otras provincias), donde viven, en su mayoría (60%), en hogares unipersonales y nucleares sin hijos. A su vez, si en términos generales la autopercepción de la salud suele ser buena y el 90% de los mayores de 65 años declara no necesitar ayuda para desplazarse o vestirse, en estas proporciones influyen el sexo y, sobre todo, el estrato social de pertenencia (y el territorio) (Oddone, 2018).

El estudio citado de Oddone, realizado sobre la base de la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social (2014-2015), permite ahondar en algunas características generales de esta población. En relación con lo anteriormente expuesto, la mayoría de los adultos mayores (57,6%) tiene pareja, y aquel porcentaje que no la tiene está esencialmente compuesto por personas viudas, entre las cuales se encuentran sobrerrepresentadas las mujeres (42% contra 15% de varones). Estos datos se relacionan, por un lado, con la mayor longevidad de las mujeres (representan dos tercios de los adultos de más de 75 años) y, por otro, con pautas culturales que hacen que, en las parejas heterosexuales, las mujeres por lo general sean más jóvenes que los hombres, por lo que quedan sin acompañante para transitar la vejez propia. En todos los casos, sin embargo, el primer cuidador es la pareja, sea mujer u hombre. La mayoría de los adultos mayores viven sin sus hijos, quienes habitan cerca, manifestando así su preferencia por el modelo de la “intimidad a distancia” (ibíd.). Tal opción pone de relieve la importancia, para esta población, de las redes de contención y reciprocidad (familiares, vecinos, amigos), y de la propiedad de la vivienda (que alcanza al 84% de los ancianos) para enfrentar cambios personales y socioeconómicos.

Las personas mayores, así como toda la población residente en Argentina, tienen acceso al sistema público de salud. Además, el 46% de los mayores de 60 años cuenta con la cobertura social del Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (más conocido como PAMI), y la misma proporción, con una obra social o una prepaga (entre ellos, viejos más jóvenes que se encuentran activos).

Oddone (2018) observa que las transformaciones familiares no han sido acompañadas de una mayor infraestructura de cuidado o de apoyo para las familias, que desarrollan diversas estrategias en pos de res-

ponder a las necesidades de cuidado. Estas varían en función de su situación socioeconómica y de la región e infraestructura existente. En la región pampeana, las familias recurren en mayor medida a la contratación de personal para realizar esta tarea, mientras que en el noroeste y en Cuyo esta tarea es asumida por un miembro del hogar. En la CABA, en el 52% de los casos, un familiar o allegado se ocupa del adulto mayor, y el 48% restante recurre a una cuidadora remunerada (43%) o a un programa de cuidados domiciliarios (5%). En relación con la contratación de servicio doméstico, tiende a aumentar en los hogares con al menos un adulto mayor y es mayor en hogares compuestos por dos mayores, lo cual indicaría que una parte importante de la ayuda para el cuidado de las personas mayores se adquiere en el mercado –siempre dependiendo del nivel socioeconómico de las familias– (Pautassi y Zibecchi, 2015).

Finalmente, los procesos de envejecimiento se traducen en una ampliación y feminización del grupo de los viejos-viejos (los mayores de más edad). Si las necesidades de cuidado aumentan con la edad, es menester recordar que los adultos mayores, incluidos los viejos-viejos, desempeñan un rol también importante como cuidadores de parientes, enfermos o discapacitados, y niños. Y que algunos de los viejos más jóvenes, particularmente mujeres, cuidan o colaboran con el cuidado de sus padres (viejos-viejos) y sus nietos.

Marco normativo y dispositivos públicos de atención de las personas mayores

En 1948, por primera vez a nivel internacional, Argentina elaboró una declaración de Derechos de la Ancianidad que fueron presentados ante las Naciones Unidas e incorporados, un año más tarde, en el texto de la Constitución nacional (Oddone, 2013). Si bien la iniciativa no prosperó en el ámbito internacional (Huenchuan, 2013), en el país, el principio de protección de las personas mayores con rango constitucional se mantuvo a pesar de las diferentes reformas de ese texto (CESBA, 2017).

A lo largo del último cuarto del siglo xx fueron sancionadas algunas leyes que, de manera no sistemática, mencionan formas de protección de los ancianos, y en la década de 1990 Argentina adhirió a diversos

protocolos internacionales de derechos humanos que de esa manera se incorporaron a la Constitución nacional. Pero fue mucho más recientemente cuando, en el marco de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid (2002), países de la región buscaron elaborar una herramienta de protección de los derechos de los adultos mayores, y dieron nacimiento en 2015 a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Como parte de los países impulsores de la medida, Argentina firmó y ratificó la Convención en 2017, de manera que se comprometió a adoptar todas las medidas necesarias para su cumplimiento. La Convención incluye explícitamente la temática del cuidado y la responsabilidad de los Estados en el desarrollo de un sistema integral de cuidados, la capacitación del recurso humano y la implementación de normas reguladoras de los servicios institucionales. Su implementación a escala nacional quedó a cargo de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM, Ministerio de Desarrollo Social) y el Consejo Federal de Adultos Mayores (espacio intersectorial de coordinación de políticas públicas nacionales y provinciales).

En este marco, el Ministerio de Desarrollo Social, en colaboración con diversos sectores sociales, elaboró un Plan Nacional de las Personas Mayores (2012-2016), cuyos objetivos consisten en analizar la situación general que viven los adultos mayores y sus familias, ordenar los recursos y programas existentes y trabajar en la calidad de los servicios, entre otros. Se incluye la necesidad de garantizar el cuidado a lo largo de la vida (sic), privilegiando alternativas a la institucionalización, con mecanismos y personal apropiados. Sin embargo, según el CESBA (2017), se carece de información sobre la implementación y los resultados del plan. Por parte del Ministerio de Salud, en 2007 se implementó el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores, que agrupa las acciones y propuestas dirigidas a esta población desde el sector de la salud, con un enfoque de “envejecimiento activo”, promocionado por la OMS.

Sin embargo, a lo largo de esos años, quizás hayan sido más impactantes para esta población las acciones políticas que apuntaron a la inclusión de millones de personas, y en particular de mujeres, al

sistema previsional. Se destaca la moratoria previsional incluida en el Plan de Inclusión Previsional (2005) que permitió a trabajadores que tenían la edad para jubilarse pero no contaban con los aportes reglamentarios, acceder al beneficio previsional (y, por ende, a la cobertura de salud del PAMI) mediante la “compra”, en condiciones ventajosas, de los años faltantes de aportes. De los 2,5 millones de nuevos jubilados, el 86% fueron mujeres cuyos recorridos laborales más heterogéneos no les permitían acceder a la jubilación. Asimismo, en 2003 se amplió el beneficio de las pensiones no contributivas a toda persona mayor de 70 años en situación de pobreza y sin cobertura social.

La ampliación de la cobertura (previsional y de seguridad social) representó un avance importante. Sin embargo, también se tradujo en un número importante de jubilados que ganan el haber mínimo y corren mayor riesgo de dependencia.³⁴ Se trata de una medida puntual, de mediano plazo, mientras que las reformas impulsadas por el Gobierno de Mauricio Macri parecieron orientarse a una cobertura previsional “a la baja”.

Entre las reformas del gobierno electo en 2015³⁵ se destaca la creación, en 2016, de la Pensión Universal para Adultos Mayores (PUAM) (más de 65 años) en vistas de reemplazar las moratorias. En comparación con estas, y profundizando el riesgo de dependencia señalado, afecta negativamente a los nuevos ingresantes ya que su monto representa el 80% de la jubilación mínima. A su vez, en diciembre de 2017, de acuerdo con las recomendaciones del FMI, se aprobó una Ley de Reforma Previsional que flexibiliza la edad jubilatoria y modifica la fórmula de actualización de los haberes en el sentido de un mayor ajuste. Pese a las reacciones populares de rechazo, se reglamentó por decreto en febrero 2018.

³⁴ El haber mínimo era de \$8637,10 en septiembre de 2018. En la CABA, por ejemplo, el 53% de los pensionados y jubilados cobraban un monto igual o menor al haber jubilatorio (CESBA, 2017).

³⁵ Véase Findling et al. (2018b).

Tal como se observó con anterioridad, los programas públicos destinados a los adultos mayores son diversos y son otorgados por el PAMI, por el gobierno nacional (por medio de organizaciones) y por los gobiernos provinciales y de la CABA, lo cual genera un mapa complejo, que presenta fragmentaciones y superposiciones.

El PAMI cuenta con gran cantidad de prestaciones para sus afiliados, orientadas tanto a la salud como a la prevención, la recreación o la asistencia social. En relación con los servicios de cuidado, contó durante décadas con un subsidio para cuidados domiciliarios, que ha pasado a cubrir otro tipo de necesidades de las personas mayores. En materia de servicios de índole institucional, el organismo cuenta con residencias propias para afiliados autoválidos en situación de vulnerabilidad social y desamparo habitacional, así como un servicio de internación geriátrica para mayores con necesidades de cuidados intensivos especializados, que no puede brindar el grupo familiar. Otros dispositivos buscan evitar o retrasar la institucionalización, como los Centros y los Clubes de Día y las Viviendas Tuteladas. Además de sus prestaciones propias, el PAMI establece convenios con instituciones geriátricas del sector privado y realiza tareas de supervisión en residencias de larga estadía contratadas por el organismo.

Desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación se destaca el Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios, implementado en 1996. A cargo de la DINAPAM, opera mediante convenios con Estados provinciales, municipales, universidades, ONG y cooperativas. Tiene un esquema de funcionamiento descentralizado y cogestionado, previsto para generar (teóricamente) una apropiación y la continuidad del programa en el ámbito local. Cuenta con dos componentes, uno de capacitación de cuidadoras y otro de prestación de servicios a personas mayores en situación de vulnerabilidad social por cuidadoras previamente capacitadas (por el primer componente). El programa se posiciona como una política a la vez de cuidado asistencial y de promoción del empleo (Arias, 2009; Borgeaud-Garcandía, 2015). Durante los Gobiernos kirchneristas (2003-2015) se benefició con un impulso presupuestario importante, que menguó en años posteriores. Recientemente, se creó un Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios y se

implementaron cursos complementarios y de actualización, virtuales y presenciales, pero los recortes presupuestarios se tradujeron en una disminución de estas coberturas.³⁶

En relación con las residencias para adultos mayores, el mercado se ha impuesto en todo el país con 75% de las 3584 residencias (Roqué, Fassio, Arias y Croas, 2015), que alojan a 1,3% de los adultos mayores. La oferta pública es escasa y reservada a personas que “no tienen obra social ni recursos económicos”, como en el caso de los nueve Hogares para Adultos (dependientes de la DINAPAM y concentrados en la provincia de Buenos Aires y la CABA). Los tres Hogares de Residencia Permanente de la capital reciben personas mayores de 60 años “que carece[n] de vivienda, cobertura social y está[n] en situación de vulnerabilidad social, carente[s] de apoyo familiar y/o sin red de contención”. Entre los requisitos para ingresar a estas residencias, además de probar su “indigencia”, los ancianos no deben presentar trastornos mentales, con lo cual no se resuelve el problema de aquellas personas que sí los padecen. En la CABA la oferta privada también es incomparablemente mayor, con 592 residencias en 2015 (CESBA, 2017), que alojaban a una mayoría de mujeres (14.000 sobre un total de 17.500) (CESBA, 2017). El 66,7% de las residencias están financieramente a cargo de los residentes, de los cuales el 70% no recibe copago (Roqué et al., 2015). De esta manera, el mayor peso económico de la internación recae en las personas mayores y sus familias. El Estado, que se desentiende de esta responsabilidad, restringe su actuación a su rol regulatorio.

En el ámbito local (provincia o municipal) también existen programas propios destinados a los mayores y sus necesidades de asistencia y cuidado. La CABA cuenta con residencias geriátricas públicas, así como con programas destinados a evitar la internación, como los

³⁶ Según el Observatorio de Derechos Humanos, hubo fuertes recortes a la DINAPAM durante los primeros dos años del gobierno de M. Macri. El presupuesto general para los Adultos Mayores cayó 42% en 2016, respecto de 2015, y el aumento del año siguiente fue muy por debajo de la inflación. Las capacitaciones de cuidadores bajaron de 75,8% respecto de 2015, y en 2017 sufrieron una pérdida de 59,6%. El Programa podría recobrar centralidad de confirmarse el interés manifestado por el gobierno recientemente electo de Alberto Fernández (12/2019) por el cuidado en las políticas públicas.

Centros de Día o el programa Vivir en Casa, que ofrece una asistencia económica para cubrir gastos relacionados con la vivienda (alquiler, expensas, etc.).

Desde 1988 (con anterioridad a la Nación), la CABA implementa un servicio de Asistente Gerontológico Domiciliario y Hospitalario, que ofrece atención domiciliaria gratuita para personas mayores, autoválidas o con leve dependencia, en situación de pobreza y vulnerabilidad social. Es un servicio de prestación de cuidados, con subsidios propios, que capacita a cuidadores que luego integran el programa en calidad de monotributistas (facturan sus servicios a la ciudad). Según el CESBA (2017), en 2015 el programa atendió a 992 personas, lo cual, si se lo compara con la proporción de población mayor en situación de vulnerabilidad económica, podría dar cuenta de la brecha en la provisión de este servicio, así como en el acceso y/o difusión de la información (dadas las limitaciones presupuestarias) (Borgeaud-Garcandía, 2011). En todo el territorio, se suman las iniciativas privadas, semiprivadas o semipúblicas de capacitación y prestación de servicios, con y sin fines de lucro (empresas, ONG, instituciones comunitarias, obras sociales, universidades, etc.), que abarcan diferentes sectores de la sociedad.

En el ámbito local (CABA) también se destacan dos leyes recientes relacionadas con el cuidado y los cuidadores de adultos mayores: la Ley de Geriatria (5670/16) y la Ley de Asistente Gerontológico (5671/16), que derogaron la ley anterior (661). La primera regula la actividad de los establecimientos (residencias y hogares de día) que brindan prestaciones en el ámbito de la CABA, sean públicos o privados. Entre sus artículos, incorpora el derecho del adulto mayor a ingresar y circular libremente en la institución (en consonancia con los lineamientos de la Convención, aunque aún está pendiente cómo podría implementarse en la práctica) y establece la obligación de contar con personal capacitado con reconocimiento oficial. La Ley 5671 define la figura del asistente gerontológico como aquel que “presta servicios especializados con visión gerontológica de prevención, acompañamiento, apoyo, contención y asistencia en las actividades básicas de la vida diaria a los adultos mayores”, y su Reglamento especifica su perfil

ocupacional,³⁷ aunque no se establecen condiciones de reclutamiento, contratación y empleo. Se creó, además, otro registro de asistentes gerontológicos.

Configuraciones de cuidados de personas mayores y sus cuidadoras

Cabe aclarar que, pese a la centralidad que reviste pensar el cuidado en una sociedad envejecida, la literatura es todavía escasa y heterogénea. Algunos trabajos abordan las capacitaciones en cuidados (Aguirre y Oddone, 2002; Arias, 2009; Borgeaud-Garciandía, 2015; Findling y López, 2015), el trabajo de cuidado de mayores dependientes (Borgeaud-Garciandía, 2013, 2017), y su rol y organización en comunidades específicas (por ejemplo, Abramovich, 2012). Pero excepcionalmente encontramos estudios por fuera de la capital y Buenos Aires (por ejemplo, en Catamarca) (Golpe y Yuni, 2012).

En relación con las configuraciones que toma la OSC de los adultos mayores, la investigación cualitativa dirigida por Findling y López (2015) ofrece un panorama general sobre el papel y la articulación de los diferentes actores sociales en la provisión de cuidado. Este estudio permite caracterizar algunos de esos ejes en relación con el cuidado de los adultos mayores.

A partir de las estrategias de cuidado despegadas por mujeres, responsables de esa tarea en el marco familiar, provenientes de diferentes sectores socioeconómicos, las autoras ponen de relieve algunos rasgos de la actividad que ya encontramos en el cuidado infantil: un sistema dual, mercantilizado para sectores medios y familiarizado para sectores vulnerables, así como factores institucionales, culturales, familiares y simbólicos que pesan en el comportamiento de las familias y dificultan la construcción del cuidado como tema político. Algunas familias pueden acceder a servicios pagos, y nuevamente el Estado interviene en particular allí donde no hay familiares ni recursos económicos. Este es

³⁷ Según el art. 2, son funciones del asistente gerontológico: colaborar con los equipos geriátrico-gerontológicos de trabajo; asistir al adulto mayor en sus actividades diarias; participar en programas de promoción y asistencia al adulto mayor; realizar controles básicos de salud; realizar tareas de higiene, alimento del adulto mayor (y tratamiento terapéutico para los que se hallen habilitados y/o autorizados); colaborar en la aplicación de técnicas recreativas.

un dato interesante dado que, llamativamente, Argentina representaría “el único país donde más del 50% de los hombres y similar proporción de mujeres piensa que el Estado tiene la responsabilidad principal del bienestar de las personas mayores” (Huenchuan, 2009: 170).

A partir de los arreglos familiares, y más cuando estos implican intervenciones de cuidados extrafamiliares, se despliega un abanico de normativas, programas, instituciones públicas y privadas, trabajadoras con diferentes tipos de inserciones y contratación, que complejizan esta dualidad inicial y estructurante. El mercado ofrece diferentes tipos de intervenciones, institucional, de cuidados e internación domiciliaria, así como capacitaciones (de duración y calidad diversas). En el sector público, se destacan los entes que brindan capacitaciones y aquellos que ofrecen prestaciones de cuidado, algunas de las cuales –como las obras sociales– tercerizan los servicios con empresas privadas menos exigentes en términos de capacitación formal.

Mediante la incorporación laboral de cuidadoras, mayormente mujeres, se accede a las trayectorias laborales, formas de contratación y representaciones de las trabajadoras. Las cuidadoras pueden estar o no formalmente capacitadas, trabajar en un solo lugar, combinar el trabajo para empresas y los particulares, o eventualmente en instituciones. Un perfil típico es el de una mujer de más edad que la población activa femenina, con estudios secundarios incompletos, en algunos casos migrantes internas o internacionales. El cuidado con particulares, mediante programas públicos, organizaciones sociales, empresas particulares o en instituciones, da lugar a evaluaciones y sentidos diferenciados, destacándose una mayor disconformidad con el sector privado (Findling y López, 2015). A pesar de ello, la capacitación, aun cuando no se traduce en una mejora del empleo en el mercado laboral, es sumamente valorada por las cuidadoras en términos de transformación y crecimiento personal (Borgeaud-Garcandía y Georges, 2016). Adoptan pautas de lenguaje más tecnicistas y marcadas por su inclusión en el universo de la salud (retoman y reivindican la denominación de “asistentes gerontológicas” en vez de cuidadoras, y los ancianos pasan a ser “pacientes”), al tiempo que buscan seguir perfeccionándose mediante la asistencia a seminarios y cursos. Las capacitaciones abren

horizontes, pero son, en algunos casos, menos laborales que personales, subjetivos.

En relación con los programas públicos de capacitación, además de la falta de articulación con salidas laborales, se observa cierto desfase entre, por un lado, la población que se (busca) forma(r) (que procede de sectores populares o migrantes, de nivel socioeconómico medio bajo, muchas veces con dificultades personales o familiares) y, por otro, las exigencias en términos de aptitudes personales,³⁸ cuando las cuidadoras además deben atender problemáticas sociales ligadas a las vulnerabilidades sociales, familiares y de dependencia de las poblaciones atendidas. Se espera de ellas que sean superheroínas. Ante la precariedad de su empleo, las cuidadoras (como las familias), remuneradas o no (aunque menos cuando se capacitaron), tienden a apoyarse en las representaciones sociales naturalizadas acerca del cuidado (el amor por los mayores, la vocación, las cualidades femeninas, etc.) para dar sentido y generar el reconocimiento por su trabajo.

La institucionalización de los adultos mayores es objeto de un profundo rechazo social. Percibida como “última opción” o “mal necesario”, representa otro tema poco explorado, a pesar de los numerosos factores sociales que podrían traducirse en un aumento de esta opción de cuidado. Tempranamente, Suárez (1988), en un texto inédito, recorrió la historia de las instituciones para ancianos en el país. Más recientemente, Redondo (2010) ofreció un estudio sobre las características y condiciones de vida en instituciones de larga estadía, sobre la base de los nuevos estándares en términos de derechos y calidad. Algunas investigaciones en psicología analizan las repercusiones de la institucionalización en los residentes (Buendía y Riquelme, 1998), mientras que otros estudios se centran en las familias de las personas internadas, en particular en las mujeres responsables familiares de los cuidados, atrapadas entre la necesidad de escoger esta opción y las problemáticas prácticas, relacionales y afectivas que genera (De los

³⁸ Predisposición para el cuidado, flexibilidad ante las problemáticas del acompañamiento (que no son menores: pobreza, conflictos familiares, rechazo hacia el cuidado, abandono, maltrato, etc.), no tener problemas físicos ni mentales, aptitud de trabajo, responsabilidad, interés por la temática, etc. (véase Findling et al., 2015: 105).

Reyes, 2007; Findling y López, 2018a). Resta enriquecer la producción científica sobre el tema, así como sobre el trabajo realizado por las cuidadoras-asistentes gerontológicas.

Palabras finales

Para concluir provisoriamente este “balance” del cuidado y de la producción bibliográfica que ha dado lugar en Argentina, expondremos algunos nudos críticos que representan desafíos para los trabajos que se inscriben en la(s) perspectiva(s) del cuidado.

Sin duda, uno de los más importantes, que impacta fuertemente en los mecanismos tendientes a amortiguar las desigualdades sexuales y sociales, consiste en las grandes disparidades territoriales, políticas y jurídicas. Si sumamos a ello las desigualdades económicas y sociales y la fragmentación de servicios disponibles, se desprende un mapa extremadamente complejo y heterogéneo de la realidad social argentina y del objeto analizado –imponiéndose el uso del plural–: organizaciones y diamantes del cuidado (Faur, 2009). Esto abarca en particular la responsabilidad y las estrategias del Estado en la implementación de herramientas integrales y transversales que apunten a una reducción de esas fragmentaciones y desigualdades, y obren en pos del desarrollo de una concepción renovada del cuidado y del trabajo, que permita avanzar hacia una distribución más equitativa de las responsabilidades en el seno de la población y, en particular, entre hombres y mujeres.

El cuidado es todavía una problemática reciente y emergente. Urgente también, lo cual explica cierta concentración de los estudios existentes en las repercusiones de la desigual OSC en las mujeres, sobre todo en relación con el cuidado infantil. Han aparecido más y nuevas investigaciones, así como articulaciones temáticas que, de a poco, enriquecen el corpus existente. Aun así, queda mucho por recorrer. Tan solo limitándonos a los aspectos analizados en el presente capítulo, quedan importantes zonas en la sombra. La producción de datos es ampliamente deficitaria y deja en la nebulosa aspectos

centrales en la provisión del cuidado, como por ejemplo los servicios mercantiles. A pesar de los desafíos que plantean el envejecimiento de la sociedad y la verticalización de las familias (Oddone, 2012), son escasos los estudios sobre los adultos mayores y su atención. Las personas dependientes, enfermas y con discapacidades también sufren la falta de interés por parte de quienes estudiamos el cuidado. La lista de temas y objetos que desarrollar o seguir profundizando es más larga, en pos de obtener un panorama más fidedigno del cuidado. Su incontable centralidad para pensar hoy las sociedades y sus desigualdades, así como la amplitud de sus estudios, constituye un verdadero desafío para la investigación, tanto en relación con una diversificación mayor de los objetos analizados, de los espacios geográficos estudiados, como en relación con la articulación entre abordajes teóricos, perspectivas y disciplinas diferentes y complementarias, que, poco a poco, peldaño a peldaño, permitan alcanzar una mirada más integral y crítica de las realidades del cuidado.

Bibliografía

Abramovich, G. (2012). *La atención de los adultos mayores en la comunidad judía argentina*. Buenos Aires: Milá.

Aguirre, M. y Oddone, J. (2002). “Hacia una propuesta de iniciativa local para el desarrollo de empleo. El cuidado domiciliario de ancianos”. En F. Forni (ed.). *De la exclusión a la organización* (pp. 231-261). Buenos Aires: Ciccus.

Arias, C. (2009). “Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina”. En UN, CEPAL y CELADE. *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* (pp. 29-70). Santiago: CEPAL.

Azpiazu, E. y Cutulí, R. (2015). “Las políticas de cuidado infantil en Argentina. Aportes para su clasificación y evaluación.” En M. E. Lanari y C. Hasanbegovic (comps.). *Mujeres Latinoamericanas. El presente en veintidós letras* (pp. 339-371). Mar del Plata: Eudem.

Borgeaud-Garciandía, N. (2011, septiembre). “Seguridad social, asistencia social y programas de cuidado domiciliario para ancianos en Argentina”. En *Coloquio Internacional LATINASSIST*. São Carlos, Brasil (mimeo).

—(2013). “En la intimidad del cuidado de ancianos dependientes: la experiencia de cuidadoras ‘cama adentro’ en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. En L. Pautassi y C. Zibecchi (comps.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 276-316). Buenos Aires: Biblos.

—(2015). “Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores”. En *Trabajo y Sociedad*, 24(1), 285-313.

—(2017). *Puertas adentro. Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Teseo.

—(2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

Borgeaud-Garciandía, N. y Georges, I. (2016). "Regards croisés sur les modalités de l'action publique et de la mise au travail des femmes dans le secteur du care (Argentina - Brésil)". En D. Kesselman y G. Gomez. *Les femmes dans le monde du travail dans les Amériques* (pp. 1-19). Perpignan: Presses Universitaires de Perpignan.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1998). "La experiencia depresiva en residencias geriátricas". En L. Salvarezza. *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.

Canevaro, S. (2014). "Afectos, saberes y proximidades en la configuración de la gestión del cuidado de niños en el hogar. Empleadas y empleadoras del servicio doméstico en la Ciudad de Buenos Aires". En *Trabajo y Sociedad* (22), 175-193.

Cardini, A., Díaz Langou, G., Guevara, J. y de Achával, O. (2017). *Cuidar, enseñar y criar al mismo tiempo: el desafío para las políticas públicas para la primera infancia en Argentina*. Documento de Políticas Públicas n. 189. Buenos Aires: CIPECC.

Cardini, A. y Guevara, J. (2019). "La regulación del nivel inicial en Argentina: panorama normativo". En C. Steinberg y A. Cardini (eds.). *Serie Mapa de la Educación Inicial en Argentina*. Buenos Aires: UNICEF-CIPPEC.

Cerruti M. (2009). *Gender and intra-regional migrations in South America*. Human Development Research Paper, 12. United Nations Development Program, Human Development Reports.

Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002). "Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado". En *Seminario Desarrollo Local y Regional*. Quito, Ecuador: ILPES.

Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires (2017). *Diagnóstico sobre la situación del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires. Necesidades potenciales y provisión para la primera infancia, las personas mayores y las personas con discapacidad*. Buenos Aires: CESBA. Recuperado de www.bdigital.cesba.gob.ar/handle/123456789/441

Courtis, C. y Pacecca, M. I. (2010). "Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires". En *Papeles de Población*, 16(63), 155-185.

Cutulí, R. (2017). "Género y trabajo emocional. Los fundamentos de la precariedad en el nivel inicial. Mar del Plata, provincia de Buenos Aires". En *Trabajo y Sociedad* (28), 37-54.

De los Reyes, M. C. (2007). *Familia y geriátricos. La relatividad del abandono*. Buenos Aires: Cúspide.

Dirección General de Estadística y Censos (2016). *Servicio doméstico en hogares particulares: condiciones de vida y características sociolaborales*. Buenos Aires. Año 2014. Buenos Aires: DGEyC.

Esquivel, V. (2012). "El cuidado infantil en las familias. Un análisis en base a la Encuesta de Uso del Tiempo de la Ciudad de Buenos Aires". En V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (comps.). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 73-105). Buenos Aires: IDES, UNFPA, UNICEF.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (comps.) (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES - UNFPA - UNICEF.

Esquivel, V. y Pereyra, F. (2014). "El servicio doméstico y sus desafíos para la protección social". En C. Danani y S. Hintze (coords.). *Protecciones y desprotecciones (II): problemas y debates de la seguridad social en la Argentina* (cap. 4, pp. 153-183). Los Polvorines: UNGS.

—(2017). "Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas". En *Trabajo y Sociedad* (28), 55-82.

Faur, E. (2009). *La organización social del cuidado infantil en la ciudad de Buenos Aires. El rol de las instituciones públicas y privadas. 2005-2008*. Tesis de doctorado, FLACSO, Buenos Aires.

—(2010). "Desencuentros entre oferta y demanda de servicios de cuidado infantil en Buenos Aires. Lógicas en tensión". En *Revista de Ciencias Sociales* (27), 68-81.

— (2012). "El cuidado infantil desde las perspectivas de las mujeres-madres". En V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (eds.). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 107-163). Buenos Aires: IDES - UNFPA - UNICEF.

—(2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Findling, L. y López, E. (coords.) (2015). *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Biblos.

—(2018). *Cuidados y familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional*. Buenos Aires: Teseo.

Findling, L., Venturiello, M. P. y Cirino, E. (2018). “Restringiendo derechos para las personas mayores y con discapacidad. Un panorama de las políticas de previsión social y salud en el marco de un nuevo Estado neoliberal”. En *Revista de la Carrera de Sociología*, 8(8), 56-89.

Fournier, M. (2017). “La labor de las trabajadoras comunitarias de cuidado infantil en el conurbano bonaerense, ¿una forma de subsidio de abajo hacia arriba?” En *Trabajo y Sociedad* (28), 83-108.

Gallo, V. y Martelotte, L. (2017). *El derecho al cuidado en las propuestas de reforma normativa*. Buenos Aires: ELA - UNICEF.

Gherardi, N. y Durán, J. (2013). “La discriminación en casa: regulación del servicio doméstico en la Argentina”. En L. Pautassi y C. Zibecchi (eds.). *Redefiniendo las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 249-272). Buenos Aires: Biblos.

Golpe, L. y Yuni, J. (eds.) (2012). *Cuidado de personas mayores: dones, responsabilidad y compromiso*. Córdoba: SPU- Grupo Editorial Encuentro-UNMDP-UNCa.

Gorbán, D. (2015). “Representaciones sociales en disputa: los procesos de selección de trabajadoras del cuidado entre familias de clase media en la Ciudad de Buenos Aires”. En *Trabajo y Sociedad* (25), 5-21.

Groisman, F. y Sconfienza, M. E. (2013). “El servicio doméstico en Argentina. Particularidades y desafíos de un sector relegado (2004-2012)”. En *Carta Económica Regional* (25), 151-172.

Hintze, S. y Costa M. I. (2011). “La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección”. En C. Danani y S. Hintze (coords.). *Protecciones y desprotecciones. La seguridad en la Argentina 1990-2010*. Los Polvorines: UNGS.

Huenchuan, S. (ed.) (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL.

—(2013). *Los derechos de las personas mayores. Módulo 2: Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional*. CELADE - CEPAL.

Ierullo, M. y Maglioni, C. (2015). “Cuidado y organizaciones comunitarias: reflexiones a partir de la experiencia de la Coordinadora de Jardines Maternales Comunitarios de La Matanza”. En *Argumentos* (17), 150-177.

Kergoat, D. (2009). *Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux*. En E. Dorlin (ed.). *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*. Paris: PUF.

Labrunée, M. E. y Dahul, M. L. (2017). “Bienestar de niños y niñas en el cordón frutihortícola del Partido de General Pueyrredón. Los espacios de cuidado como promotores de derechos y la prevención del trabajo infantil”. *Faces*, 23(49), 33-53.

Magliano, M. J., Mallimaci, A. I., Rosas, C., Borgeaud-Garciandía, N. (2018). “Migración y organización social del cuidado en Argentina: un campo de estudio emergente”. En R. Baeninger et al. (comps.). *Migrações Sul-Sul* (pp. 741-749). Campinas, SP: Nepo-UNICAMP.

Magliano, M. J., Perissinotti, M. V. y Zenklusen, D. (2014). “Estrategias en torno a las formas de apropiación y organización del espacio en un barrio de migrantes’ de la ciudad de Córdoba”. En *Estudios demográficos y urbanos*, 29(3), 513-539.

Mallimaci, A. (2018). “Mujeres migrantes y la gestión de los cuidados. La enfermería en el horizonte laboral”. En N. Borgeaud-Garciandía (ed.). *El trabajo de cuidado* (pp. 119-138). Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.

Marzonetto, G. (2016). *Educación Inicial y servicios asistenciales para la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires: derechos universales, servicios estratificados*. Documentos de Trabajo CIEPP n. 95.

—(2017). “Estratificación socioespacial y por ingresos en los servicios de desarrollo infantil y cuidado en la Ciudad de Buenos Aires”. En *Nueva Época* (18).

Oddone, M. J. (2012). “Envejecimiento y familia en un contexto de cambio”. En *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales* (81), 72-83.

—(2013). “La vejez en los textos de lectura de la escuela primaria: un recorrido entre fines del siglo XIX y los inicios del siglo XXI en Argentina”. En *Salud Colectiva*, 9(1), 27-40.

—(2018). “Condiciones de vida de las personas mayores”. En J. C. Piovani y A. Salvia. *La Argentina en el siglo XXI* (pp. 593-623). Buenos Aires: Siglo XXI.

Pautassi, L. (2007). “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”. En *Serie Mujer y Desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.

—(2018). “El cuidado: de cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción”. En *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 178-191). Ciudad de México: ONU MUJERES.

Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2014). “Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina”. En *Íconos* (50).

Pautassi, L., Faur, E. y Gherardi, N. (2004). *Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad*. Serie Mujer y Desarrollo n. 56. Santiago de Chile: CEPAL.

Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). *La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias*. Serie Políticas Sociales n. 159. Santiago de Chile: CEPAL.

—(coords.) (2013). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: ELA - Biblos.

—(2015). “Adultos mayores, cuidado e inclusión en la agenda de la seguridad social. La transición infinita”. En C. Grosman (dir.). *Los adultos mayores y la efectividad de sus derechos* (cap. 3, pp. 103-145). Santa Fe: Rubinzal-Culzoni.

Pereyra, F. (2012). “La regulación laboral de las trabajadoras domésticas en Argentina: situación actual y perspectivas”. En V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (eds.). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 165-199). Buenos Aires: IDES - UNFPA - UNICEF.

—(2015). “El servicio doméstico y sus derechos en Argentina. Un abordaje exploratorio desde la perspectiva de empleadas y empleadoras”. En *Nueva Sociedad* (256), 89-102.

Picco, P. y Soto, C. (2013). *Experiencias de educación y cuidado para la primera infancia*. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Dirección de Educación Inicial.

Ponce, R. (2017). “La educación inicial argentina: desde una mirada sociohistórica”. En *Voces en el Fénix*, año 8, (66), 14-21.

Redondo, N. (2010). *La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el Área Metropolitana de Buenos Aires. ¿Desconociendo derechos o promoviendo autonomía?* Serie de Estudio, n. 10. Buenos Aires: Universidad ISALUD.

Rodríguez Enríquez, C. (2015). *El trabajo de cuidado no remunerado en Argentina: un análisis desde la evidencia del Módulo de Trabajo no Remunerado*. Serie de Documentos de Trabajo: Políticas Públicas y derecho al cuidado, n. 2. Buenos Aires: ELA - ADC.

Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015a). “Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina”. En *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8), 103-134.

—(2015b). *El trabajo de cuidado remunerado: estudio de las condiciones de empleo en la educación básica y en el trabajo en casas particulares*. Serie de Documentos de Trabajo: Políticas Públicas y derecho al cuidado, n. 4. Buenos Aires: ELA - ADC.

Rodríguez Enríquez, C. y Sanchís, N. (coords.) (2010). *El papel de las migrantes paraguayas en la provisión de cuidados en Argentina*. Cadenas Globales de Cuidados. Buenos Aires: ONU Mujeres.

Roqué, M., Fassio, A., Arias, C. y Croas, R. (2015). *Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores en Argentina. Relevamiento y evaluación*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación - Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Rosas, C. (2018). "Mujeres migrantes en el cuidado comunitario. Organización, jerarquizaciones y disputas al sur de Buenos Aires". En C. Vega, R. Martínez Buján y M. Paredes (eds.). *Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el Sur de Europa* (pp. 299-321). Madrid: Traficantes de Sueños.

Rosas, C., Jaramillo Fonnegra, V. y Blas Vergara, A. (2015). "Trabajo doméstico y migraciones latinoamericanas. Desde Argentina, hallazgos y reflexiones frente a los destinos extrarregionales". En *Estudios demográficos y urbanos*, 30(2), 253-290.

Steinberg, C. y Giacometti, C. (2019). "La oferta del nivel inicial en Argentina". En C. Steinberg y A. Cardini (dirs.). *Serie Mapa de la Educación Inicial en Argentina*. Buenos Aires: UNICEF - CIPPEC.

Steinberg, C. y Scasso, M. (2019). "El acceso a la educación inicial en Argentina". En C. Steinberg y A. Cardini (dirs.). *Serie Mapa de la Educación Inicial en Argentina*. Buenos Aires: UNICEF - CIPPEC

Suárez, C. (1988). *Aportes para la investigación de políticas sociales dirigidas a la vejez*. Documento de trabajo inédito. Buenos Aires.

Tuñón, I. (2019). *INFANCIA(S). Progresos y retrocesos en clave de desigualdad*. Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social Argentina, Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Buenos Aires.

Zibecchi, C. (2013). "Organizaciones comunitarias y cuidadoras: reconfiguración de responsabilidades en torno al cuidado infantil". En L. Pautassi y C. Zibecchi (coords.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.

El cuidado: sus formas, relaciones y actores

Reflexiones a partir
del caso de Brasil

El cuidado: sus formas, relaciones y actores

Reflexiones a partir del caso de Brasil³⁹

Nadya Araujo Guimarães - Helena Hirata - Anne Posthuma

Con la participación de:

Louisa Acciari

Anna Barbara Araujo

Guita Grin Debert

Maria de Fatima Lage Guerra

Renata Faleiros C. Moreno

Priscila P. F. Vieira

Reflexionar sobre el trabajo del cuidado, a la luz del caso brasileño, requiere tener en mente dos aspectos relevantes. En primer lugar, aunque el cuidado es una actividad socialmente establecida desde hace mucho tiempo, el trabajo de “cuidadora”, como una ocupación socialmente reconocida, es una realidad de muy reciente implantación en Brasil. En segundo lugar, y relacionado con esto, en una sociedad tan desigual como la brasileña, comprender el trabajo del cuidado requiere considerar la pluralidad de formas del “cuidar”, que a menudo ni siquiera se reconocen como “trabajo de cuidado”.

Por ello, en la primera sección, abordaremos estos dos aspectos. En la segunda, analizaremos las formas del trabajo del cuidado que resisten ser calificadas institucionalmente como “ocupaciones de cuidado”. Ya en las secciones tercera y cuarta abordaremos aquellas modalidades que

³⁹ Este capítulo es una versión revisada y muy sintetizada del documento titulado “Trabajo de cuidado. Balance y primeras reflexiones a partir del caso brasileño” (Guimarães, Hirata y Postuma, 2018), especialmente preparado para el «Taller Inaugural de la Red Latinoamericana de Investigación» (Universidad de San Pablo, 15 de octubre de 2018). En su forma actual, el texto se benefició de la discusión que tuvo lugar en el evento. Asimismo, de los comentarios y sugerencias recibidos de Bila Sorj y Natacha Borgeaud-Garciandía, quienes revisaron la versión final de este capítulo.

son socialmente reconocidas como “ocupaciones del cuidado”, enfocándonos en dos de sus principales beneficiarios, los mayores dependientes y los niños. Concluiremos subrayando algunas especificidades del caso brasileño, en el marco de realidades latinoamericanas tan diversas.

Cuidado y cuidadoras: visibilidad, reconocimiento, contabilidad

Una actividad longeva en una ocupación reciente

En 1999 comenzó el proceso de reconocimiento por parte del Estado de la actividad profesional del cuidado en Brasil. La creciente presencia de cuidadores profesionales en el mercado de trabajo llevó al Ministerio de la Salud (Ministério da Saúde) a instituir el Programa Nacional de Cuidadores de Personas Mayores (Programa Nacional de Cuidadores de Idosos).⁴⁰

Sin embargo, no fue sino en 2002, con la entrada en vigor de una nueva Clasificación Brasileña de Ocupaciones (Classificação Brasileira de Ocupações, CBO), cuando la actividad se volvió visible en las encuestas sociodemográficas brasileñas.⁴¹ La naturaleza y el contenido de su trabajo se definieron, así, por primera vez. El grupo ocupacional de

⁴⁰ Como una iniciativa interministerial (Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5153, del 7 de abril de 1999), el Programa movilizó las Secretarías de Asistencia Social del Ministerio de Seguridad y Asistencia Social (Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social) y la Secretaría de Políticas de Salud del Ministerio de Salud (Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde) para mostrar la visión multifacética que guio su concepción (Groisman, 2013). Esta también se expresaba en la definición de la naturaleza del Programa, centrado en la capacitación de los cuidadores, independientemente de la modalidad de cuidado, ya fuera domiciliario (familiar y no familiar) o institucional. Se trataba de dejar en claro lo que se entendía como el «bien cuidar» de la persona mayor, descrito en detalle en la «Guía del Cuidador» (véase el interesante análisis de este Manual en Silva, 2017). Además, el Programa cubrió y nombró como «cuidadores» tanto a los familiares actuantes con sus mayores como a quienes los acompañaban de modo remunerado, atendiéndolos en el domicilio o en instituciones. Para su implementación y ejecución se hicieron acuerdos con universidades y entidades no gubernamentales, enraizando el programa y multiplicando su impacto.

⁴¹ Diferentes intérpretes convergen en señalar la importancia del Programa Nacional de Cuidadores de Personas Mayores para el reconocimiento de la ocupación de cuidador en la CBO (Debert y Oliveira, 2015; Silva, 2017).

“cuidadores de niños, jóvenes, adultos y mayores” –tal como se denomina– fue descrito como formado por aquellas personas que

cuidan de bebés, niños, jóvenes, adultos y mayores, a partir de objetivos establecidos por instituciones especializadas o responsables directos, celando por el bienestar, salud, alimentación, higiene personal, cultura, recreación y ocio de la persona asistida.⁴²

No obstante, el reconocimiento de la ocupación, junto con el Ministerio de Trabajo y Empleo (Ministério do Trabalho e Emprego), por la vía de su inclusión en la CBO, no implicó la reglamentación de esta actividad profesional por el Estado. Hasta el momento, no existen en Brasil garantías de empleo y derechos laborales asociados al ejercicio del trabajo remunerado como cuidadora.⁴³

Las iniciativas legislativas contaron con la constante movilización de las cuidadoras en busca de una reglamentación que normatizara las formas del ejercicio profesional de su trabajo, confiriéndoles derechos y creando reglas de protección propias.⁴⁴ Eso las rescataría –en especial

⁴² Véase <http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516210-cuidador-de-idosos>, consultado en 29/10/2018.

⁴³ Además, en un revés inesperado, el 8 de julio de 2019, el presidente Jair Bolsonaro vetó la propuesta de reglamentación que recibió la aprobación final en el Senado el 21 de mayo de 2019, después de una larga tramitación. La PLC 11/2016, aprobada por el Parlamento, reconocía (y regulaba el ejercicio de) la profesión denominada «Cuidador de Mayores, Niños, Personas con Discapacidades y Enfermedades Raras». Allí se establecía que la actividad solo podía ser ejercida «por diplomados en la escuela primaria [es decir, 8 años de escolaridad regular], como curso de calificación en el área, además de una edad mínima de 18 años, buenos antecedentes penales y certificados de aptitud física y mental». Con respecto a sus atribuciones, decía la PLC 11/2016: el cuidador «debe buscar la autonomía e independencia y celar por el bienestar, la salud, la alimentación, la higiene personal y la recreación de la persona que acompaña y da asistencia». Desde el punto de vista de los procedimientos formales, aunque es poco probable, este veto aún puede revertirse en el Senado de la República.

⁴⁴ Esta movilización, cuya historia aún no se ha escrito, encontró una gran resistencia entre los/las representantes de las profesiones de la salud, especialmente en el campo de la Enfermería (Oliveira, 2015; Silva, 2017), aunque ha contado con el apoyo del movimiento sindical de trabajadoras domésticas (véase la etnografía de la tramitación del proyecto de reglamentación elaborada por Silva, 2017). Sin embargo, en el cotidiano del trabajo en domicilio, las microrrelaciones entre «cuidadoras» y «domésticas» reflejan la tensión resultante de la necesidad de que delimiten sus actividades, diferenciándolas de la rutina del trabajo de las domésticas (Oliveira, 2015); un esfuerzo por distinguir el trabajo de cuidar de las actividades domésticas desarrolladas ya sea por empleadas remuneradas o por los propios residentes del domicilio (Araujo, 2019).

a las cuidadoras domiciliarias– de la clasificación como empleadas domésticas, actividad de la cual provenía gran parte de ellas y del que deseaban diferenciarse. Paradójicamente, conforme el marco jurídico actual y frente a la ausencia de una reglamentación específica para su trabajo, solo aquellas cuidadoras contratadas como “trabajadoras en domicilio” –como las domésticas– pueden beneficiarse de la Enmienda Constitucional de 2013, único instituto de reconocimiento y protección del trabajo remunerado prestado en residencias; en definitiva, una victoria de las empleadas domésticas en su busca de derechos.⁴⁵

La insistencia con que las trabajadoras domiciliarias esgrimen la identidad de “cuidadoras” –una palabra nueva, que apareció solo muy recientemente en el uso corriente de la lengua portuguesa en Brasil (Guimarães, 2016)– da la medida de su compromiso identitario, exitoso al diferenciar esa figura social y consustanciar un nuevo tipo de actividad en el día a día de los brasileños.

La base material de esa forma emergente de expresión simbólica se asienta en el reciente y rápido movimiento de mercantilización del cuidado en Brasil. De hecho, en los últimos cincuenta años, la incorporación femenina al mercado de trabajo casi se cuadruplicó. Como señalan Guimarães, Brito y Barone (2016), un movimiento mucho más rápido que el observado, para ese mismo período, en los países capitalistas de desarrollo originario (como Francia o Alemania) o en los de industrialización tardía (como Argentina o México). Más mujeres se incorporan al mercado de trabajo, en una tendencia posibilitada también por el menor número de hijos, dada la notable caída de la fecundidad en el período, segunda característica estructural relevante.⁴⁶ Por otra

⁴⁵ De hecho, la profesión de «trabajadora a domicilio» fue reglamentada por la Enmienda Constitucional N. 72, del 2 de abril de 2013, mientras que la reglamentación de la profesión de cuidadora tramitaba con dificultad en el Congreso. Al mismo tiempo, la prensa brasileña contribuía a desacreditar el reclamo por la existencia de la profesión ante la opinión pública (cfr. Guimarães, 2016). Una vez promulgada la Enmienda, se aseguraron a las cuidadoras domiciliarias que quisiesen/pudiesen registrarse formalmente como “trabajadoras domiciliarias” los derechos laborales mínimos conquistados por la intensa militancia de los sindicatos de trabajadoras domésticas, tales como: límites a sus jornadas de trabajo, salario mínimo, adicional por trabajo nocturno, jubilación y beneficios de protección por desempleo (como seguro de desempleo).

⁴⁶ Tal movimiento, como muestran los autores, tuvo como correlato los avances en educación entre las mujeres brasileñas.

parte, hay cada vez más personas mayores dependientes que deben ser cuidadas (Guimarães, Hirata y Sugita, 2011), y este es el tercer elemento importante en la configuración del escenario brasileño.

En este contexto, la provisión de cuidado se diversifica: junto con el emergente trabajo profesional, remunerado y público de la “cuidadora” persiste la forma dominante anterior, que era –y sigue siendo– ejercida en el espacio privado, en los domicilios, donde las mujeres se responsabilizan por el bienestar de las personas en situación de dependencia, especialmente los niños, las personas mayores y los discapacitados, sea como “amas de casa” o como “empleadas domésticas”.

Lo que cuenta institucionalmente como trabajo de cuidados en Brasil

En Brasil, como hemos visto, el reconocimiento reciente del trabajo profesional de cuidado a través de la producción de estadísticas no implicó el reconocimiento jurídico, que garantizara los derechos a la protección del trabajo de las cuidadoras como profesionales. Aun más, la diversidad de manifestaciones de este trabajo afecta la consideración de quién trabaja y de las condiciones en que se desarrolla la actividad.

Si suponemos que “cuidadora” es aquella que la CBO define como tal, se podría decir que hay un trípode de perfiles que forma esta categoría en Brasil, según el último censo disponible, realizado en 2010. Este trípode cubre el 95% de las ocupadas en el segmento, y se basa en tres figuras: las cuidadoras de niños (58% de las ocupadas), las cuidadoras en instituciones (24%) y las cuidadoras domiciliarias (14%). Sin embargo, cabe señalar que, de acuerdo con la tabla 2.1, el grupo de “trabajadoras de cuidados”, en 2010, correspondió a solo una cuarta parte del contingente de “trabajadoras en servicios domésticos”, las cuales, como veremos, también son proveedoras de cuidados. En consecuencia, estas serían (en términos numéricos) las proveedoras más relevantes de cuidados en Brasil, aunque permanezcan invisibilizadas como tales.⁴⁷

⁴⁷ Las cuidadoras de niños, especialmente numerosas (véase la tabla 2.1), son muy poco estudiadas, ya sea por quienes investigan el cuidado o por quienes analizan el empleo doméstico, donde aparecen diluidas. Integrarlas en el campo de los estudios de cuidado, como veremos a continuación, contemplando la diversidad de las relaciones de trabajo que establecen (ya sea remuneradas o no, en guarderías o en domicilios, entre otros), ha sido objeto de esfuerzos recientes. Para más detalles véase Moreno (2019).

Tabla 2.1

Brasil, 2010: ¿Quién es relevado en el trabajo de cuidados por el Censo?

Categorías	Frecuencia
Dirigentes de servicios de cuidados infantiles	6.518
Dirigentes de servicios de cuidado para personas mayores	657
Acompañantes y sirvientes particulares	1.455
Cuidadores de niños	741.745
Trabajadores de cuidados personales en instituciones	307.047
Trabajadores de cuidados personales en domicilios	174.979
Trabajadores de cuidados personales en servicios de salud no clasificados anteriormente	45.158
Subtotal ocupados en el trabajo de cuidado	1.277.559
Trabajadores de servicios domésticos en general	4.949.965

Fuente: IBGE. Censo Demográfico 2010.

Observándolo un poco más en detalle, se destaca un primer rasgo: esta es una tarea ejercida casi exclusivamente por mujeres.⁴⁸ Y esto vale tanto para el trabajo de cuidados domiciliarios, como para el servicio doméstico remunerado. En cualquiera de los grupos, las mujeres representan nada menos que el 94% de las personas ocupadas.

Sin embargo –y esto es específico del caso brasileño– tanto las “domésticas” como las “cuidadoras” son predominantemente negras. Negras y pardas representaban, según el Censo Demográfico de 2010, al menos los dos tercios de las mujeres dedicadas a estas ocupaciones. Esto las distingue del promedio de los brasileños, entre los cuales los negros ni siquiera llegaban, en 2010, a la mitad (46%) de las personas en actividad. Pero también es significativo que las blancas estuvieran proporcionalmente más representadas tanto entre las cuidadoras ocupadas en instituciones como entre aquellas personas que desempeñan funciones de mando en los servicios de cuidado (cualquiera fuese el tipo

⁴⁸ Rasgo que siempre nos hizo flexionar en femenino la remisión a las personas que se dedican al trabajo de cuidado en Brasil.

de institución en cuestión). Esto sugiere la superposición predominante, en Brasil, de la condición racial de la cuidadora y su lugar en las jerarquías, tanto funcionales (ya sea en cargo de mando o no) como de prestigio (ya sea en trabajo dentro o fuera del domicilio).

Domésticas y cuidadoras son trabajadoras con niveles de educación igualmente bajos. La mitad de las cuidadoras domiciliarias no habían concluido la escuela primaria en 2010. Entre las domésticas, este rasgo es aún más notable: el 63% carecía de cualquier educación o solo habían comenzado la escuela primaria, sin haberla concluido. Solo las cuidadoras en instituciones alcanzaron una mejor educación formal, lo cual profundiza su diferencia con las cuidadoras ocupadas en domicilios. Cuando se observa solo a las trabajadoras que prestan servicios en residencias, ya sea en la condición de cuidadoras o de domésticas, esta diferencia se atenúa.⁴⁹

Según el Censo de 2010, solo el 27% de las cuidadoras tenían acceso a los derechos del trabajo porque tenían contratos formales (con cédula de trabajo firmada).⁵⁰ Este es otro aspecto que las acercaba, en el momento del Censo, a las trabajadoras domésticas, sujetas a la misma desprotección, ya que solo el 34% de ellas tenían contratos formales.

Finalmente, y con respecto a las condiciones de remuneración, las cuidadoras brasileñas, especialmente aquellas dedicadas al cuidado domiciliario, eran casi tan mal remuneradas como las empleadas domésticas. Poco más de la mitad ganaba un salario mínimo en 2010; entre las domésticas, esa proporción era más elevada, y superaba el 70%. Esto contrastaba fuertemente con el promedio en Brasil, donde solo alrededor del 30% de los ocupados percibía una remuneración tan baja. Esto se combinaba con intensas jornadas de trabajo, aun mayores entre las cuidadoras que entre las domésticas: la mitad de ellas trabajaba más

⁴⁹ Esta característica nos permite, además, intuir los desafíos que plantea la calificación profesional de este grupo, dada su baja escolaridad. De hecho, como indicamos en otra ocasión (Guimarães et al., 2011), los requisitos para la formación profesional diferencian a las cuidadoras brasileñas de las que actúan en países como Francia y Japón.

⁵⁰ La cédula de trabajo (carteira de trabalho), una especificidad brasileña, ha sido instituida por Getúlio Vargas en 1932, inspirada en la "Carta del Lavoro", creada por Benito Mussolini en 1927. Documento obligatorio, desde 1934, registra y documenta todos los vínculos de empleo de un trabajador. Además, es el instrumento para acceder a derechos del trabajo y la seguridad.

de 40 horas semanales, mientras que entre las domésticas lo hacían menos de un tercio.⁵¹

En resumen, en Brasil el trabajo de cuidados está inmerso en el voluminoso conjunto formado por el trabajo domiciliario remunerado, realizado por las “domésticas”, a quienes no se las reconoce como “trabajadoras de cuidados” y de quienes las “cuidadoras” –ocupación de reconocimiento reciente– desean diferenciarse. Sin embargo, los indicadores observados reiteran la convergencia entre los perfiles de estos dos personajes principales del trabajo remunerado del cuidado en Brasil. Esto nos conduce a la necesidad de situar las múltiples e imbricadas formas que asume el trabajo de cuidar, tal como es ejercido y como adquiere significado en el cotidiano de las familias y de los individuos, en sus domicilios.

El trabajo domiciliario de cuidar: más acá y más allá de las ocupaciones de las cuidadoras⁵²

Una característica define a todas las formas de cuidar que trataremos en esta segunda sección. Los actos de cuidar no son socialmente reconocidos, y por ello no están institucionalmente codificados como ocupaciones de la rama del cuidado. Sin embargo, cuando las miramos más en detalle y observamos su significado social, vemos que las formas difieren en varios aspectos.

Así, hay situaciones en las que, aunque la actividad de cuidar es evidente, en Brasil no la entendemos como un “trabajo”. Esto se debe a que se oculta, encapsulada en otras nociones como el amor (por) o la responsabilidad (hacia) y se encarna en un conjunto de obligaciones sociales, en expectativas de comportamiento asociadas a las jerarquías y relaciones, de género y generacionales, en el seno del grupo familiar. Estas formas, aunque socialmente reconocidas como modos de

⁵¹ Para una descripción detallada de estas diferencias en el perfil y las condiciones de trabajo entre «cuidadoras» y «domésticas», véase Guimarães y Hirata (2016).

⁵² El marco analítico que sostiene la diferenciación entre las formas de reconocer la actividad del cuidado y que estructura este texto está mejor desarrollado en Guimarães (2019).

proveer cuidado a quienes se benefician de ellas, no se contabilizan institucionalmente en la lista de las actividades económicamente relevantes; debido a su característica no monetaria, no se reconoce un vínculo directo con el mercado. En consecuencia, las personas que las ejecutan tampoco son contabilizadas como parte de la población económicamente activa. Este circuito contempla el trabajo domiciliario y no remunerado de cuidados. Desde hace mucho tiempo este ha sido un objeto de interés en el campo de los estudios de género y trabajo, que han destacado tanto su notable invisibilidad como su desigual reparto entre grupos de sexo, edad y origen racial. Se cuida, pero no en una relación de trabajo, sino en una relación (jerárquica, desigual) de familia. Analizaremos este circuito más adelante.

Una tercera variante cubre aquellas formas de cuidar que, además de no clasificarse entre las llamadas “ocupaciones de cuidado”, porque no están socialmente reconocidas como tales, tampoco son significadas por quienes las realizan como trabajo, con algún valor de mercado. Están socialmente codificadas por los actores que en ellas interactúan como “ayudas”. A menudo se basan en relaciones de reciprocidad, establecidas en redes de vecindad, de amistad o incluso con la familia extendida. Su prevalencia es tanto mayor cuanto más nos acercamos a las situaciones de extrema pobreza.

Como veremos a lo largo de este segundo tópico, clase, género y raza son, en Brasil, marcadores cruciales para comprender la configuración de cada uno de estos circuitos. Sin tales intersecciones analíticas, difícilmente podríamos especificar con precisión cómo se configurarían el trabajo y las relaciones sociales de cuidados entre los brasileños, hoy en día. Solo con base en estos puntos de partida podemos comprender la dinámica de la socioeconomía del cuidado en el país.

El trabajo no remunerado de cuidar

Aunque el debate en torno al trabajo doméstico, su naturaleza, invisibilidad y desigual distribución haya entrado en la agenda de la sociología brasileña desde mediados del siglo XX (Saffioti, 1969; Souza, 1976), su medición tardía en las estadísticas oficiales deja entrever que la invisibilidad no es solo un atributo de su ejecución cotidiana, sino que se traslada a

su mensuración. Más tardío, sin embargo, parece haber sido el reconocimiento de la relevancia de la actividad no remunerada de cuidados ejercida en los domicilios, cuya medida oficial es aún más reciente. De hecho, no fue sino en 2001 cuando el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE) incorporó a su Encuesta Nacional de Hogares (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD) el tema del tiempo promedio dedicado semanalmente a las tareas domésticas, mensurándolo, desde entonces, regularmente.

Los datos que la PNAD comenzó a recopilar dieron lugar, en el transcurso de los años 2000, a reflexiones significativas, las primeras a partir de estadísticas nacionales, que desde entonces se han generado en serie. Soares (2008) encontró que la jornada femenina en tareas domésticas era más del doble que la masculina. Soares y Saboia (2007) mostraron que la posición en el hogar estaba asociada con la carga de tareas asumida; así, entre las mujeres cónyuges tal carga era tres veces mayor que entre los hombres cónyuges; y entre los “hijos”, los varones tenían la menor jornada de tareas domésticas. Melo y Castilho (2009) señalaron que las variaciones entre los niveles de educación también afectaban la distribución de la carga de trabajo entre los grupos según el sexo; las mujeres con un bajo nivel educativo dedicaban un 54% más de tiempo que los hombres con un nivel educativo similar, una diferencia que se reducía al 37% entre los grupos con un nivel educativo más alto.

Dos desdoblamientos importantes tuvieron lugar en los años 2000 con respecto al estudio del trabajo domiciliario no remunerado de los cuidados en Brasil. El primero respondió a una diferencia metodológica con el modo con que la PNAD mensuraba el fenómeno. Se realizó, entonces, un estudio piloto en 2001 en tres vecindarios de Río de Janeiro, sobre la base de entrevistas retrospectivas y el uso de diarios de campo, adoptándose además la clasificación internacional para las tareas desempeñadas. De esto resultó un hallazgo interesante: las actividades de cuidados pasaron a ser mejor diferenciadas con respecto a las tareas domésticas generales, las cuales, a su vez, pasaron a ser mejor clasificadas. Como resultado, se observó que en el grupo comprendido entre los 25 y los 34 años era donde las cargas de trabajo doméstico no remunerado más diferían entre los hombres y las mujeres.

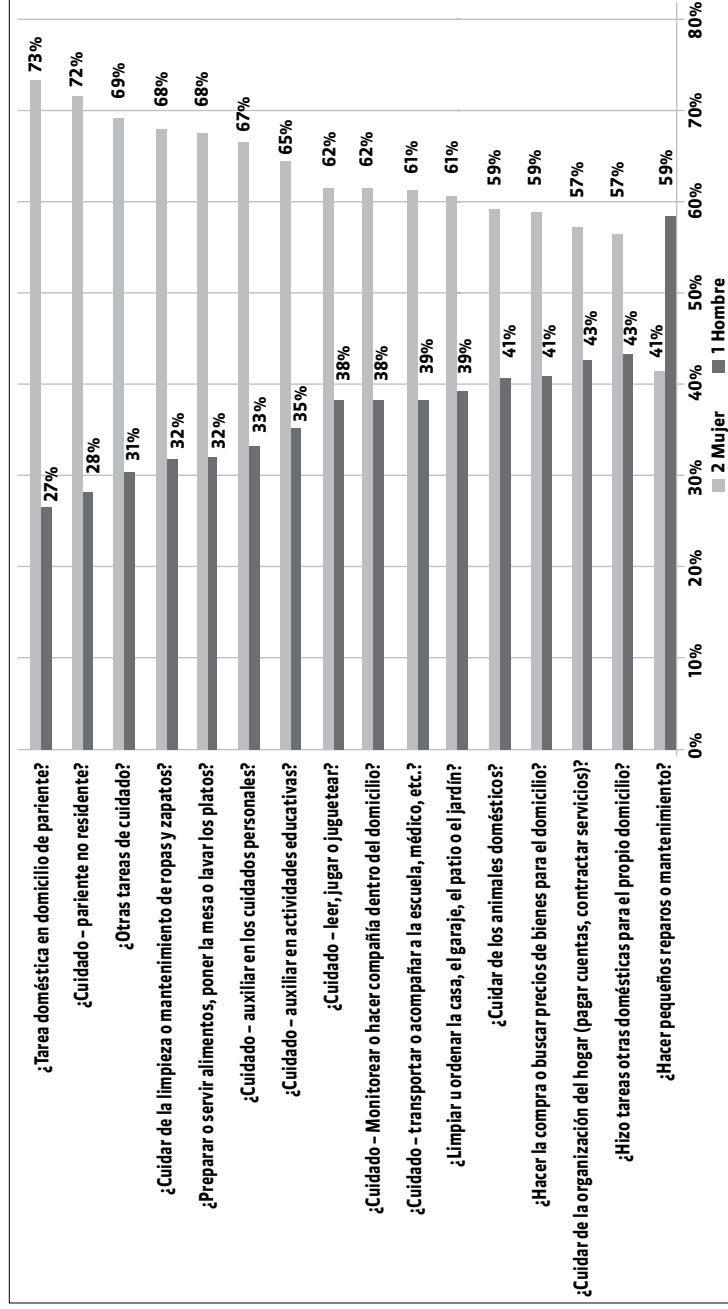
Más aún, tales diferencias se profundizaban cuando se comparaban las horas asignadas a las tareas generales con aquellas dedicadas al cuidado. En las primeras, las mujeres tenían un 90% más de carga que los hombres; y en el cuidado, esta diferencia alcanzaba el 134% (IBGE, 2001; en Jesus, 2018: 36). Posteriormente, en 2009, el IBGE llevó a cabo una encuesta por muestreo en 12.000 domicilios ubicados en cinco Estados (Pará, Pernambuco, San Pablo, Rio Grande do Sul y el Distrito Federal) para probar la metodología de recolección mediante diarios de campo, alineada con las convenciones internacionales en la materia. Arrojó un nuevo resultado interesante: fue posible explorar diferencias regionales previamente inéditas. Aprendimos, entonces, que una variación significativa en la incidencia del trabajo doméstico diferenciaba a las regiones brasileñas: en Pernambuco, por ejemplo, solo el 31% de los hombres realizaba ese tipo de trabajo, mientras que ese índice era del 65% en Rio Grande do Sul (IBGE, 2001; en Jesus, 2018: 37).

El segundo desdoblamiento importante tuvo lugar en 2016. Cambios metodológicos en la PNAD, que pasó a llamarse PNAD-Continua, consolidaron perfeccionamientos en la medición de las cargas domiciliarias y su asignación. Las actividades domésticas y de cuidado pasaron a integrar un grupo denominado significativamente “otras formas de trabajo”. De esta manera, la categoría “trabajo” pasó a abarcar también las formas no remuneradas, a las que antes no se les daba más que el estatuto analítico de “tareas”. La producción para su propio consumo, el cuidado de las personas, las tareas domésticas y el trabajo voluntario se convirtieron en las cuatro grandes formas investigadas. Esto permitió un retrato cuantitativo abarcador, preciso e interesante de esta variante del cuidado que se realiza en el domicilio bajo la forma de trabajo no remunerado. Una modalidad que, como vimos, siempre estuvo fuertemente imbricada con la idea de que ciertas actividades son “obligaciones” que algunos miembros deben asumir dentro de las familias.

En medio de tantos cambios en la medición de las cargas domiciliarias, las continuidades de los hallazgos no dejan de ser inquietantes. Así, las observaciones realizadas por Pinheiro y Medeiros (2016: 9) a partir de la PNAD 2009 sirven para retratar la realidad de la PNAD 2017 (véase el gráfico 2.1). Los autores señalaron que:

... las mujeres siguen siendo responsables de aquellas actividades rutinarias, menos optativas o discrecionales y con menos posibilidades de posponerse (como lavar la ropa y las vasijas, planchar, limpiar la casa, cuidar a los niños, cocinar), que también requerirían más tiempo. Los hombres, por otro lado, encajarían en las actividades más ocasionales y flexibles que, en cierta medida, también se han percibido como más placenteras que otras, como reparaciones menores del hogar, cuidado del jardín, cuidado del automóvil o pago de facturas (Pinheiro y Medeiros, 2016: 9).

Gráfico 2.1 - Brasil, 2017: Porcentaje de mujeres y hombres que realizan tareas domésticas y de cuidados, según el tipo de tarea



Fuente: IBGE PNAD. Continua Anual 2017.

Los datos de la PNAD-Continua 2017 muestran aun la persistencia de la desigual distribución de las responsabilidades entre los sexos en los diferentes grupos etarios. Sigue correspondiendo a las jóvenes la carga más importante del trabajo de cuidado, a diferencia de los jóvenes, lo que agranda el grupo de aquellas clasificadas en la situación de que “ni estudian ni están comprometidas con el mercado de trabajo”. Persisten, en el mismo sentido, las desigualdades entre grupos raciales, y las mujeres afrodescendientes son las más afectadas al trabajo domiciliario no remunerado de cuidado. Tales desigualdades se profundizan cuando se trata del trabajo no remunerado de cuidado de personas, a diferencia del cuidado del ambiente doméstico.

El trabajo doméstico remunerado de cuidar

En Brasil, la conjunción de la falta de políticas públicas y de presupuesto para atender adecuadamente la demanda de cuidados, así como la oferta limitada y costosa del cuidado privado e institucional, generan dificultades para atender las necesidades de cuidados dentro de las familias, que se resuelven apelando a las trabajadoras domésticas. Según un informe global reciente sobre el trabajo de los cuidadores en el mundo, Brasil se destaca (junto con Sudáfrica, Argentina, Uruguay y Venezuela) entre los países con un nivel medio-alto de demanda de cuidados, que son suministrados mayormente por el trabajo doméstico (ILO, 2018).

En efecto, el trabajo doméstico remunerado, aunque no reconocido como un trabajo profesional de cuidado, ha sido la mayor fuente de provisión de mano de obra para el cuidado domiciliario en Brasil. Esto se explica, en gran medida, porque, como visto, la creciente participación femenina en el mercado de trabajo no avanzó a la par de un involucramiento más intenso de los hombres y demás miembros de la familia en las tareas domésticas (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016, 2017). Además, el país carece de políticas públicas eficaces de apoyo al cuidador domiciliario y de conciliación de los trabajos productivo y reproductivo, como la oferta pública de guarderías o el cuidado de los mayores, temas que trataremos en las secciones siguientes. Igualmente, los legisladores se oponen a la sanción de licencias parentales más largas y compartidas.

En este contexto de desequilibrio, la trabajadora doméstica ha sido la principal sustituta en el trabajo domiciliario de las mujeres de clases media y alta que trabajan fuera del hogar. Actúan como proveedoras de cuidados a mayores, niños, enfermos y otro tipo de dependientes, amortiguando los conflictos familiares en torno a la administración cotidiana de los servicios del hogar (Bianchi, Milkie y Sayer, 2000). Según los datos censales más recientes, aproximadamente 1 de cada 6 mujeres ocupadas en Brasil, en 2010, ejercía el oficio de empleada doméstica, la mayoría remuneradas de manera mensual (denominadas “mensalistas”), polivalente, no residente en el lugar de trabajo, sin calificación profesional, sin cédula de trabajo firmada, sin representación sindical y sin cobertura de la seguridad social.

Mirando al otro lado del espejo vemos que, del total de domicilios privados y permanentes que existen en el país, en 2008-2009 solo el 16% tuvo gastos en la contratación de este tipo de servicios. La principal diferencia entre este sector y el 84% de domicilios que no contratan este servicio es el ingreso familiar per cápita, mucho más que la necesidad de cuidados domiciliarios de la familia (Guerra, 2017). Si tomamos como base solo los domicilios contratantes, se verifica que la cantidad de prestadores de servicios domésticos por domicilio crece según aumenta el ingreso familiar per cápita. Vale decir que el trabajo doméstico remunerado en Brasil constituye un bien de lujo (Guerra, 2017).

Así, más que una mera fuente de provisión de cuidados, la presencia habitual de la trabajadora doméstica en los hogares de clase media y alta es un rasgo cultural distintivo de la organización de la vida cotidiana de los más ricos de la sociedad brasileña, heredado de los tiempos de la esclavitud. Esta herencia histórica de servidumbre y devaluación del papel social de la mujer, junto con la extrema concentración de los ingresos típica del país, son los factores que explican por qué la actividad sobrevivió con tanto vigor a la modernización y funciona, hasta hoy, como una puerta de entrada al mercado de trabajo para mujeres de bajos ingresos, negras y con escasa educación, especialmente durante los períodos de contracción del empleo.

Pese a los rasgos típicos que aún prevalecen entre las brasileñas que ejercen la actividad, algunas características de las trabajadoras

domésticas han cambiado significativamente en las últimas décadas, con énfasis en el envejecimiento progresivo de la categoría, la casi extinción del fenómeno de residencia en el lugar de trabajo y el aumento del peso relativo de las jornaleras (“diaristas”). Estos procesos, que también experimentan otros países latinoamericanos (Rodgers, 2009; Valenzuela y Mora, 2009; Harris, 2007; Kuzneso, 1989; Gálvez y Todaro, 1989), han sido determinados por cambios estructurales tanto en las condiciones de la oferta como de la demanda de servicios domésticos.

En cuanto a la demanda, los principales determinantes son la reducción de la cantidad de hijos por mujer y el tamaño de los domicilios, el surgimiento de nuevos tipos de arreglos, la valorización de la privacidad del hogar, además de la difusión de nuevas tecnologías y bienes de consumo doméstico. En el caso de Brasil, también incide el paulatino encarecimiento del trabajo doméstico remunerado de naturaleza continua (debido a los aumentos en el salario mínimo y los cambios en la regulación laboral del sector), lo que lleva a la clase media a preferir a la jornalera (“diarista”), en lugar de la trabajadora residente o en jornada completa, con remuneración mensual (Vicieli, 2015; Dieese, 2013; Marques y Costa, 2013; Sorj y Fontes, 2012; Wajnman, 2012; Myrrha y Wajnman, 2007).

En relación con la oferta, un factor determinante es el aumento de la escolarización femenina a partir de la década de 1990. Esto hace que, con cada nueva generación de mujeres que se incorpora al mercado de trabajo, aumenten las posibilidades de las más pobres para ingresar, con más facilidad, en ocupaciones más calificadas y de mayor prestigio social que los servicios domésticos remunerados. Otros factores importantes son la reducción del flujo migratorio rural-urbano que, hasta mediados de los años 1980, era la principal fuente de oferta de domésticas residentes en los lugares de trabajo (Melo, 1998) y, más recientemente, la creciente preferencia de las propias trabajadoras por una ocupación que ofrezca más posibilidades de una mejor remuneración, de tener un horario de trabajo más flexible y ser más independiente respecto a la familia contratante, como el trabajo por día (Fraga, 2010). En resumen, se trata de transformaciones estructurales que tienden a intensificarse, lo que indica un cambio profundo en el tipo de relación históricamente establecida entre las trabajadoras domésticas y sus empleadores.

Las “ayudas”: redes y provisión del cuidado en situaciones de (extrema) pobreza

Una tercera modalidad del trabajo de cuidar, igualmente relevante para caracterizar el contexto brasileño, se refiere a aquellas formas que, además de no ser clasificadas entre las llamadas “ocupaciones de cuidado” porque no son reconocidas social e institucionalmente como tales, tampoco son representadas por quienes las desempeñan como “trabajo de cuidado”, ni siquiera como “trabajo”. Son socialmente codificadas por los propios actores como “ayudas”.⁵³

El término nativo “ayuda” enfatiza la dimensión del afecto, el celo y la atención a las necesidades de quienes la demandan, en detrimento de la idea de transacción económica. El conjunto de las diversas actividades abarcadas tiene una característica importante en común: son desempeñadas entre y para individuos con quienes se mantienen fuertes vínculos personales, engendrados en las relaciones de afecto y/o cercanía. No sin razón prevalece la percepción de la dimensión relacional en detrimento de la mercantil o económica. Por ello, la categoría “ayuda” evidencia la dimensión de reciprocidad, que difiere de las donaciones sin contrapartida; es decir que la “ayuda”, ya sea mediante intercambios monetarios o no monetarios, implica una relación de “dar, recibir y retribuir”.⁵⁴ Además, aleja el sentido de “trabajo” de tal manera que las mujeres que asumen protagonismo en estas redes familiares y comunitarias de cuidado, y desempeñan dicha actividad de forma intensa y regular, no se consideran ni son vistas (por la familia, el vecindario y los servicios de asistencia) como trabajadoras.

Tales responsabilidades compartidas de cuidado desbordan la esfera más inmediata del domicilio, e incluso del grupo familiar extendido, lo que le otorga a esta modalidad del cuidado un carácter colectivo y

⁵³ Sin embargo, las estadísticas sociodemográficas brasileñas no son sensibles para capturar el ejercicio de actividades de cuidado no remuneradas en el domicilio de otra persona. Véase el gráfico 2.1, por ejemplo, donde solo el 3% de las mujeres informan que realizan actividades de cuidado en domicilios de parientes. Son los estudios etnográficos los que han señalado la relevancia de esta modalidad. Véase, por ejemplo, el reciente estudio de Vieira (2017).

⁵⁴ Si la retribución es una constante, y se espera alguna contrapartida en esta relación de reciprocidad, el modo en que se retribuye la «ayuda» es variable, desde el intercambio de «favores» hasta alguna circulación monetaria, sin que haga de esta una relación de cambio monetizada.

comunitario. Pero, como podría esperarse, la asignación de roles en estas redes está enraizada en los marcadores sociales de género y edad. Son sobre todo las mujeres adolescentes y las adultas las que tienen la responsabilidad de cuidar a las generaciones más jóvenes (hijos, nietos, sobrinos) y a los mayores (abuelos, padres y tíos), así como a los enfermos y adictos químicos de cualquier edad o generación.

Al evocar el papel central de las redes familiares y comunitarias en la provisión del cuidado en situaciones de (extrema) pobreza, intentamos capturar, en toda su amplitud, las diferencias de clase que configuran la realidad brasileña. De hecho, esta vertiente del cuidado –que se expresa no como una ocupación ni como un trabajo de cuidado, ni siquiera como un trabajo, sino como una “ayuda”– es, por excelencia, la modalidad presente en las poblaciones pobres y vulnerables. Estas se reproducen en condiciones demarcadas por la ausencia –o fragilidad– de la asistencia social y la imposibilidad –o dificultad– de recurrir al mercado de servicios de cuidados: ni del Estado (mediado por las políticas de cuidado) ni del mercado (al que se accede por medio del poder de compra). Por lo tanto, solo existen redes de reciprocidad (sostenidas por el apoyo comunitario o el de la familia extendida).⁵⁵

El cuidado de los mayores

Las desiguales formas del envejecer y los desiguales medios de acceso al cuidado en Brasil

El envejecimiento del conjunto de la población se ha verificado en los países más diversos a raíz de la caída de la fertilidad y la mortalidad. También en Brasil el crecimiento de la población de personas mayores

⁵⁵ Es cierto que las «ayudas» también pueden aparecer entre las estrategias eventuales de gestión de «urgencias» familiares, en grupos sociales de mayor poder adquisitivo, en una división del trabajo de apoyo que se realiza entre mujeres de diferentes generaciones dentro de una misma familia. Las ayudas de las abuelas con el cuidado infantil, por ejemplo, son un recurso recurrente en las fracciones de clase media que no accionan el dispositivo de las “baby sitters”. Sin embargo, son una expresión de la continuidad del reparto (intergeneracional y entre mujeres) de las responsabilidades del cuidado, consideradas como «femeninas» y movidas por el «amor».

ha sido significativo. El índice de envejecimiento (razón entre la población anciana y la población joven), que había aumentado ligeramente entre 1980 y 1991, cuando pasó de 15,9 a 21, aumentó en los diez años siguientes y llegó a 48,8 en 2010. En este mismo período se diferenciaron las tendencias entre los grupos de sexo, más acentuadas entre las mujeres (50,7) que entre los hombres (39,2). Según Camarano, Kanso y Fernandes (2016), entre 1980 y 2010 los índices brasileños de envejecimiento de la población se acercaron a otros países en desarrollo, como Chile (donde variaron entre 26,1 y 64,9) y México (entre 12,8 y 30,9). Sin embargo, dada la magnitud de su población, en Brasil hay un desafío de escala: tal crecimiento representó un aumento de la población de 13 millones de personas mayores solo en los treinta años comprendidos entre 1980 y 2010, y más de 5 millones en el lustro 2012-2017.

Otra característica de la situación actual de las personas mayores en Brasil es que son agentes relevantes en el proceso de obtención de ingresos, especialmente entre los más pobres. Esto se debe a que, para una parte significativa de los mayores brasileños, la jubilación no implica salir del mercado (Wajzman, Oliveira y Oliveira, 2004; Camarano et al., 2016). Continuar trabajando, especialmente entre los pobres, ha sido una forma de complementar el bajo valor de las pensiones. Sin embargo –esta es otra peculiaridad de Brasil–, solo muy recientemente se ha universalizado el derecho a la jubilación, que hasta la Constitución de 1988 no incluía a los trabajadores y trabajadoras rurales. En 1992, se equipararon las condiciones de acceso al beneficio entre hombres y mujeres, se redujo el límite de edad (60 años para los hombres y 55 para las mujeres), y se estableció un salario mínimo como piso de todo beneficio.⁵⁶

Junto con la universalización en el acceso a la jubilación, la garantía de un ingreso mínimo para los mayores en extrema pobreza (donde el ingreso por persona del grupo familiar del beneficiario sea inferior al

⁵⁶ La reciente reforma de la legislación de seguridad social cambiará, en términos sucesivos, las condiciones de acceso al beneficio (dificultándolas) y el modo de calcular los valores que se percibirán (lo que afectará el poder de aportar ingresos para los mayores). La crisis que ha tenido lugar desde 2014 ha reducido la inversión pública en varias de las políticas sectoriales que han dado efecto a este órgano normativo. Asimismo, se alteró la gestión de estas políticas con la reorganización ministerial, notable en el ámbito de la gestión de la política social, como consecuencia del comienzo del gobierno de Jair Bolsonaro.

25% del salario mínimo) fue otro factor determinante para alterar su rol, convirtiéndolos a menudo de dependientes en proveedores (Delgado y Cardoso, 2004). Así, la Ley Orgánica de Asistencia Social (1993) les dio la posibilidad de acceder al Beneficio de Prestación Continua (BPC), con un salario mínimo mensual para las personas de 65 años o más que demuestren no tener medios para proveerse su propio mantenimiento ni para obtenerlo de su familia, ya sea que hayan contribuido regularmente o no a la seguridad pública.⁵⁷ Este importante mecanismo de protección social alcanzó, en 2016, a casi 4,5 millones de personas (Jaccoud, Mesquita y Paiva, 2017).

Además, en Brasil se observa una abundante producción de propuestas, leyes, decretos y medidas dirigidas a los mayores (Debert, Guimarães y Hirata, 2020). Desde la redemocratización de los años 1980, se han consagrado importantes cambios institucionales. A lo largo de la década de 1990, diversos dispositivos constitucionales fueron reglamentados y ampliaron su protección, con especial énfasis en la ley que instituyó la Política Nacional de Adultos Mayores (Política Nacional do Idoso, PNI), de 1994 (reglamentada en 1996), y la Ley de Asistencia Social (LOAS), de 1993, que instituyó el BPC, como ya mencionamos. El “Estatuto del Mayor” fue aprobado en 2003 y reúne una extensa serie de leyes y políticas actuales.

La gestión del cuidado de los mayores en instituciones

Carecemos de datos actuales y detallados sobre la gestión del cuidado de las personas mayores en Brasil en instituciones. El estudio disponible más preciso fue conducido, entre 2007 y 2009, por el *Instituto de Investigación Económica Aplicada* (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA) e incluyó 3548 instituciones de larga estadía para adultos mayores (Instituição de Longa Permanência de Idosos, ILPI) distribuidas en varias regiones del país (Camarano y Barbosa, 2016; Camarano et al., 2016). El informe señala que la acción pública directa era residual: la mayoría de las instituciones de larga permanencia eran de tipo filantrópico (65,2%), y solo el 28,2% eran privadas y el 6,6%

⁵⁷ Tal beneficio también fue concedido a personas con discapacidad.

eran públicas o mixtas. Por otro lado, esta vía de provisión de cuidados a personas mayores era muy reciente, ya que alrededor del 61,4% de las instituciones se habían creado desde 1980. Además, era notable su concentración en las áreas más desarrolladas del país, y la región sudeste poseía 2/3 de las ILPI existentes. Fueron las privadas las que sostuvieron el crecimiento del sector.

La baja oferta de instituciones de residencia para mayores, así como el reducido número de personas acogidas, reflejaban, como bien señalaron Camarano et al. (2016), el fuerte estigma que involucra esta modalidad de provisión del cuidado en Brasil. Camarano y Barbosa documentaron, además, la polaridad social existente: mientras que las instituciones públicas y filantrópicas proporcionaban abrigo a las personas mayores pobres, las privadas proveían cuidados a personas mayores frágiles y de ingresos medios o altos. La investigación ha demostrado que, si bien se observa el predominio de mujeres en instituciones filantrópicas públicas y en instituciones privadas, las mujeres predominan en instituciones con fines lucrativos, junto con la población más anciana.

Entre 2009 y 2011 se llevó a cabo una encuesta internacional comparativa en Brasil, Francia y Japón sobre el cuidado de personas en tres ILPI de cada país.⁵⁸ De ahí surgieron tres grupos de evidencias nuevas e interesantes. En primer lugar, se reitera la importancia de la división de clase en la provisión del cuidado. Así, el trabajo en dos de las instituciones (una privada y una filantrópica) era realizado por cuidadores con bajo nivel de formación y bajos salarios, y la tercera institución observada, de naturaleza privada y dirigida a personas mayores de clases más altas, reclutaba auxiliares y técnicos de enfermería, de modo de garantizar un nivel más elevado de formación certificada, aunque los contratase y los remunerara como cuidadores. El segundo aspecto interesante se refiere al origen de las cuidadoras. En Brasil, estas procedían en su mayoría de otros estados de la Federación y no de otros países, como en los casos francés y japonés. De modo que era un mercado alimentado por el proceso de migración interna. Finalmente, el tercer hallazgo relevante se

⁵⁸ Se trata del proyecto realizado por Helena Hirata. En Brasil, las ILPI observadas se ubicaban en la Región Metropolitana de San Pablo.

refiere a las trayectorias profesionales de las personas que proveían los cuidados. El estudio determinó que las cuidadoras que actuaban en instituciones tenían un pasado marcado por repetidos pasajes en el mercado informal y por la realización de actividades muy diversas, generalmente en las llamadas profesiones “femeninas”.

La acción institucional en el cuidado domiciliario de personas mayores: experiencias de política pública

Una mirada atenta permite identificar iniciativas innovadoras con respecto a la acción pública en el cuidado de los mayores, que apuntan a nuevos horizontes de posibilidades, más allá de la institucionalización de la persona mayor.

Araujo (2018), en una investigación reciente, siguió la experiencia del Programa de Acompañamiento de Mayores (Programa de Acompanhamento de Idosos, PAI). Creado en 2007 como parte de las acciones de Atención Básica de la Salud de la Municipalidad de San Pablo, adoptó la modalidad de cuidado domiciliario como un servicio público para aquellos en situaciones de fragilidad clínica y vulnerabilidad social. Si bien se limita a un municipio, el más poblado y desarrollado del país, la experiencia del PAI es importante debido a su capacidad para mostrar otra forma de implementar el cuidado de las personas mayores, por iniciativa del poder público y en la interacción entre la acción pública y la vida privada (Paschoal, 2013).

Cada equipo del PAI atiende a las personas mayores domiciliadas en las áreas adyacentes a su localización. Un Plan de Cuidados, elaborado inmediatamente después de su inclusión en el Programa, define las acciones que se llevarán a cabo con cada persona mayor atendida, como por ejemplo definir el nivel de complejidad situacional, que se revisa cada seis meses. En cada nivel corresponden visitas o acciones de los “acompañantes de mayores”, que pueden tener lugar entre 1 y 4 veces por semana (Batista y Perez, 2013: 39; Prefeitura Municipal de São Paulo, 2016: 63). Cada equipo multidisciplinario⁵⁹ debe celebrar reuniones

⁵⁹ Cada equipo se compone de 1 coordinador(a), 1 médico(a), 1 enfermero(a), 2 auxiliares o técnicos de enfermería, 1 auxiliar administrativo y 10 acompañantes de mayores.

semanales para la discusión de los casos, evaluar resultados y proponer acciones. Como observó Araujo (2018), el límite adecuado para el vínculo entre el acompañante y la persona mayor se constituye en objeto de reflexión, establecido en las directrices del Programa, y el “cansancio de las emociones” de las acompañantes es un tema recurrente.

Otra iniciativa en curso en la Municipalidad de San Pablo es la experiencia de los Centros de Día. A diferencia de la institucionalización, su objetivo es atraer a personas mayores semidependientes, que se convierten en beneficiarios de cuidados a largo plazo, realizados en el propio establecimiento. Sin embargo, cabe destacar que la oferta de equipamiento público de cuidados en San Pablo está muy por debajo de la demanda. De hecho, el número de personas mayores en ese estado es de 1.733.664 (14,75% en 2018, según datos de la Fundación SEADE) y el número de plazas proporcionadas por los diferentes organismos públicos (Centros de Día, ILPI, PAI, Centros de Convivencia, Centros de Acogida Especial, etc.) son solo 19.660 unidades.

Las cuidadoras domiciliarias y las agencias intermediadoras

Como hemos señalado, en Brasil las alternativas familiares están representadas como preferenciales, tanto por los individuos como por la legislación. Sin embargo, los cambios en la configuración familiar, asociados tanto con la reducción de su tamaño como con la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo, indican que la oferta de cuidadores familiares no remunerados se ha reducido. Se podría suponer que la expansión de la provisión del cuidado debería asentarse en el mercado o en el Estado (Ventura-Dias, 2012). Sin embargo, lejos de un proceso de sustitución, en línea con lo que se observa en los países desarrollados, dicho movimiento adquiere matices más complejos en el caso brasileño, dada la división de clase en el acceso a los servicios de cuidados de personas. Así, entre las redes familiares y los circuitos de las “ayudas” que protegen a los mayores dependientes más pobres, por un lado, y las instituciones privadas que cuidan de los mayores frágiles de los grupos de más altos ingresos, por otro, se destaca, de modo creciente, el grupo de profesionales que proveen cuidados domiciliarios. Su presencia es cada vez más visible en las grandes áreas urbanas del país.

En el contexto de creciente mercantilización del trabajo en Brasil, ganaron relevancia los agentes privados de cuidado domiciliario remunerado. Un protagonismo comprensible, dada la escasa presencia del sector público, ya sea en la reglamentación, la formación o la intermediación de oportunidades de trabajo para cuidadoras. Proliferan los intermediarios en este mercado, como agencias de empleo y empresas de prestación de servicios de apoyo a la planificación familiar del cuidado. Las agencias de empleo y las empresas de trabajo temporal se han revelado un objeto estratégico en sí mismo (Guimarães, 2010). En el caso específico, estas participan en el mercado de oferta de capacitación de cuidadoras, certificándolas, aun de modo informal. También son centrales en la intermediación de su trabajo, así como en el asesoramiento a las familias de los demandantes de cuidados, por el conocimiento que acumulan. En resumen, son un campo fértil para reflexionar sobre las interconexiones entre lo público y lo privado, lo mercantil y lo no mercantil en la provisión de cuidados.⁶⁰

Si tomamos el prisma de la conducta de los clientes, se observa que las familias inicialmente tienden a recurrir a la empleada doméstica para proveer cuidados a un mayor ante su primer declive. Sin embargo, en la medida que aumenta su dependencia, terminan por recurrir a una cuidadora y, por consiguiente, a la agencia, que tiene como grandes atractivos su cartera de profesionales y la posibilidad de dar referencias confiables sobre ellos/as.⁶¹ En el caso de una agencia en una encuesta reciente, por ejemplo, su base de datos, en 2016, constaba de unas 300 profesionales; de estas, solo el 30% estaba empleado al final de aquel año, según la propietaria, en un contexto de crisis.

⁶⁰ En los siguientes párrafos, utilizaremos los resultados provenientes de entrevistas sucesivas con el responsable jefe de una agencia de empleo para cuidadoras, inaugurada en 2012, tomadas en el marco de un estudio empírico realizado por Helena Hirata y Nadya Araujo Guimarães en la ciudad de San Pablo.

⁶¹ En algunos casos, los atractivos adicionales pueden provenir de la transferencia a la agencia de la responsabilidad por la gestión del contrato, o incluso de la creencia de que, con este tercer actor intermediando la relación, sería posible eximir cualquier responsabilidad por cargos laborales, también transferidos a la agencia.

Desde el punto de vista de las cuidadoras, las entrevistas realizadas sugieren que lo que las atrae a la agencia es la posibilidad de obtener alguna certificación para la formación que generalmente creen que ya poseen, proveniente de la experiencia previa de haber realizado trabajos de cuidado, ya sea para los miembros de su propia familia, ya sea para miembros de familias donde habían trabajado como domésticas asalariadas.⁶²

En relación con las estrategias de ajuste ante la crisis económica, el testimonio de la responsable de una agencia es elocuente en cuanto a los márgenes de maniobra desplegados por las familias en un servicio tan fuertemente mercantilizado. Según la agencia, las familias de clase media que mantenían a sus mayores en ILPI los estaban sacando, debido al alto costo de la permanencia. Además, ante la crisis que les disminuyó sus ingresos y las nuevas normas sobre las jornadas máximas de trabajo en los nuevos contratos de las cuidadoras, firmados con la condición de “trabajadoras domiciliarias”, las familias buscarían ahorrar en el cuidado de sus mayores, restringiéndose a pagar jornadas parciales de 6 a 8 horas. Para completar el tiempo de atención que requerían, redistribuyeron el trabajo, sobre todo el nocturno (de más alto costo) entre los miembros de la familia. Al mismo tiempo, con la crisis y la experiencia del desempleo, el número de hombres que buscan formación o una certificación como cuidadores estaría en aumento, lo que tendería a modificar gradualmente la división sexual del trabajo del cuidado domiciliario.⁶³

El cuidado infantil

Los análisis sobre el cuidado, en Brasil, tendieron a centrarse en el tema de la atención destinada a los mayores. Esto no significa que el cuidado infantil tenga menor relevancia, dados los desafíos planteados por el

⁶² En ausencia de una regulación profesional que estandarice los mínimos de certificación y nivele las condiciones para la competencia en este mercado, múltiples son los agentes formadores (que no están restringidos a agencias de intermediación) y variada es la oferta de formación (cuyo alcance, amplitud y costos varían de manera significativa).

⁶³ La misma tendencia fue observada antes, en el caso japonés, por Hirata, Makridou y Matsuo (2017).

caso brasileño, con sus especificidades y su intensa desigualdad social. Para comprender mejor las formas de provisión y los modos de participación de las trabajadoras en el cuidado infantil, es conveniente tener en cuenta un aspecto preliminar: el cuidado de los niños pequeños en Brasil se caracteriza por ser mayoritariamente realizado en el ámbito familiar, por las mujeres, y con destacado papel de las “niñeras”, quienes no son reconocidas como “trabajadoras de cuidado”, sino como “empleadas domésticas”, como vimos. De ese modo, en esta cuarta sección, trataremos de llenar el vacío que existe respecto al cuidado de los niños pequeños realizado en el ámbito extradoméstico. Focalizaremos, así, la política de guarderías y la diversidad de los actores que realizan este tipo de tareas.⁶⁴

El grupo de edad correspondiente a lo que aquí denominaremos como “niños pequeños” es definido por el marco legal vigente en Brasil, así como por la organización de la política de educación infantil. Según lo dispuesto por la Ley 13.257/2016, se considera “primera infancia” al período comprendido por los primeros seis años de vida de los niños y, siguiendo la división de los grupos de edad establecida en la política de educación infantil, se entiende el lapso hasta los 3 años como la edad de la guardería, y entre los 4 y 5 años como la edad preescolar. Este grupo hasta los 5 años configura, así, el público de la “educación infantil”.

La Constitución Federal de 1988 sancionó en Brasil el derecho a la guardería, reconocido como un derecho social tanto de los y las trabajadoras con hijos de 0 a 5 años como de los niños; es decir, simultáneamente, un derecho al trabajo y a la educación. En los últimos treinta años, numerosas leyes y normativas han determinado los caminos de la política de guarderías.⁶⁵ Como resultado de esta organización de la política de educación infantil y su financiación, el acceso a las guarderías se ha ampliado significativamente. En 2003, solo el 11,7% de los niños

⁶⁴ Para más datos, véase Moreno (2018).

⁶⁵ La principal fue la consideración de la guardería y la preescola como la primera etapa de la educación básica, conformando la Educación Infantil, de acuerdo con la Ley de Directrices y Bases de 1996; a esta siguió, en 2007, la reglamentación de su financiación (como resultado de la Enmienda Constitucional de 2006), a través de la creación del Fondo para el Mantenimiento y Desarrollo de la Educación Básica y la Valorización de los Profesionales de la Educación (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização de Profissionais da Educação - Fundeb).

brasileños asistían a guarderías, y en 2017 ese promedio nacional se triplicó y pasó al 32,7% (IBGE, 2018).

De acuerdo con indicadores recientes, el 74,5% de las personas responsables de los niños pequeños consideraba que la familia presenta las mejores condiciones para su cuidado y el 58,7% de las familias busca información sobre la existencia de plazas en guarderías, aunque solo el 37,3% inscribe a los niños en lista de espera (IBGE, 2017). En algunas regiones, particularmente en las zonas rurales, la inexistencia de guarderías impide el registro de la demanda (Freitas, 2016). La relación entre las posibilidades efectivas de externalizar el cuidado y sus representaciones se plantea como un hilo de análisis tanto para el cuidado infantil como de los mayores, donde también se manifiesta la centralidad de la familia, como destacamos en la sección anterior. En el caso de los niños, los cambios en las representaciones sociales sobre el cuidado deben evaluarse en relación con el papel de las guarderías, la disponibilidad efectiva de plazas y las formas de medir la demanda de las familias por el cuidado extradomiciliario.

Pese al relieve simbólico de la familia como espacio privilegiado de cuidado, en el nivel de las representaciones colectivas, el desafío de ampliar el alcance de la educación infantil, en el caso brasileño, ha sido durante mucho tiempo una bandera de diferentes movimientos, para minimizar las desigualdades sociales. Más aún, esta era la forma de dar al cuidado extradomiciliario el estatuto de un derecho, de los niños y las madres trabajadoras.

En el cuidado infantil también se expresa la configuración característica de la organización social y política del cuidado (Faur, 2014), cuya provisión siempre se distribuye entre las familias, el Estado, el mercado y la comunidad. Los sociólogos y las investigadoras de estudios de la infancia convergen en la evaluación de que la organización social y política del cuidado refleja y reproduce las diferencias de clase entre las mujeres, pero también entre los niños (Faur, 2014; Rosemberg, 2015).

Aunque legalmente se entiende como un derecho universal, las diferencias de clase en el acceso a la guardería también son evidentes en el caso brasileño. Así, la concurrencia a las guarderías de los niños de 0 a 3 años pertenecientes a familias del primer quintil de ingreso familiar

per cápita, aquel que tiene el ingreso más bajo, era solo del 23,7%, mientras que entre los niños del quintil superior, llegaba al 52,8%. Entre los niños que no accedían a una guardería debido a la ausencia de plazas o de guarderías en su lugar de residencia, la desigualdad también era significativa: el 33,9% provenía de familias más pobres (primer quintil), en comparación con el 6,9% de los medios más ricos (quintil superior). El promedio nacional era del 26,3% (IBGE, 2018).

El Estado y el mercado han estado involucrados en la oferta de servicios de cuidado extradomiciliar, con variaciones según los espacios geográficos y los diferentes grupos sociales. Esto ha sido evidente en la dinámica de implementación de los centros de educación infantil (CEI), figura emergente a partir de la reglamentación. Así, la participación de guarderías privadas en San Pablo, por ejemplo, corresponde actualmente a aproximadamente el 25% del total de matrículas de niños de 0 a 3 años, muy cerca del promedio nacional del 26% (IBGE, 2018).

En la organización de las políticas de cuidado de los niños pequeños, el Estado brasileño en general, y en particular el Ayuntamiento de San Pablo, que tomamos como ejemplo, han movilizado entidades sociales y filantrópicas que, según Teixeira y Andrade (2017), funcionan en su mayoría como empresas. Así, la oferta pública puede hacerse posible en la forma de convenios con entidades. En el caso del Municipio de San Pablo, según los resultados de Moreno (2018), las plazas en los CEI regidos por entidades corresponden a aproximadamente el 80% de la oferta pública de guarderías en el municipio. Las plazas se ofrecen de forma gratuita a los niños, pero el hecho de realizar convenios tiene consecuencias en las condiciones de trabajo y, especialmente, en la remuneración de las trabajadoras involucradas en el cuidado extradoméstico de los niños. Así, existe una brecha salarial entre las maestras de CEI directos y con convenios, así como entre las profesionales que ejercen diferentes funciones en el trabajo cotidiano de los CEI (Moreno, 2018).

Otras imbricaciones en la provisión del cuidado infantil particularizan el caso brasileño. Así, dada la ausencia de plazas en las guarderías, y dada la incompatibilidad entre la jornada de trabajo de las madres y los padres y el horario de permanencia de los niños en las guarderías, hay una variedad de estrategias movilizadas por las familias (especialmente

por las mujeres), lo que saca a la luz otras modalidades bajo las cuales se realiza, en Brasil, el trabajo remunerado del cuidado de los niños pequeños. De hecho, aun cuando los niños asisten a guarderías durante parte de su día, el cuidado no se realiza solo en las instituciones de educación infantil. Encontramos diferentes arreglos y establecimientos informales.

En los barrios donde el déficit de plazas en guarderías es mayor, es común encontrar mujeres que cuidan a los niños en sus hogares. Se trata de los niños de familias vecinas, algunos de los cuales son cuidados a tiempo completo, antes o después del período en que el niño asiste a la guardería o preescuela, dependiendo de la jornada de trabajo (y el tiempo de desplazamiento) de sus progenitores. A su vez, el apoyo de la red familiar (especialmente de abuelas y tías) puede ocurrir, con o sin remuneración monetaria, pero basado en prácticas de reciprocidad marcadas por el intercambio de favores, ayudas y regalos.

Además, entre las familias con mayores ingresos, la asistencia a la guardería también se combina con el recurso al trabajo domiciliario de otras personas. En este grupo social tiende a hacerse mediante la contratación de trabajadoras domésticas o niñeras (Sorj y Fontes, 2012). En el caso de las primeras, el cuidado es solo una de las tareas a su cargo. Entre las contratadas como “niñeras”, parte del trabajo doméstico (limpieza, ordenación, preparación de comidas, etc.) también componía su desempeño cotidiano.

En resumen, en el cuidado infantil, así como en el cuidado de los mayores, se manifiestan las profundas diferencias que marcan a la sociedad brasileña, tanto en lo que respecta a quienes proveen el cuidado como a quienes contratan esos servicios.

Algunas especificidades

Reflexionar sobre el trabajo del cuidado, a la luz del caso brasileño, nos obligó a utilizar dos aspectos iniciales para comprender quién provee y en qué condiciones el cuidado en Brasil.

En primer lugar, aunque el cuidado es una actividad social establecida desde hace mucho tiempo, el trabajo de cuidadora, como trabajo

profesional, es una realidad caracterizada por su implementación reciente en la vida brasileña, como resultado de dos movimientos entrelazados. El primero, de naturaleza estructural, tiene que ver con la intensa incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo, asociada con una caída muy rápida de la fecundidad y una extendida escolarización; a esta afluencia se suma un movimiento de envejecimiento, igualmente rápido, de la población. En la confluencia de estos procesos sociodemográficos, se redujo en pocas décadas el número de mujeres que, aisladas en el domicilio, tenían dedicación exclusiva a las tareas de cuidado, en tanto eran invisibilizadas por las estadísticas brasileñas, subsumidas en la categoría de “tareas domésticas”. El cuidado pasó a convertirse después en un servicio que se mercantilizó cada vez más, aunque la ocupación de quien lo ejerce figura muy recientemente en las estadísticas oficiales.

El segundo movimiento que produce la actual visibilidad social del trabajo del cuidado en Brasil tiene que ver con la dinámica simbólica de la construcción de identidad y la reivindicación de reconocimiento por parte de las mujeres que ofrecen este servicio de cuidados. Un servicio que surge y se expande sin que la profesión de cuidadora haya sido reglamentada y sin que se establezcan reglas para su formación, certificación y el ejercicio de su trabajo. Correspondía, así, a las propias trabajadoras emprender un movimiento de reconocimiento. Su éxito es perceptible en su capacidad para hacer valer un nuevo nombre para la actividad emergente como un servicio mercantilizado: el de “cuidadoras”. Lograron, así, distinguirse en un mercado de trabajo estructuralmente marcado por la presencia masiva, en el domicilio, de otras mujeres trabajadoras dedicadas a atender las necesidades y proveer el bienestar de las familias: las “domésticas”.

Esto nos lleva al segundo aspecto relevante que distingue al caso brasileño. Para que comprendamos bien el trabajo profesional de cuidados en una sociedad tan profundamente desigual, debe tenerse en cuenta que se expresa en una pluralidad de formas de “cuidar” que a menudo no se reconocen social o institucionalmente como “trabajo de cuidados”, y algunas veces ni siquiera se entienden como “trabajo”, aunque no por ello dejan de ser relevantes para quien analiza el tema. Conviene enfatizar que este conjunto de modalidades de cuidados, aunque

analíticamente diferenciables, no se presentan de manera compartimentadas en la realidad y, tal como hemos visto, a menudo se definen una en relación con la otra. De ese modo, las prácticas de cuidados se combinan, como planteamos cuando tratamos el tema desde la perspectiva de los beneficiarios, los mayores dependientes y los niños.

La primera y más importante característica del trabajo de cuidados en Brasil –que lo diferencia de otras realidades nacionales– es el hecho de que es ejercido masivamente por las trabajadoras domésticas, reclutadas en el ámbito nacional, migrantes internas en mayor número. Ellas forman el mayor contingente del mundo y colocan al país entre los que más utilizan el empleo doméstico para atender las necesidades de cuidados de personas (ILO, 2018). Las “domésticas” superan con creces el número de “cuidadoras” que actúan en instituciones de larga permanencia para mayores, en guarderías e incluso en los domicilios. Y dado que las empleadas domésticas, incluso las “diaristas”, trabajan en turnos completos, la organización del cuidado en Brasil es bastante diferente de lo que prevalece en otros países, como Francia o Japón, donde las cuidadoras domiciliarias trabajan entre 1 y 2 horas al día, atendiendo diferentes domicilios, con consecuencias bastante diversas en términos de condiciones de trabajo, remuneración, así como de estatus y reconocimiento profesional.⁶⁶ Es decir que el trabajo profesional de cuidador es no solo una actividad que muy recientemente ha sido reconocida en el imaginario social, sino que está inmerso en el voluminoso conjunto formado por el trabajo domiciliario remunerado. Esta realidad establece las condiciones para la permeabilidad de sus fronteras.

Las desiguales condiciones de clase y, sobre todo, la pobreza extrema, amplían la gama de formas en que se ejerce el cuidado en Brasil. Como hemos visto, en condiciones demarcadas por la ausencia (o fragilidad) de la asistencia social y la imposibilidad (o dificultad) de recurrir al mercado de servicios de cuidados, ni el Estado (mediado por

⁶⁶ Además, los intercambios afectivos ambiguos entre empleador y empleada doméstica, recurrentes en esta ocupación, en un juego afectivo de aproximación y alejamiento bien explorado por Brites (2007), que, sin embargo, no elude la humillación, como enfatiza Freitas (2014), encuentran uno de sus fundamentos en estas largas jornadas de trabajo y en la ubicación de su residencia en el hogar del empleador.

las políticas de asistencia) ni el mercado (al cual se accede por medio del poder de compra) se constituyen en alternativas para proveer el cuidado de personas. Entre los más pobres, las redes de reciprocidad aseguran dicha provisión, sostenidas por el apoyo comunitario o la familia extendida. Esta forma, que no se expresa como una ocupación, ni como un trabajo de cuidados, ni siquiera como un trabajo, sino como una “ayuda”, constituye la modalidad predominante en las amplias franjas pobres y vulnerables de la población brasileña.

Cuando dirigimos la atención a los beneficiarios del trabajo de cuidados, la literatura brasileña ha privilegiado los estudios sobre los cuidados a personas mayores. Y nuevamente se destacan las profundas desigualdades. Así, la heterogeneidad que caracteriza a la población anciana brasileña, reflejo de los elevados niveles de pobreza, con fuertes divisiones de género y raza, se reitera en las formas de cuidado disponibles para los ancianos y ancianas, cuando se enfrentan a la situación de dependencia.

Hay una baja oferta de instituciones de residencia para mayores, concentrada regionalmente en las zonas más desarrolladas, y es reducido el número de los que son acogidos. La segmentación social es significativa: mientras que las instituciones públicas y filantrópicas brindan abrigo a las personas mayores pobres, las privadas proveen cuidado a las personas mayores frágiles y de ingresos medios o altos. La acción pública es residual y la oferta de acogida institucional es reciente. Prevalece un fuerte estigma en torno a esta modalidad institucionalizada de cuidado de mayores en Brasil, también documentado en el cuidado infantil en las guarderías. La familia como encargada del cuidado y el domicilio como lugar de su ejercicio parecen ser dos juicios básicos de la moral socialmente difundida.

Las iniciativas públicas de atención no institucionalizada a los mayores son restringidas, localizadas y, por lo tanto, tienen muy poco impacto frente a la escala de las necesidades, fuertemente incrementadas por el creciente peso de la población anciana brasileña.

Con respecto al cuidado infantil, es igualmente reciente, en la acción pública brasileña, el reconocimiento de que las guarderías y la preescola son parte del proceso educacional del ciudadano y que, por lo tanto, falta asegurar su financiación. Tuvieron que pasar casi veinte

años, incluso bajo gobiernos democráticos, para hacer efectivo el reconocimiento del derecho a la guardería, ya garantizado por la Constitución de 1988. Como resultado de esta organización de la política de educación infantil y su financiación, el acceso a guarderías ha tenido una significativa expansión. Sin embargo, la mayoría de los niños de 0 a 3 años y sus familias no tienen acceso garantizado a la guardería.

Asimismo, además de ser insuficiente, el acceso a las guarderías también es desigual, especialmente si se comparan las diferentes regiones del país y los ingresos de las familias. Todo esto lleva a una diversidad de formas en las que el cuidado extradoméstico se combina con el cuidado doméstico, en términos de quién lo brinda, dónde lo hace y cómo es retribuido.

Ya sea en lo que respecta al cuidado de los mayores o el cuidado de los niños, se destaca la distancia entre el plan normativo, donde el texto registró avances importantes (también presentes en la mayoría de los países latinoamericanos) y el ejercicio real de los derechos consagrados. La brecha así establecida transforma lo que serían derechos en “cuasi derechos”, porque están limitados por las disponibilidades presupuestarias, las políticas gubernamentales y los cambios en la coyuntura, como se observa en la actualidad.

Sin embargo, este conjunto de especificidades subrayadas no puede reducirse al carácter frágil o reciente de las políticas públicas y sociales, como las relacionadas con la protección de los mayores y los niños pequeños, o a las configuraciones del cuidado sedimentadas en el curso de la formación sociohistórica del país, o al peso del empleo doméstico en las prácticas de cuidado. Si bien estos son factores importantes, no debemos perder de vista el hecho de que la naturaleza de la organización social del cuidado que hoy prevalece en Brasil también es resultado de los movimientos sociales, especialmente los movimientos por los derechos de las mujeres. Esto fue evidenciado por el papel del movimiento feminista en su lucha por el derecho a las guarderías, o el peso del movimiento sindical de empleadas domésticas en la lucha por el reconocimiento de sus derechos profesionales.

Bibliografia

Acciari, L. (2016). Foi Difícil, mas Sempre Falo que Nós Somos Guerreiras. O Movimento das Trabalhadoras Domésticas Entre a Marginalidade e o Empoderamento. *Mosaico*, 7(11), 125-147.

—(2018, February 26). Brazilian Domestic Workers and the International Struggle for Labour Rights. A-Id: *Agenda for International Development*. Recuperado de: <http://www.a-id.org/2018/2002/2026/brazilian-domestic-workers-international-struggle-labour-rights/>

Aguiar, N. (2001). *Múltiplas temporalidades de referência: trabalho doméstico e trabalho remunerado: análise dos usos do tempo em Belo Horizonte, Minas Gerais: um projeto piloto para zonas metropolitanas brasileiras*. Belo Horizonte: UFMG.

—(2011). Mudanças do uso do tempo na sociedade brasileira. *Política & Trabalho*, 34, 73-106.

Araujo, A. B. (2018, outubro 15). *Relatório: As políticas de cuidado de idosos no Brasil*, Subsídio al relatório Brasil, Oficina Inaugural, São Paulo: USP.

—(2019). *Políticas sociais, emoções e desigualdades: enredando o trabalho de cuidado de idosos em uma política pública municipal*. Tesis de doctorado, IFCS - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Arriagada, I. (2007). “Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina”. En I. Arriagada (comp.). *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros* (pp. 125-152). Santiago: CEPAL.

Ávila, M. B. y Ferreira, V. (2014). “Trabalho produtivo e reprodutivo no cotidiano das mulheres brasileiras”. En Á. M. B. y V. Ferreira (comps.). *Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres* (pp. 13-51). Recife: SOS Corpo.

Barbosa, L. V. (2018). *Quels liens entre emploi domestique et migration internationale au Brésil? Trajectoires de Boliviennes, Péruviennes et Paraguayennes dans la ville de San Pablo*. Projet de recherche doctorale, Université Paris 8.

Batista, M. P. P. (2013). *Reflexões sobre o processo de trabalho do acompanhante de idosos do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil)*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo, Programa de Ciências da Reabilitação, São Paulo.

Baxter, J., Hewitt, B. y Western, M. (2009, January). "Who uses domestic labor in Australia? Choice and constraint in hiring household help". En *Feminist Economics*, 15(1), 1-26.

Bernardino-Costa, J. (2015). *Saberes Subalternos e Decolonialidade: os sindicatos das trabalhadoras domésticas no Brasil*. Brasília: UnB.

Bianchi, S. M., Milkie, M. A., Sayer, L. C. y Robinson J. P. (2000). "Is Anyone Doing the Housework? Trends in the Gender Division of Household Labor". En *Social Forces*, 79(1), 191-228.

Brites, J. (2007). "Afeto e desigualdade: gênero, geração e classe entre empregadas domésticas e seus empregadores". En *Cadernos Pagu* (29), 91-109.

Bruschini C. (2006). "Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não remunerado". En *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 23(2), 331-353.

Camarano, A. A. y Barbosa P. (2016). "Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: Do que se está falando?" En A. de O. Alcântara, A.A. Camarano y K. C. Giacomini (comps.). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões* (cap. 20, pp. 479-515). Rio de Janeiro: IPEA.

Camarano, A. A., Kanson, S. y Fernandes, D. (2016). "Brasil envelhece antes e pós-PNI". En A. de O. Alcântara, A. A. Camarano y K. C. Giacomini (comps.). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões* (cap. 2, pp. 63-106). Rio de Janeiro: IPEA.

Chan, A. H. (2006). "The effects of full-time domestic workers on married women's economic activity in Hong-Kong, 1981-2001". En *International Sociology*, 21, 133.

Coelho, E. (2003). *As Profissões Imperiais: Medicina, engenharia e advocacia*. Rio de Janeiro: Record.

Debert, G. G., Guimarães, N. A. y Hirata, H. (2020). "Vieillesse et inégalités sociales: le cas du Brésil". En *Retraite et Société*, 84.

Debert, G. G. y Oliveira, A. (2015). "A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil". En *Revista Brasileira de Ciência Política*, 18, 7-41.

Dedecca, C. (2004). "Tempo, trabalho e gênero". En A. A. Costa, E. Oliveira, M. Lima y V. Soares (comps.). *Reconfiguração das relações de gênero no trabalho* (pp. 21- 52). São Paulo: CUT.

Delgado, G. C. y Cardoso Jr., J. C. (2004). "O idoso e a Previdência Rural no Brasil: A experiência recente da universalização". En A. A. Camarano (comp.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (cap. 9, pp. 293-320). Rio de Janeiro: IPEA.

DIEESE (2013). *O Emprego Doméstico no Brasil*. Nota técnica n. 68. San Pablo.

—(2016). *Os Impactos das Mudanças demográficas na Seguridade social e o Ajuste Fiscal*. Nota técnica n. 160. San Pablo.

—(2017a). *A Reforma Trabalhista e os impactos para as relações de trabalho no Brasil*. Nota técnica n. 178. San Pablo.

—(2017b). *O Trabalho Doméstico na Região Metropolitana de San Pablo 2016*. Pesquisa de Emprego e Desemprego - PED. San Pablo.

Dubar, C. (1991). *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.

Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Fonseca, V. J. (2016). *Envelhecimento populacional e mercado de trabalho: a evolução e os determinantes da participação econômica de idosos e idosas*. Monografia, Departamento de Ciencias Económicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Fraga, A. B. (2010). *De empregada a diarista: as novas configurações do trabalho doméstico remunerado*. Disertación de maestría en Sociología, UFRJ - IFCS - Programa de posgrado en Sociología y Antropología, Rio de Janeiro.

Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theory, prophecy and policy*. Cambridge: Polity Press.

Freitas, J. B. (2014). "Sobre a Humilhação no Cotidiano do Emprego Doméstico". En *Dados*, 57(1), 199-236.

Freitas, T. V. (2016). *Relatório. Educação Infantil no meio rural*. San Pablo: SOF - Sempreviva Organização Feminista.

Gálvez, T. y Todaro, R. (1989). "Housework for Pay in Chile: Not Just Another Job". En E. Chaney y M. G. Castro (comps.). *Muchachas no More: Household Workers in Latin America and the Caribbean* (pp. 307-321). Philadelphia: Temple University Press.

Georges, I. y Garcia dos Santos, Y. (2016). *As novas políticas sociais brasileiras na saúde e na assistência. Produção local do serviço e relações de gênero*. Belo Horizonte: Fino Traço.

Groisman, D. (2013). "Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil". En V. Morosini, M. Lopes, D. Chagas, F. Chinelli y M. Vieira (comps.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS* (pp. 391-419). Rio de Janeiro: EPSJV.

Guerra, M. F. L. (2017). *Trabalhadoras domésticas no Brasil: coortes, formas de contratação e famílias contratantes*. Tesis de doctorado en Demografía, Cedeplar, Programa de posgrado en Demografía, UFMG, Belo Horizonte.

Guimarães, N. A. (2010). "Flexibilizando o flexível. Mercado de intermediação e procura de trabalho em São Paulo". En N. A. Guimarães, H. Hirata y K. Sugita (comps.). *Trabalho flexível, empregos precários?* (pp. 271-312). San Pablo: EDUSP.

—(2016). "Home and Market, love and work, home and profession: controversies regarding commodification of care work". *Cadernos Pagu* (46), 59-77.

—(2017, julho). "Cuidado, cadeias e circuitos". Ponencia presentada en la Mesa Redonda "O cuidado e sua sociologia", 18º Congreso de la SBS - Sociedad Brasileña de Sociología, Brasília.

—(2019, May). "Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro". Ponencia presentada al Panel *El trabajo de cuidado: relaciones, significados, derechos. Miradas Latinoamericanas*, Congress of the Latin American Studies Association - LASA. Boston, USA. Recuperado de <https://members.lasaweb.org/prot/congress-papers/Past/lasa2019/files/1464390.pdf>.

Guimarães, N. A., Brito, M. y Barone, L. (2016). "Mercantilização no feminino. A visibilidade do trabalho das mulheres no Brasil". En *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31(90), 17-39.

Guimarães, N. A. y Hirata, H. (2016). "La frontera entre el empleo doméstico y el trabajo profesional de cuidados en Brasil. Pistas y correlatos en el proceso de mercantilización". *Sociologia del Trabajo* (86), 7-27.

Guimarães, N. A., Hirata, H. y Postuma, A. (2018, outubro). "O trabalho de cuidado. Balanço e primeiras reflexões a partir do caso brasileiro". Documento preparado para el "Taller Inaugural de la Red Latinoamericana de Investigación". San Pablo: Universidade de São Paulo (participación de L. Acciari, A. Araujo, G. Debert, M. F. Guerra, R. Moreno, P. Silva, P. Vieira).

Guimarães, N. A., Hirata, H. y Sugita, K. (2011). "Cuidado e cuidadoras. O trabalho de care no Brasil, França e Japão". En *Sociologia & Antropologia*, 1 (1), 151-180.

Harris, D. (2007). *Você vai me servir: desigualdade, proximidade e agência nos dois lados do Equador*. Disertación de maestría en Sociología, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas de la Universidade de São Paulo.

Hirata, H., Makridou, E. y Matsuo, M. (2017). "Trajectoires professionnelles et rapports sociaux: le travail du care dans une perspective comparative". En A. Dammame, H. Hirata y P. Molinier (coords.). *Le travail entre public, privé et intime. Comparaisons et enjeux internationaux du care* (pp. 33-53). Paris: L'Harmattan, collection Logiques Sociales.

Hughes, E. (1994). *On Work, Race and the Sociological Imagination*. Chicago: The University of Chicago Press.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). *Aspectos dos cuidados das crianças de menos de 4 anos de idade: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE.

—(2018). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 2017*. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2012). *Trabalho para o mercado e trabalho para casa: persistentes desigualdades de gênero*. Comunicado do IPEA n. 149.

—(2016). *Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014*. Nota técnica n. 24. Rio de Janeiro.

—(2017). *Previdência e gênero: porque as idades de aposentadoria de homens e mulheres devem ser diferentes?* Nota técnica n. 35. Rio de Janeiro.

Instituto Nacional de Pesquisas e Estudos Educacionais Anísio Teixeira (2018). *Sinopse Estatística da Educação Básica 2017*. Brasília: INEP.

International Labour Organization (2013). *Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection*. Ginebra: ILO.

—(2017). *Domestic Workers' Unions in Brazil: an Organizational Assessment*. Ginebra: ILO.

—(2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Ginebra: ILO.

Jaccoud, L., Mesquita, A. C. y Paiva, A. B. de (2017). *O Benefício de Prestação Continuada na Reforma da Previdência: Contribuições para o Debate*. Texto para Discussão n. 2301. Brasília - Rio de Janeiro: IPEA.

Jesus, J. C. de (2018). *Trabalho doméstico não-remunerado no Brasil. Uma análise de produção, consumo e transferência*. Tesis de doctorado en Demografía. Cedeplar, UFMG, Belo Horizonte.

Kerstenetzky, C. L. (2017). "Foi um pássaro, foi um avião? Redistribuição no Brasil do século XXI". En *Novos Estudos Cebrap*, 36(2), 15-34.

Kofes, M. S. (2001). *Mulher, mulheres: identidade, diferença e desigualdades na relação entre patroas e empregadas domésticas*. Campinas: Unicamp.

Kuzneso, E. (1989). "A History of Domestic Service in Spanish America"-1492-1980". En E. M. Chaney y M. G. Castro. *Muchachas no More: Household Workers in Latin America and the Caribbean* (pp. 17-35). Philadelphia: Temple University Press.

Marques, L. A. y Costa, P. L. (2013). "Questões para pensar o trabalho doméstico no Brasil". En T. D. S. Silva y F. L. Goes (comps.). *Igualdade racial no Brasil: reflexões no ano internacional dos afrodescendentes* (pp. 31-43). Brasília: IPEA.

Melo, H. P. (1998). *O serviço doméstico remunerado no Brasil: de criadas a trabalhadoras*. Texto para Discussão n. 56. Rio de Janeiro: IPEA.

Melo, H. P. y Castilho, M. (2009). "Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz?" En *Revista de Economia Contemporânea*, 13(1), 135-158.

Melo, H. P., Considera, C. y Di Sabbato, A. (2007). "Os afazeres domésticos contam". En *Economia e Sociedade*, 16(3), 435-454.

Molinier, P. et al. (eds.) (2009). *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot.

Moreno, R. (2018, outubro 15). *Relatório: Cuidado de crianças pequenas e política de creches no Brasil*. Subsidio al relatório Brasil, Oficina Inaugural, São Paulo: USP.

—(2019). *Entre família, Estado e mercado: mudanças e continuidades na dinâmica, distribuição e composição do trabalho doméstico e cuidado*. Tesis de doctorado en Sociología, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas, Universidade de São Paulo, San Pablo.

Myrrha, L. J. D. y Wajnman, S. (2007). "Características e Heterogeneidade do Emprego Doméstico no Brasil". En *Revista ABET*, VI(2), 109-132.

Nieto, M. (2014). "Importancia del trabajo no remunerado: su medición y valoración mediante las encuestas de uso del tiempo". En B. Garcia y E. Pacheco (comps.). *Uso del tempo y trabajo no remunerado em México* (pp. 53-114). México: El Colegio de México.

Oliveira, A. M. de (2015). *A invenção do cuidado: entre o dom e a profissão*. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, IFCH - Universidade de Campinas, Campinas.

Oliveira, A. M. de y Conceição, O. M. da (1989). "Domestic Workers in Rio de Janeiro: Their Struggle to Organize". En E. Chaney y M. G. Castro (eds.). *Muchachas no more: household workers in Latin America and the Caribbean* (pp. 363-373). Philadelphia: Temple University Press.

Parkin, F. (1979). *Marxism and Class Theory*. New York: Columbia University Press.

Paschoal, S. (2013). Elderly Caregiver Program. *Actes du Colloque international Théories et pratiques du care: comparaisons internationales* (pp. 75-82). Université Paris Descartes.

Pinheiro, L. y Medeiros, M. (2016). *Desigualdades de gênero em tempo de trabalho pago e não-pago no Brasil*, 2013. Textos para Discussão n. 2214. Brasília: IPEA.

Pinto, E. A. (2015). *Etnicidade, Gênero e Educação: Trajetória de Vida de Laudelina de Campos Mello*. San Pablo, Anita Garibaldi.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde (2012). *Documento Norteador: Programa Acompanhante de Idosos*. San Pablo: PMSP, Coordenação de Atendimento Básico - SMS. Recuperado de <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde (2016). *Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa*. San Pablo: PMSP, Coordenação de Atendimento Básico - SMS. Recuperado de <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

Ramos, D. P. (2011). Pesquisas de uso do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades de gênero. En A. Bonetti y M. Abreu (comps.). *Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil* (pp. 17-43). Brasília: IPEA.

Redondo, M. (2018). *Trajectoires du care. De jeune fille au pair à nounou*. Tesis de doctorado en Sociología, co-tutelada Unicamp - Université Paris 8, Vincennes-St-Denis. Campinas: Unicamp.

Rodgers, J. (2009). "Cambios en el servicio doméstico en América Latina". En M. E. Valenzuela y C. Mora (comps.). *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente* (pp. 71-113). Santiago: OIT.

Rosemberg, F. (2015). "A cidadania dos bebês e os direitos de pais e mães". En D. Finco, M. A. Gobbi y A. L. Goulart (comps.). *Creche e feminismo: desafios atuais para uma educação descolonizadora*. Campinas: Edições Leitura Crítica; San Pablo: FCC.

Saffioti, H. (1969). *A mulher na sociedade de classes*. Rio de Janeiro: Quatro Artes.

Silva, M. S. (2017). *Do cuidar ao cuidado. Uma etnografia da regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa no Brasil* (Monografía en Ciencias Sociales con Especialización en Antropología). Universidade de Brasília, Departamento de Antropología, Brasília.

Soares, C. (2008). "A distribuição do tempo dedicado aos afazeres domésticos entre homens e mulheres no âmbito da família". En *Revista Gênero*, 9(1), 9-29.

Soares, C. y Saboia A. (2007). *Tempo, trabalho e afazeres domésticos: Um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005*. Textos para Discussão n. 21. Rio de Janeiro: IBGE.

Sorj, B. y Fontes, A. (2012). "O care como um regime estratificado: Implicações de gênero e classe social no Brasil". En H. Hirata y N. A. Guimarães (comps.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces de trabalho do care* (pp. 103-116). São Paulo: Atlas.

Souza, A. (1976). *As 24 horas do dia de um carioca*. Rio de Janeiro: IUPERJ.

Spitze, G. (1999). "Getting Help with Housework: Household Resources and Social Networks". En *Journal of Family Issues*, 20(6), 724-745.

Teixeira, M. O. y Andrade, H. R. de (2017). "Terceirização no serviço público e de cuidados na cidade de São Paulo". En M. O. Teixeira et al. (comps.). *Contribuição crítica à reforma trabalhista*. Campinas, SP: Unicamp, IE, Cesit.

Valenzuela, M. E. y Mora, C. (comps.). *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente* (pp. 71-113). Santiago: OIT.

Ventura-Dias, V. (2012, June). "Notes on Ageing, Living Arrangements and Elderly Women in Brazil". En *Annual International Conference, The International Association for Feminist Economists*. Barcelona.

Vieceli, C. P. (2015). *Economia e relações de gênero e raça: uma abordagem sobre o emprego doméstico no Brasil*. Disertación de maestría, Programa de Posgrado en Economía, Facultad de Ciencias Económicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Vieira, P. P. F. (2017). *Trabalho e pobreza no Brasil entre narrativas governamentais e experiências individuais*. Tesis de doctorado en Sociología, Universidade de São Paulo, San Pablo.

Wajnman, S. (2012). *Demografia das famílias e dos domicílios brasileiros*. Tese Professor Titular, Departamento de Demografia de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Wajnman, S., Oliveira A. M. H. C. de y Oliveira E. L. de (2004). "Os idosos no mercado de trabalho. Tendências e consequências". En A. A. Camarano (comp.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (pp. 453-480). Rio de Janeiro: IPEA.

Zelizer, V. (2008). "L'économie du care". En *Revue Française de Socio-Economie* (2), 13-25.

La injusta organización social de los cuidados en Chile

La injusta organización social de los cuidados en Chile⁶⁷

Irma Arriagada Acuña

Introducción

En este texto se realiza una aproximación hacia las formas en que se organiza el cuidado en Chile. La primera sección, relativa a la organización social del cuidado, se inicia con algunas definiciones de lo que se entiende por cuidado, organización social del cuidado y crisis del modelo de cuidados, y la investigación incipiente sobre el tema en Chile. A continuación, se examinan las tendencias sociodemográficas que definen las necesidades de cuidado en Chile mediante el análisis de la demanda de cuidados y de cuidadoras. En una tercera parte se revisa la oferta institucional de quiénes cuidan en Chile, aquella orientada a la corresponsabilidad entre familia y trabajo, proporcionar salud y proveer de cuidado a los adultos mayores y a los menores. Se examina la oferta privada de cuidado, la que desarrollan las mujeres en sus hogares de manera no remunerada y el trabajo doméstico pago, que realizan las mujeres tanto chilenas como extranjeras. Una sección especial se destina a examinar la migración femenina en Chile.

Finalmente, se sintetizan las principales conclusiones y se plantean algunas sugerencias para investigaciones futuras respecto de los cuidados y de las cadenas globales de cuidados.

⁶⁷ Se agradecen los comentarios a este texto de Francisca Miranda, Javier Pineda y María Elena Valenzuela.

Las fuentes de información son oficiales: la información estadística proviene del Censo de Población de 2017; la Encuesta de Caracterización Socio-económica (CASEN) de diversos años; la Encuesta de Uso de Tiempo de 2015; fuentes estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de CEPAL y OIT. La información sobre los programas de gobierno, que dan cuenta de la oferta institucional, proviene de las fuentes oficiales de los ministerios respectivos. En el caso de las organizaciones no gubernamentales, ésta proviene de sus páginas web.

La organización de los cuidados en Chile: definiciones y marco analítico

Cuidados y debate actual en Chile

Históricamente, la asignación de las mujeres a espacios privados y su relegación de lo público no solo las excluyó de los derechos ciudadanos –incluido el voto, la propiedad y otros signos de autonomía–; también determinó que los problemas y las relaciones que tenían lugar en el espacio privado fuesen considerados de índole natural, y no se sometieran al debate ni a la confrontación pública. El imaginario y la institucionalidad de la modernidad, al definir el trabajo reproductivo y de cuidado como actividades propias del sexo femenino, contribuyeron a negar su carácter de trabajo (Arriagada, 2013). Considerar el ámbito reproductivo y el cuidado como trabajo ha sido una larga lucha, aún no ganada.

Definir el cuidado es una tarea importante, si bien un proceso complejo, como señalan Carrasco, Borderías y Torns:

Las variadas dimensiones que encierra, los conflictos ideológicos que lo atraviesan, las desigualdades sociales que genera y regenera hacen imposible una simple y única definición a riesgo de que sea una caracterización estrecha y excluyente. (2011, p.74)

Los límites del cuidado son difíciles de demarcar en términos de qué se hace, a quién, dónde y durante cuánto tiempo. Esta complejidad

plantea dificultades a la hora de dimensionar su magnitud. La mayoría de las investigaciones toman como punto de partida un tipo de persona dependiente, a partir de la cual identifican a sus cuidadores. Sin embargo,

enfaticar solo la lógica de los sujetos de cuidado puede ocultar la perspectiva de los cuidadores, que en general son mujeres, y de su problemática, que abarca, por ejemplo, la obligación de brindar cuidados que recae sobre ellas, las tensiones concomitantes y los menores recursos con que cuentan a lo largo del ciclo vital debido a las ubicuas asimetrías de género. (Sojo, 2017, p. 204)

En la literatura especializada y en los debates políticos actuales, el cuidado se refiere a todas las actividades necesarias para el bienestar de las personas, sean o no remuneradas. En este texto, el cuidado se define en un sentido amplio como la generación y gestión de los recursos necesarios para el mantenimiento diario de la vida y la salud, y a la provisión diaria de bienestar físico y emocional de las personas a lo largo del ciclo de vida. Entonces, el cuidado se refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar saludables y vivir en un hábitat adecuado (Arriagada y Todaro, 2012).

El cuidado informal, realizado principalmente por mujeres en la familia, por otros parientes, amigos/as y vecinos/as de forma no remunerada, ocurre en todas las edades y para un amplio espectro de condiciones. En general, todos somos, en algún momento de nuestras vidas, beneficiarios del sistema informal, y muchos de nosotros y nosotras somos o seremos cuidadores (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

De esta forma, las personas se sitúan a lo largo de un continuo que va desde las situaciones de potencial autonomía, en las que se hacen cargo del propio cuidado y del de otras personas, hasta las situaciones de dependencia en las que la capacidad de cuidarse y de cuidar se reducen, pudiendo desaparecer por completo. Los cuidados son una relación de interdependencia. Pueden diferenciarse cinco grandes sectores de personas que consumen importantes proporciones del cuidado

disponible: los niños y las niñas, en especial en los primeros años de vida; las personas enfermas; las personas discapacitadas; las ancianas y ancianos dependientes y las personas adultas que podrían cuidarse por sí mismas pero por diversas razones no lo hacen (Durán, 2006). Así, durante el ciclo vital hay circunstancias o periodos vitales en los que se requiere de cuidados intensivos y/o especializados; por ejemplo, en la niñez, durante la enfermedad, cuando se vive alguna discapacidad y en situaciones de vejez no valente.

También se reconoce el aspecto afectivo, emocional, de estrés y sobrecarga que conllevan esas actividades, que pueden ser delegadas en otras personas ajenas a la familia, en forma remunerada o no, incluso fuera del marco familiar.

En la definición de cuidado se ha avanzado al distinguir entre sus diferentes componentes (Aguirre, 2011, p. 91; 2009; Batthyány, 2015a):

- a. Material, que implica el uso del tiempo en la realización de la tarea y el costo económico que conlleva;
- b. Cognitiva, que se refiere al conocimiento y las destrezas necesarias para realizarlo;
- c. Relacional, que alude a los vínculos entre la persona que cuida y la que es cuidada;
- d. Emocional, que supone una cierta gestión de la expresión de las emociones (personas cuidadas y cuidadoras).

Como relación social, en los cuidados se expresan relaciones asimétricas de poder atravesadas por el género, la edad, la raza, la etnia y la clase social. Existe, por tanto, desigualdad en la recepción y otorgamiento de los cuidados.

El cuidado se puede dividir entre aquel inevitable y aquel socialmente creado. Existen ciertas actividades que una persona no puede realizar por sí misma por razón de edad, enfermedad o discapacidad, y necesita de un tercero para llevarlas a cabo. En distintos momentos del desarrollo de una sociedad se construye socialmente la necesidad de ser cuidado, que se transforma en una exigencia irrenunciable a nivel social e individual (Díaz, 2009).

Una manera de medir el trabajo de cuidado es por medio de encuestas de uso del tiempo y calidad de vida. En todos los lugares donde se han realizado, muestran que las mujeres ocupan la mayor parte de su tiempo en ejecutar casi todo el trabajo doméstico y de cuidados. Las mujeres de América Latina destinan en promedio entre un quinto y un tercio de su tiempo diario o semanal al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, mientras que en el caso de los hombres esta proporción se encuentra en torno al 10% (CEPAL, 2017). Estos instrumentos permiten analizar el impacto adverso en la calidad de vida de las mujeres, así como en la economía y la sociedad. El uso de las estadísticas tradicionales para dimensionar la magnitud de trabajadoras de cuidados no permite distinguirlas de las trabajadoras domésticas, dado que ambos trabajos tienden a desarrollarse de manera conjunta, sin embargo, analíticamente es preciso diferenciarlos.

La investigación sobre cuidados en Chile

La investigación relativa a los cuidados en Chile es bastante incipiente. Se ha centrado principalmente en estudios sectoriales, que consideran a algún grupo de población específico, principalmente en zonas urbanas. Solo se registró un estudio de la zona rural (Caro, 2017). Tratan del cuidado en la infancia (Vera Rojas, Montes y Barra, 2016), en la vejez (Acosta, Picasso y Perrota, 2018; González 2018; Caro, 2017) o en las situaciones de dependencia (Fernández, Herrera y Caro, s/d) y tienen un carácter de diagnóstico. Otros estudios son de carácter comparativo entre países y vinculan la situación de cuidados de la población con diversos regímenes de bienestar en países latinoamericanos, en especial con Argentina, Bolivia y Uruguay (Leiva, 2015; Vera Rojas et al., 2016, 2018; Acosta et al., 2018).

Cabe una mención especial a los estudios llevados a cabo por CEPAL y otros organismos y agencias de Naciones Unidas, que cubren a los países de América Latina y tienen un carácter más conceptual y orientado al diseño de políticas (Calderón, 2013; Batthyány, 2015b; Montaña y Calderón, 2010; Sojo, 2011; CEPAL, 2013, 2017; OIT-PNUD, 2009; Rico y Robles, 2016).

En relación con las cadenas globales de cuidados, los estudios son muy escasos y se han concentrado en la migración de mujeres peruanas

hacia Chile (Stefoni, 2009; Todaro y Arriagada, 2020; Arriagada y Todaro, 2012; Arriagada y Moreno, 2011) o de mujeres bolivianas hacia el norte de Chile (Leiva, 2015; Leiva, Mansilla y Comelin, 2017). Existen estudios regionales que mencionan el corredor migratorio Perú-Chile (Soto C., Soto L., Gonzáles y Dobrée, 2016).

Con respecto a la investigación en cuidados es preciso continuar reuniendo la información dispersa en distintos estudios, en su mayoría tesis de grado y posgrado que tratan sobre las diversas modalidades de cuidado en Chile. Estas tesis se orientan a aspectos muy específicos del cuidado ligado a la medicina: cuidados médicos, de enfermería y farmacéuticos; a enfoques antropológicos o psicológicos (Troncoso, 2013). La metodología es de carácter cualitativa. Otros trabajos se orientan a grupos muy especiales: jefas de hogar, auxiliares de aseo por ejemplo; o bien, analizan dimensiones del cuidado como el síndrome de sobrecarga del cuidador/a, los costos invisibles del cuidado de enfermos, el cuidado informal y otros (Reca, Álvarez y Tijoux, 2008; Troncoso, 2013). También, sobre los papeles de los hombres en la reproducción y los cuidados (Armijo, 2018). En mucha menor medida se orientan a la organización social de los cuidados.

En lo referente a las fuentes de información para el estudio de los cuidados, llama la atención que Chile solo cuenta con una encuesta nacional sobre uso de tiempo, realizada en 2015 para zonas urbanas, y un estudio piloto para el Gran Santiago de 2007 (que no son comparables). El resto de las investigaciones trabaja con datos secundarios y estudios de casos. La falta de continuidad de las encuestas de bienestar y uso de tiempo impide analizar la evolución del fenómeno y las transformaciones en la forma de cuidar, en quiénes cuidan y si la distribución de los cuidados por sexo, edad y estrato socioeconómico se ha modificado. Asimismo, falta diferenciar en las estadísticas de empleo los cuidados del trabajo doméstico.

Régimen de bienestar y de cuidados en Chile

A partir de 1990, año de recuperación de la democracia, el modelo de régimen de bienestar que ha prevalecido en Chile tiene un carácter mixto o híbrido, denominado también estatal-productivista (Martínez,

2007). Productivista porque el énfasis se ha puesto en el mercado, estatal porque se cuenta con una tradición de protección estatal⁶⁸ que tiene una fuerte base en las familias y redes sociales como mecanismos principales de cuidados. Conserva, además, rasgos del modelo neoliberal anterior característico del período dictatorial, pero gracias a la puesta en marcha de un modelo de protección social durante los dos períodos de la presidenta Bachelet, muestra la ampliación de la cobertura institucional de los servicios en el país.

En 2009, durante la primera presidencia de Michelle Bachelet, se estableció un Sistema Intersectorial de Protección Social, cuya administración, coordinación y evaluación estuvo a cargo del Ministerio de Desarrollo Social; en 2010 se agregó un subsistema de Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Discapacitados; y en 2016, un subsistema Nacional de Apoyo y Cuidados, focalizado en las personas con dependencia moderada y severa que se encuentran en el 60% de la población de menores ingresos. De esta forma, el cuidado en Chile se inscribe como un componente de la protección social.

Durante el último período del Gobierno de la presidenta Bachelet se puso de manifiesto la voluntad política de implementar un enfoque de derechos, sin embargo, en su ejecución se ha priorizado a los sectores más pobres (40% y luego 60% de las familias más pobres). Dado el carácter estructural de la extrema desigualdad de ingresos y oportunidades en Chile, que muestra las deficiencias del mercado y también del Estado –un mercado de trabajo con presencia de informalidad, de inestabilidad del sector asalariado–, quedan algunos sectores medios con bajas remuneraciones, que no están bien cubiertos en sus derechos fundamentales. En síntesis, los importantes avances en materia de protección social han llegado a los sectores más necesitados pero aún no tienen un carácter universal.

Durante el primer Gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014), el enfoque en términos de política social fue de tipo subsidiario y focalizado a la población más pobre y vulnerable, como por ejemplo el programa

⁶⁸ La política social chilena es de larga data, por ejemplo, la primera ley de instrucción primaria en Chile es de 1860, la obligatoriedad de la instrucción primaria de 1920 y la primera ley de salas cuna en fábricas, talleres o establecimientos industriales de 1917.

de Ingreso ético familiar (actualmente Subsistema de Seguridades y Oportunidades) que es un programa de transferencias monetarias condicionadas dirigido a las familias en extrema pobreza. En este segundo período (2018-2022), la nueva administración de derecha, en su programa de gobierno incluye la reforma de pensiones, la gratuidad en educación, los derechos de la niñez –por poner algunos ejemplos–, obligados ante la circunstancia de la agenda instalada por el Gobierno saliente y por la presión de amplios sectores sociales. Entre las primeras medidas del nuevo Gobierno está el cambio de nombre y funciones del Ministerio de Desarrollo Social por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que pretende incorporar el “enfoque familiar” en la coordinación de las políticas, planes y programas sociales. Asimismo, han destacado el enfoque de protección a la infancia que contempla tres ejes: “Protección universal”; “Protección a niños, niñas y adolescentes en riesgo de vulneración de derechos” y “Protección y restitución de derechos a niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados” (<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>). En el primer enfoque se destaca la propuesta de sala cuna universal que aún no ingresa como proyecto a las cámaras legislativas. Aun es muy temprano para evaluar los futuros efectos de estas propuestas y si llegarán a implementarse.

¿Qué es la organización social del cuidado?

La organización social del cuidado se refiere a la forma de distribuir, entender y gestionar la necesidad de cuidados, que está en la base del funcionamiento del sistema económico y de la política social. Para poder definir la organización social del cuidado se requiere considerar tanto la demanda de cuidados existente como quienes proveen los servicios y cubren esa demanda, y cómo el régimen de bienestar se hace cargo de la necesidad de cuidados así como cuánto corresponde al mercado.

En general, las sociedades requieren distribuir bienes y servicios que aseguren la entrega de bienestar y protección social de calidad a los miembros. El dilema del cuidado se refiere al peso e importancia de todos los componentes del sistema (Estado, mercado, familias, comunidad) en el otorgamiento de cuidado y según qué criterios. Este dilema de cuidado ha asumido diversas formas en distintos momentos

históricos o modelos de organización social (O'Connor, 1996); en nuestra sociedad recae de manera central sobre los hombros de las mujeres.

La organización de los cuidados en Chile, al igual que en el resto de América Latina, como ya se señaló, tiene un carácter mixto. Los cuidados pueden ser provistos por organismos públicos y privados, y se realizan dentro y fuera de los hogares y las familias. Entre los principales sectores que efectúan el trabajo reproductivo, se pueden indicar las siguientes actividades que se realizan en y fuera del hogar (UNIFEM, 2000, Rodríguez, 2007; Marco, 2007):

- En el hogar: el trabajo doméstico y de cuidado es ejecutado principalmente por las mujeres de manera no remunerada –o que significa una gran dedicación de tiempo y recarga para ellas–. Como los costos del trabajo doméstico remunerado son elevados, las trabajadoras de sectores populares y de menores ingresos no pueden contratarlo y acuden a soluciones más informales (vecinas y parientes). Abarca también a cuidadoras remuneradas: niñeras, parvularias, entre otras; y servicios médicos y de enfermería a domicilio, orientados a sectores de mayores ingresos.
- Fuera del hogar: las actividades en las modalidades estatal y de mercado pueden tener carácter público y privado. Las actividades de mercado incluyen los servicios privados para el cuidado infantil: salas cunas/guarderías, atención preescolar en jardines y educación primaria. También los servicios de residenciales para adultos mayores, hospitales y clínicas, habitualmente de costos muy elevados. Los servicios estatales públicos también cubren el cuidado infantil y de los adultos mayores: guarderías, jardines infantiles, centros para el cuidado diario de adultos mayores, centros de larga estadía, hospitales y postas. Finalmente, las organizaciones comunitarias incluyen los servicios ofrecidos por cuidadoras voluntarias, de organizaciones comunitarias con apoyo de la cooperación internacional, de beneficencia y otros.

Estas actividades implican una compleja organización y planificación, y frecuentemente mantienen flujos entre ellos, dependiendo de la sufi-

ciencia y oportunidad de la prestación. Así, si la oferta pública estatal no brinda una cobertura u horarios suficientes, deberá acudir al mercado, a las cuidadoras remuneradas o no pagadas en el hogar. En el mismo sentido, si la oferta del Estado es residual y no existen ingresos para contratar los servicios en el mercado, se acudirá a la oferta pública no estatal disponible: ONG, instituciones religiosas, voluntariado (Rodríguez, 2007).

La crisis del modelo de cuidados

La crisis del modelo de cuidados tiene una doble dimensión: por un lado, se refiere a la reproducción social con el aumento de la demanda y de la complejidad de los cuidados que se produce de manera simultánea a la reducción de la oferta de cuidadores potenciales, lo que dificulta la reproducción diaria de las personas. Por el otro, puede hablarse de una crisis de reproducción social de largo plazo, como la dificultad de asegurar la vida de una gran parte de los hogares y de las pocas posibilidades que tienen para alcanzar niveles satisfactorios de bienestar en múltiples dimensiones, incluidos los cuidados (Pérez Orozco, 2009).

Desde las últimas décadas del siglo XIX, la organización de la producción y las reglas que regulan la economía han experimentado cambios. Las transformaciones económicas –como la privatización de los servicios públicos y la presión de los mercados internacionales para reducir los costos de producción, incluida la mano de obra– derivaron en la necesidad de aumentar los ingresos familiares. Además, las transformaciones del comportamiento social promovidas por el movimiento feminista generaron que más mujeres ingresaron en el mercado laboral, y su presencia en la fuerza laboral se hizo más notoria.

Desde una perspectiva histórica, Fraser afirma que el capitalismo liberal privatizó la reproducción social; el capitalismo administrado por el Estado la socializó parcialmente y el capitalismo financiero la está mercantilizando cada vez más. En cada caso, una organización específica de reproducción social se desarrolló con un conjunto distintivo de ideales sobre género y familia: desde la visión liberal-capitalista de “esferas separadas” hasta el modelo socialdemócrata del “salario familiar” y la norma del modelo financiero neoliberal de la “familia con dos ingresos” (Fraser, 2016, p. 22).

El trabajo remunerado de las mujeres se ha analizado desde la perspectiva de la economía familiar como una “ayuda” al presupuesto familiar. En el mercado laboral, las mujeres son frecuentemente consideradas como mano de obra “secundaria”, es decir, complementaria al ingreso principal del jefe de familia masculino, aspecto que a menudo se presenta como una justificación para el pago de salarios inferiores a los de sus contrapartes masculinas o el despido en tiempos de crisis. Asimismo, sus responsabilidades de cuidados son consideradas costos por los empleadores: entre ellos, la supuesta mayor tasa de ausentismo y menor disponibilidad para horas extras, turnos, viajes o capacitaciones.

El trabajo doméstico y de cuidados realizado por mujeres, por lo general está infravalorado y devalúa a quienes lo hacen. Los trabajadores y las amas de casa comparten la devaluación de género que implica ser responsables del trabajo doméstico y de cuidados, aunque tienen un lugar diferente en términos de clase y, eventualmente, en términos de raza o etnia (Todaro y Arriagada, 2020).

La crisis del modelo de cuidados revela y agudiza las dificultades que enfrentan amplios sectores de la población.

Estos problemas son el resultado de la desestabilización del modelo tradicional de asignación de responsabilidades de cuidado y la reestructuración de todo el sistema socioeconómico, sin alterar la división sexual del trabajo en el hogar o la segmentación de género en el mercado laboral. (Ezquerro, 2011, p. 176)

Por lo tanto, existe una participación creciente de las mujeres en el mercado laboral sin cambios sustanciales en la distribución del trabajo dentro del hogar y en la sociedad en general.

Durante las últimas décadas, la crisis del modelo de cuidados en Chile se ha intensificado debido a un déficit en la oferta de cuidado y a un aumento de la demanda de cuidados debido a varios factores:

a) demográficos: se expresan en el envejecimiento demográfico y el aumento en la esperanza de vida también de las personas con enfermedades crónicas y discapacidad que aumenta tanto el número de

las personas que es preciso cuidar como la complejidad del cuidado. La disminución de la fecundidad⁶⁹ plantea un problema de escasez de cuidadores a futuro;

b) socioculturales: son los cambios en la estructura y formas de vida familiares que limitan la disponibilidad de cuidadores. Por ejemplo: se reduce el tamaño del hogar, aumenta la movilidad de sus miembros, las familias adoptan formas de convivencia más diversas y complejas, disminuyen las familias extendidas y biparentales, en las que existían más personas para cuidar, y aumentan las familias monoparentales; un factor crítico es la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, aunque persiste una distribución sexual rígida en que las mujeres asumen la responsabilidad de cuidar;

c) institucionales: se enfrenta a la evolución de las propias instituciones, las reformas de los servicios sanitarios con la externalización y privatización de los servicios de salud y educación. En muchos países que los privatizan, la tendencia es el aumento del valor de esos servicios, por lo tanto, familias de sectores medios y medios bajos deben enfrentar el cuidado en sus propios hogares, aumentando la carga de trabajo tanto doméstico como de cuidados –aún cuando se ha producido un aumento de la cobertura preescolar y una ampliación de la jornada escolar–.

Así, la externalización de cuidados familiares desde la familia hasta los servicios públicos o el mercado como estrategia adaptativa a la crisis de los cuidados, no ha cambiado la configuración tradicional de la división sexual del trabajo. Siguen siendo las mujeres quienes realizan el trabajo doméstico y de cuidado tanto en la familia como en el mercado. De esta forma, a futuro, habrá mayor población que cuidar y menos cuidadores.

Algunas manifestaciones de esta crisis del modelo de cuidado se aprecian también a nivel subjetivo, en niveles de insatisfacción con las formas de atención en los servicios públicos, sentimientos de estrés,

⁶⁹ La última información disponible del INE, señala que en 2016 la tasa global de fecundidad llegó a su nivel histórico más bajo: 1,69, es decir, bajo el nivel de reemplazo.

altos índices de depresión y de agobio de las mujeres por su doble jornada, así como por la intensidad y desigualdad en el uso del tiempo que se muestran en algunas encuestas (PNUD, 2009; Fernández, Herrera y Caro, s/d).

Las necesidades de cuidado en Chile

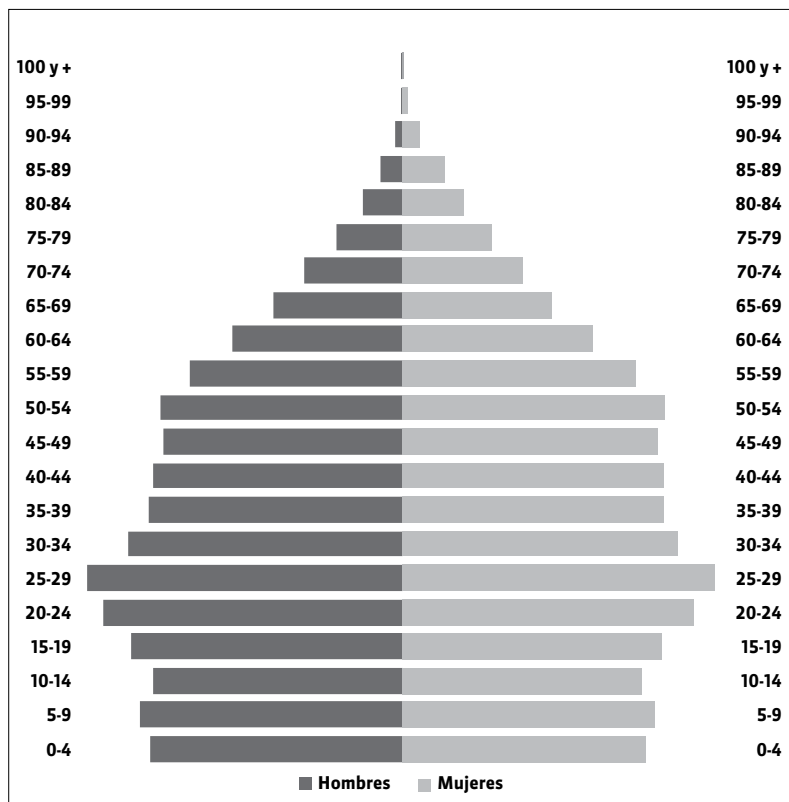
Actualmente Chile, en comparación con el resto de los países de América Latina, se ubica entre el grupo de los más avanzados en el proceso de transición demográfica, con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y esperanza de vida cercana a los 80 años (junto con Argentina, Cuba y Uruguay), por lo que su dinámica poblacional tiende a la reducción de las tasas de crecimiento, natalidad y mortalidad. Al mismo tiempo, esta dinámica demográfica genera familias pequeñas, longevidad creciente y cambios en las relaciones entre las generaciones. Así, aunque las necesidades de cuidado infantil aún son las mayores en la actualidad (la tasa de dependencia de la población de 0-14 años es de 33,1%), en el futuro la necesidad de cuidados para la población de mayor edad serán cada vez más creciente.

La pirámide de edad y sexo empieza a reducirse en su base por la disminución de los nacimientos y a ensancharse en las edades superiores, especialmente en el caso de las mujeres, dado el aumento en la esperanza de vida (gráfico 3.1). La tendencia será al envejecimiento acelerado de la población y a una feminización de este.

En Chile la población de 65 años y más está aumentando a tasas elevadas. En 1992 representaba el 6,6% de la población y en 2017 alcanzó a 11,4% de la población (Censo, 2017). La esperanza de vida en 2015-20 se estima en 79,7 años: 77,2 años para los hombres y en 82,2 años para las mujeres (cuadro 3.1). Si se examinan las proyecciones de edad de la población mayor de 65 años, que en 2020 se estima en algo más de 2,2 millones de habitantes, en 2030 alcanzará poco más de 3,2 millones personas. Hacia el 2050, la población menor de 5 años será menor que la población mayor de 80 años.

Gráfico 3.1

Chile, 2017: Pirámide por edad y sexo



Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda 2017.

Cuadro 3.1

Chile: Indicadores demográficos, diversos años

Grupos de edad	Total 1992	Total 2002	Total 2017
0 - 14	29,4	25,7	20,1
15 - 64	64	66,2	68,5
65 y más	6,6	8,1	11,4
Esperanza de vida	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Total	78,7	79,7	80,6
Hombres	76,1	77,2	78,2
Mujeres	81,3	82,2	83,0
Relación de Dependencia	1990	2010	2020
Menores de 15 años	47,3	33,1	28,8
Mayores de 65 años	9,7	13,4	17,7

Fuente: INE Censos de población y CEPAL, Anuario estadístico 2017 y Observatorio Demográfico, 2017.

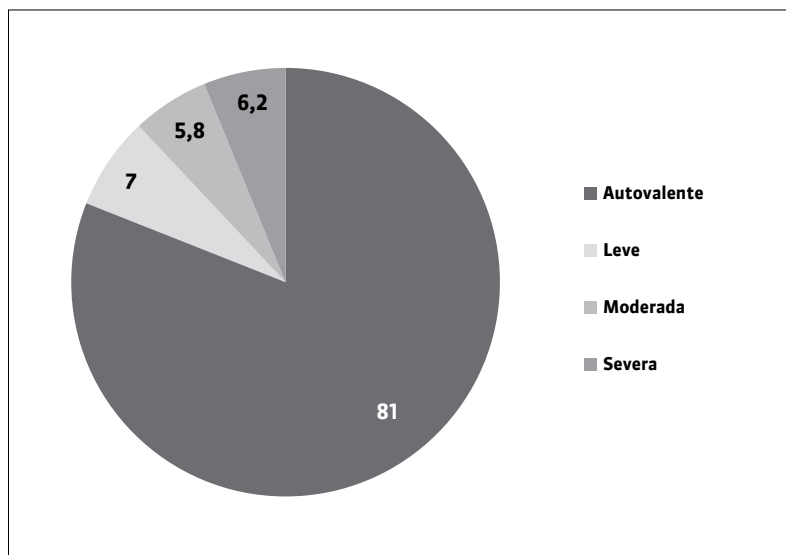
Demanda de cuidados en Chile

En Chile existe una amplia demanda de cuidados desde varios sectores de la población: los niños/as, los viejos/as y las personas enfermas y dependientes, así como de las personas que están sobreocupadas en el mercado laboral (largas jornadas y turnos). En general, esas demandas de cuidados son absorbidas por la familia y dentro de ellas, por las mujeres; sin embargo, existen situaciones en que la familia no puede hacerse cargo, ya sea por problemas financieros, por la gravedad de la dependencia o por ausencia de personas disponibles para cuidar.

El estudio de la discapacidad llevado a cabo en la CASEN en 2013 (última información disponible) mostró que la población chilena que presentaba alguna discapacidad alcanzaba el 19%. Los tipos variaban en: discapacidad leve (7%), discapacidad moderada (5,8%) y discapacidad severa (6,2%), es decir, personas que veían gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo del apoyo o cuidados continuos de una tercera persona (gráfico 3.2).

Gráfico 3.2

Chile, 2013: Índices de Dependencia de la población de 60 años y más



Fuente: Chile, CASEN, 2013

Se distinguió entre las personas con condiciones permanentes o de larga duración (de movilidad, ceguera, sordera, mental e intelectual, mudez y dificultades psiquiátricas), que en 2013 alcanzaban el 6,5%, es decir, más de 1,1 millón de personas. Esta cantidad aumentaba a partir de los 60 años y en especial entre la población de 80 y más años, entre las que había más mujeres y se concentraban en mayor proporción en el quintil de ingresos más pobre. En suma, la discapacidad se distribuye de manera muy desigual en la población chilena, de manera que las familias de menores recursos son quienes requieren de más apoyos para cubrir los cuidados de la población discapacitada.

La información sobre población con dificultades permanentes y discapacidad de larga duración muestra que se concentra en la población mayor de 80 años, que ha aumentado en el período 2006-2013.

No se conoce la magnitud de cuidados insatisfechos de la población mayor; sin embargo, se aprecian importantes déficit de cuidadores. La

subsecretaría de Salud estableció a partir de 2010 algunas regulaciones para el funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELAM), que requieren ciertas condiciones básicas de infraestructura (dormitorios, baños, pasamanos y otros). En relación con el personal, establece un cuidador por cada siete residentes postrados durante el día, y uno cada diez en turno nocturno; además, un auxiliar de enfermería durante 12 horas diurnas y uno disponible en caso de necesidad.

¿Quiénes cuidan en Chile?

La oferta institucional de cuidados

Desde los años noventa, con los Gobiernos de los partidos de la Concertación (1990-2010) y especialmente durante el primer y segundo Gobierno de la presidenta Bachelet (2006-2010 y 2014-2018), se ha dado mayor atención a lo que se ha denominado un Sistema de Protección Social basado en derechos, que incluyó varias iniciativas en torno a la mejora de la situación educativa y de salud, con énfasis en algunos segmentos de la población: los adultos mayores, amas de casa, menores de seis años del 60% de la población más pobre. En ese marco se destacan las reformas de carácter más estructural, como la del sistema previsional, la reforma del sistema de salud, y la creación del Plan Auge de Salud (2004) y el programa Chile Crece Contigo (2006) para la infancia. Varias de ellas, al ser programas institucionales han continuado durante los dos siguientes periodos gubernamentales. Sin embargo, actualmente se está frente a un modelo que no es de solidaridad, sino de seguridad privada con asistencia social para los grupos de menores ingresos.

Para fortalecer el Sistema Intersectorial de Protección Social se creó en 2017 en el Ministerio de Desarrollo Social un Registro Social de Hogares que es la entrada para los tres subsistemas: de Protección a la Infancia (programa Chile Crece Contigo); de Seguridades y Oportunidades (para las familias en pobreza y pobreza extrema) que reemplazó el Programa Chile Solidario y el Programa Ingreso Ético Familiar; y el reciente Subsistema de Apoyos y Cuidados que se orienta a las personas

con necesidades especiales de cuidados a largo plazo: adultos mayores y personas con dependencia y sus cuidadores. Sin embargo, la proporción del presupuesto asignado en 2018 a los tres subsistemas es muy diferente: el 79,3% para el Subsistema Seguridades y Oportunidades (Ingreso Ético Familiar); el 17% para el Subsistema de Protección de la Infancia y el 3,7% para el Subsistema de Apoyos y Cuidados.

La oferta de servicios es de carácter intersectorial e involucra los ministerios de Familia y Desarrollo Social, Salud, Trabajo y de Vivienda y Urbanismo; también los servicios Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y de Discapacitados (SENADIS) (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2

Chile 2018: Oferta de servicios del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)

Ámbitos de acción del Subsistema	Prestaciones del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados	Dependencia institucional
Cuidados Domiciliarios	Programa Cuidados Domiciliarios Servicio de Atención Domiciliaria- “Respira”	Servicio Nacional del Adultos Mayor (SENAMA)
	Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa	Ministerio de Salud (MINSAL)
Dispositivos de Apoyo	Programa de Adaptación Funcional de Viviendas - “ADAPTA”	Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)
	Programa Protección al Patrimonio Familiar	
	Tránsito a la vida Independiente (SENADIS)	
	Ayudas Técnicas (SENADIS)	
Servicios de Orientación e Información	Programa Acción Educativa	Ministerio del Trabajo (MINTRAB)
	Subsidio Discapacidad Mental	
	Pensión Básica Solidaria (Vejez e Invalidez)	
	Aporte Previsional Solidario (Vejez e Invalidez)	
	Subsidio Familiar (DUPLO)	
Transferencias (ingreso y/o especies)	Estipendio para cuidadores/as de personas con dependencia severa	Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO)
	Servicio Especializado-Red Local de Apoyos y Cuidados.	
Cuidados Residenciales (Institucionalizados)	ELEAM	Ministerio de Vivienda (MINVU) y SENAMA
	Fondo ELEAM (SENAMA)	
	Residencias y Hogares Protegidos	
Cuidados Sociales y Comunitarios	Centros Diurnos Adulto Mayor	SENAMA SENADIS
	Centros Diurnos de Demencia	

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social.

Las políticas de corresponsabilidad familia-trabajo

El conflicto entre familia y empleo que experimentan las mujeres, en tanto madres y trabajadoras, no ha sido bien resuelto en Chile. Las escasas iniciativas y debates continúan consolidando a las mujeres como factor de ajuste entre los ámbitos familiares y laborales, establecidos como opuestos por el sistema prevaleciente de producción y de género.

Frente a este conflicto y a los costos de crianza y cuidado de los hijos/as, las mujeres estarían postergando la maternidad (como se aprecia en la baja sostenida de la natalidad) en pos de una mayor estabilidad económica y otros logros en el ámbito laboral y personal. El problema tiene múltiples dimensiones, ya que no se trata solo de una decisión individual que exprese el cambio de valores y expectativas de las mujeres, sino de un fenómeno que fue acompañado por la creciente desprotección y debilidad de los servicios de cuidado, consecuencia de la desregulación y flexibilización laboral y la privatización de servicios en el área de la salud y la educación que, con diferentes énfasis, se implementó en Chile durante el período dictatorial (Reca, 2008) y que, con modificaciones, se ha mantenido hasta la actualidad.

La protección de la maternidad se creó como una forma de resguardar la salud de la madre y el niño o niña por nacer durante sus primeras semanas de vida. Si bien no se estableció con el objetivo explícito de conciliar vida laboral y familiar, ha tenido efectos importantes en esa línea (OIT-PNUD, 2009). De hecho, esta protección es básicamente la única medida con efectos conciliatorios presente en la legislación laboral de Chile.

El Código del Trabajo establece el derecho a un descanso de maternidad de prenatal de seis semanas antes del parto y de posnatal de doce semanas después del parto. También existe el posnatal parental: doce o dieciocho semanas (dependiendo de si la madre se queda en casa o si regresa a trabajar por media jornada) después del posnatal. Durante ese período, las trabajadoras percibirán un subsidio a cargo del Estado, equivalente a la totalidad de las remuneraciones y asignaciones anteriores. A esto se suma el fuero que establece que, durante el período de embarazo y hasta un año después de expirado el descanso de maternidad, la trabajadora no puede ser despedida de su puesto de trabajo.

Al trabajador padre se le concede el derecho irrenunciable a un permiso de paternidad pagado de cinco días en caso de nacimiento o adopción de un hijo, que podrá utilizar a su elección desde el momento del parto –en este caso será de días corridos– o distribuirlo dentro del primer mes desde la fecha de nacimiento. Como un logro importante tiene derecho a permiso postnatal parental,⁷⁰ si es que la madre decide traspasarle semanas, pudiendo traspasar un máximo de seis semanas a jornada completa; pero si la madre decide tomarse 18 semanas a media jornada, puede traspasar un máximo de 12 semanas en media jornada. Así, aunque la legislación promueve corresponsabilidad, todavía hay fuertes barreras culturales para su efectiva aplicación.

Las trabajadoras también tienen derecho a disponer, durante la jornada, de una hora al día para alimentar a sus hijos menores de dos años, dividiéndola en dos porciones a solicitud de la interesada o postergando/adelantando la hora de entrada o término de la jornada laboral. Este derecho puede ser ejercido, preferentemente, en la sala cuna o donde se encuentre el menor y el tiempo utilizado se considerará trabajado.

La legislación dispone que las empresas que ocupen veinte o más trabajadoras de cualquier edad o estado civil deben tener salas anexas, independientes del local de trabajo, en donde las mujeres puedan dar alimento a sus hijos menores de dos años y dejarlos mientras estén en el trabajo. De no contar con estas, el empleador designará una sala cuna, entre las que cuenten, con la autorización de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, y se entenderá que cumple con esta obligación si paga los gastos de sala cuna directamente al establecimiento al que la mujer trabajadora lleve a sus hijos menores de dos años. También debe pagar el valor de los pasajes por el transporte que se empleen para ida y regreso del menor al respectivo establecimiento. Actualmente se discute la propuesta de la sala cuna universal, que evita que sea un derecho de las trabajadoras en empresas de 20 y más trabajadoras. Sería sala cuna para trabajadoras y trabajadores que tengan hijos a su cargo,

⁷⁰ Según datos de la Superintendencia de Seguridad Social y la Subsecretaría de Previsión Social, en siete años de vigencia de la ley 20.545 de 2011 solo han tomado este permiso el 0,23% de los trabajadores padres.

financiada con un fondo solidario a cargo del empleador del 0,1% de la renta imponible y con aportes del Estado.

Lamentablemente, estas garantías solo se aplican a los trabajadores formales. En Chile, según datos del INE, en 2017 uno de cada tres trabajadores se desempeñó en condiciones de informalidad; es decir que no cuentan con acceso a la seguridad social (salud y previsión social) y, en el caso del personal de servicio doméstico –en su mayoría mujeres–, la cifra de quienes no tienen acceso a estas prestaciones se eleva hasta el 47,9%.

La reforma del Sistema de Salud

La reforma del sistema de salud tiene por objetivo una adecuación de las políticas e instituciones de la salud al cambio de los perfiles epidemiológicos y sociodemográficos de la población. Entre ellas de destaca el Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud, Plan AUGE de 2006. En Chile, el 76,8% de la población se encuentra en el sistema público de salud, principalmente la población que se ubica en el primer y segundo quintil de ingresos. Esta cifra disminuye al 43% en el quintil más rico (Fundación Friedrich Ebert, 2008; ISAPRES, 2016). Cabe destacar que gran parte de la población se encuentra protegida por alguna modalidad de atención de salud, por medio del seguro público o las aseguradoras privadas.

Las garantías ofrecidas son:

- a. garantía de acceso, conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia;
- b. garantía de oportunidad, según la cual habrá un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico;
- c. garantía de calidad, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruados a partir de pruebas de evidencia médica;

d. garantía de cobertura financiera: el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema Auge y sus patologías;

e. medicamentos ambulatorios: se garantiza cobertura financiera (20% de arancel de referencia) cuando el tratamiento AUGE requiera de este tipo de medicamentos;

f. examen de medicina preventiva: las Instituciones de salud previsional privada (ISAPRES) deben proporcionar a todos sus afiliados un examen preventivo sin costo. El Plan Auge beneficia a todas las personas independientemente de si son cotizantes en el sistema público o en el privado, y los que no son cotizantes se benefician del aporte estatal.

La autoridad de salud dio prioridad a algunas enfermedades, tanto para los beneficiarios de salud previsional privada (ISAPRES) como para público del Fondo Nacional de Salud (FONASA). En esta lista se incluyeron problemas de salud frecuentes, graves y factibles de tratar que causan más muertes y discapacidades en Chile; además de problemas económicos generados en las familias de quienes los padecen, por los costos de financiación. Otro aspecto importante considerado son problemas de salud que, si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de mejoría de las personas.

Sin embargo, aun cuando la mejora en la cobertura de salud básica permite teóricamente que todos tengan acceso a hospitalización y cuidados médicos (incluida la población más pobre, personas migrantes), en la práctica, la demanda creciente de servicios de salud ha derivado en las largas listas de espera que limitan ese acceso. Asimismo, los avances médicos y tecnológicos junto con la externalización y privatización de servicios, y una nueva concepción de eficiencia de la gestión hospitalaria han provocado una reducción del tiempo de hospitalización y una derivación de los cuidados posteriores hacia el hogar, que plantea serias dificultades para proveer de esos cuidados, especialmente para algunas familias pobres y migrantes. Así, se sostiene que el modelo de atención

que se define en la reforma de salud, que articula los sistemas institucionales de salud y doméstico/comunitario, continúa descansando en el papel mediador de las mujeres (Provoste y Berlagovsky, 2002).

La oferta de cuidado para adultos mayores

La Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012-2025) marca un punto de inflexión en la oferta de cuidados para adultos mayores, al establecer un modelo a largo plazo para atender la funcionalidad y autonomía de las personas mayores en el país. Esta política se tradujo en tres programas sociales fundamentales, diferenciados de acuerdo al nivel de dependencia: i) centros diurnos para los mayores con nivel de dependencia leve; ii) cuidados domiciliarios para los mayores con dependencia moderada o severa, que pueden continuar residiendo en sus casas y iii) un subsidio a los establecimientos de larga estadía administrados por instituciones sin fines de lucro, para mayores con dependencia severa (Fernández et al., s/d).

En el caso de los adultos dependientes mayores de 60 años y en situación de vulnerabilidad, pueden postularse para institucionalización en ELEAM. El último catastro de los ELEAM de 2013 recogía la existencia de 726 establecimientos, la mayoría instituciones privadas con fines de lucro (66%). Entre las organizaciones sin fines de lucro sobresalen las instituciones, fundaciones o congregaciones religiosas (31,5%), seguidas de lejos por aquellos ELEAM de derecho público (2,6%) (SENA-MA, 2013). Asimismo, hay una oferta no determinada de instituciones clandestinas de hogares para adultos mayores no registrados.

Además, la ampliación de la oferta de cuidado de los adultos mayores proviene principalmente del aumento de los recursos monetarios para la población más pobre, que se ha logrado por medio de la reforma previsional. En el marco de dicha reforma de 2008 se aprobó un pilar solidario que, entre otras medidas, incluye:

- a. garantizar una prestación mínima de carácter universal para todos los adultos mayores, que cubre inicialmente al 40% pero que se amplió al 60 % más pobre de los hogares en 2012;

- b. mejorar el nivel básico de prestación en forma proporcional al esfuerzo de ahorro que realiza cada afiliado, independientemente del tiempo de cotización;
- c. otorgar subsidios a la maternidad;
- d. no fija períodos mensuales de cotizaciones;
- e. facilitar los lugares de pagos;
- f. permitir convenios de filiación colectiva;
- g. mantener la portabilidad de derechos y obligaciones.

Con fines presupuestarios y de equidad, la prestación se garantiza para el 60% más pobre de la población. Por ello, el pilar se define por la entrega de una pensión básica solidaria, y no una pensión básica universal (Uthoff, 2008).

La reforma previsional pretende lograr una mayor equidad e igualdad. No obstante, dada la condición de desigualdad en que se encontraban las mujeres frente a su previsión, las medidas implementadas las benefician directamente: pensión básica solidaria, aporte previsional solidario, bono por hijo, división de saldos en caso de divorcio o nulidad, separación del seguro de invalidez y sobrevivencia (SIS) entre hombres y mujeres, pensión de sobrevivencia para familiares de la mujer, eliminación de la comisión fija por servicios de AFP, aumento de la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia, ingreso mínimo imponible para trabajadoras de casa particular, pago del seguro de invalidez y sobrevivencia a cargo del empleador, asignación familiar también para los trabajadores independientes.

Entre los aspectos que benefician en mayor medida a los adultos mayores se cuenta la pensión básica solidaria de vejez (actualmente de \$107.304 pesos chilenos, aproximadamente US\$130 dólares mensuales) que se otorga a la población mayor de 65 años del 60% más pobre, así como la pensión por invalidez. La información que provee

la Superintendencia de Pensiones muestra en 2018 que el 73% de las pensiones de vejez corresponden a mujeres y más de la mitad del aporte previsional solidario.

Junto a las pensiones antes mencionadas, el Estado entrega, desde 1996, un bono de invierno para el alza en los costos (especialmente calefacción) que se perciben durante esos meses. Consiste en un beneficio en dinero que, junto con la pensión del mes de mayo, reciben los pensionados del Instituto de Previsión Social (IPS) y los pensionados asistenciales.

Pese a los esfuerzos de la coordinación centralizada de las iniciativas gubernamentales y no gubernamentales, no se cuenta con la adecuada cobertura de cuidados para la población adulta mayor. Los programas y servicios que se ofrecen enfatizan las actividades de tipo asistencial, en tanto que la inversión en actividades preventivas y educativas es relativamente reciente.

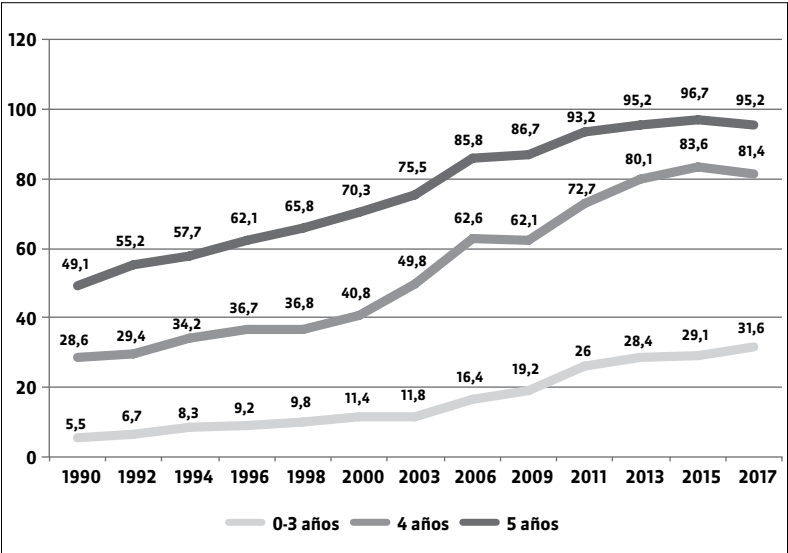
Asimismo, existe un gran déficit de oferta de recursos humanos para la atención en salud. Según informaciones recientes, en 2018 se cuenta con 105 geriatras, es decir, aproximadamente un geriatra cada 20.000 habitantes, de los cuales solo 40 trabajan en el ámbito público. Se estima que la demanda de geriatras alcanza a 300 para una población que en 2030 llegará a más de 3 millones de adultos mayores. La escasez de geriatras se debe a la larga duración de la carrera de especialización (12 años) y a la falta de la especialidad y de docentes en las universidades. La misma situación crítica se aprecia en relación con el personal universitario de enfermería y auxiliares especializados en geriatría.

En Chile existen pocos hogares de ancianos reconocidos legalmente que no alcanzan a cubrir la demanda existente, déficit que promueve la creación de hogares clandestinos sin certificación. Como ejemplo, se puede indicar que actualmente se estima que habría 26.854 adultos mayores institucionalizados en 1.668 residencias de ancianos. De estas, 624 corresponden a residencias colectivas informales y 1.044, a residencias colectivas formales. Estas últimas son dependientes de instituciones de caridad tales como Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas, CONAPRAN, hogares de colonias extranjeras, entre otros.

El cuidado de los menores

La mayor carga de trabajo de cuidados se encuentra en las familias con hijos menores de 6 años, por lo que las salas cunas son un apoyo fundamental, en especial para las madres trabajadoras. La primera legislación data de 1917; la última modificación corresponde a la ley 20.399 de 2009 que proporciona derecho de sala cuna tanto a padres como madres y se encuentra en trámite la ley de sala cuna universal. En general, la cobertura de la educación entre las edades de 0 y 5 años se ha incrementado de manera constante desde la década de los noventa en adelante, ya que en 1990 esta cobertura alcanzaba a solo el 15,9% y en 2017 cubría a más de la mitad de la población de esas edades (51,2%). Y si bien la cobertura educativa para la población de menores de 6 años continuó en aumento entre 1990 y 2017, persiste un importante déficit entre los menores de 3 años. Entre los niños de 5 y más años, la cobertura alcanza el 95,2% el total de niños y niñas en esa edad (gráfico 3.3).

Gráfico 3.3
Chile 1990-2017: Asistencia neta preescolar de niños y niñas de 0 a 5 años, por tramos de edad



Fuente: Elaboración sobre la base de Chile, CASEN 2017.

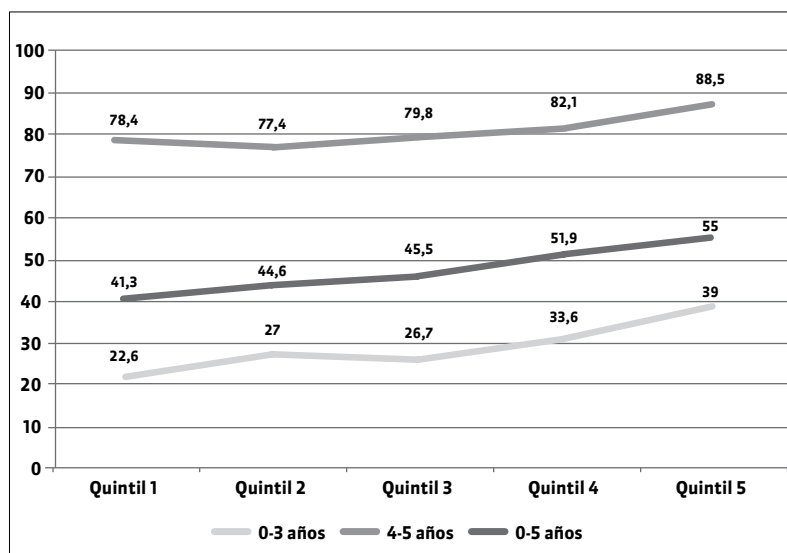
La importancia que tiene la educación pública en la educación preescolar del país se constata al observar que el 67,7% de establecimientos que brindan educación preescolar, lo hacen con fondos estatales. En el segundo ciclo (4 y 5 años), el 92,3% de los 6.089 establecimientos están financiados por el Estado (Orrego y Sánchez, 2018).

Asimismo, la cobertura es diferencial según grupos de ingreso. Las cifras entre 1990 y 2015 muestran que los quintiles más pobres en todos los niveles tienen una menor cobertura de educación preescolar y que los aumentos de cobertura beneficiaron más al grupo intermedio que a los grupos más pobres. El 20% de hogares de más altos ingresos registra durante el período la mejor cobertura de la educación preescolar (gráficos 3.3 y 3.4).

La posibilidad de contar con salas cuna y jardines infantiles gratuitos, hasta los 6 años, es sumamente valorada por las trabajadoras dado que les permite conciliar más fácilmente las responsabilidades domésticas y laborales, hasta que los niños y niñas tienen edad escolar y las opciones y servicios se amplían.

Gráfico 3.4

Chile 2015: Asistencia de niñas y niños a la educación preescolar, por ingreso autónomo del hogar y tramos de edad



Fuente: Elaboración sobre la base de Chile, CASEN 2015.

En el marco de las políticas de protección social implementadas durante el primer Gobierno de Michelle Bachelet, orientadas a promover la igualdad de derechos y oportunidades y disminuir las desigualdades socioeconómicas, se creó, en 2006, el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo (MIDEPLAN, 2008). Es un sistema integrado de intervenciones y prestaciones sociales que tiene como misión apoyar integralmente a los niños, niñas y sus familias, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar a los cuatro años, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen al máximo sus potencialidades. La ley 20.379 de 2009 contribuyó a institucionalizar el programa.

Uno de los ejes centrales es la creación de salas cuna, a fin de apoyar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños y niñas, pero también a sus familias, facilitando la inserción laboral de las madres. Para el programa, dirigido al 60% de la población más vulnerable, la participación laboral femenina es una herramienta esencial para el desarrollo y progreso familiar y que generalmente no tiene acceso a servicios ofrecidos por el mercado, siendo esta una de las principales razones que explican la menor tasa de participación laboral femenina entre esta población. Otro grupo objetivo son las madres que estudian, pues una de las principales causas del abandono escolar de las madres adolescentes es que no tienen con quien dejar a su hijo/a.

El sistema garantiza la disponibilidad de salas cuna gratuitas y de calidad para todos los niños y niñas menores de dos años, más un subsidio familiar prenatal automático para todos los niños y niñas pertenecientes a los hogares del 60% de menores recursos, cuya madre o adulto responsable trabaje, busque trabajo, estudie, o presente una situación de especial vulnerabilidad. Además ofrece acceso preferente a la oferta de servicios públicos de capacitación y empleos, ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad, y modalidades de apoyo al desarrollo infantil de niños y niñas con algún rezago en su desarrollo.

En 2005 había 781 salas cunas; en 2017 llegaban a 5.485 para los niños de 0 a 3 años y un total de 6.089 para los de 4 a 6 años (Orrego y Sánchez, 2018). Durante 2018 se ha estimado una oferta de 41.000 cupos. De esta forma se amplió la atención pública para los niños por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y la Fundación INTEGRA.

Si bien la cobertura de educación preescolar neta se ha incrementado en los últimos 16 años, y la brecha ha ido disminuyendo entre el quintil más pobre y el más rico, persisten desafíos en materia de cobertura. Hasta el momento, no se cuenta con evaluaciones acerca de uso y calidad de las salas cuna ya que se ha detectado una menor demanda que la esperada, dada ciertas resistencias culturales a su uso por parte de las madres que ven en ello una pérdida de la tarea considerada fundamental, que es criar a sus hijos en sus hogares. Sin embargo, es preciso reconocer que la oferta estatal de servicios para la educación preescolar ha reducido la brecha de cobertura entre hogares más pobres y más ricos.

Oferta de cuidado privada

Oferta de cuidado no remunerado en los hogares

En Chile, la principal forma de satisfacción de las necesidades de cuidados se realiza mediante el trabajo no remunerado realizado por las mujeres en sus hogares. La distribución del trabajo remunerado y no remunerado es muy desigual por género y estrato socioeconómico según datos de la Encuesta de Uso de Tiempo de 2015. Si se considera la carga total del trabajo, las mujeres chilenas realizan una proporción mayor de actividades remuneradas y no remuneradas que los varones (gráficos 3.5, 3.6 y 3.7). Asimismo, en términos de horas, los hombres destinan en total 2,7 horas al trabajo no remunerado en un día tipo, en tanto las mujeres destinan 5,89 horas (INE, 2015).

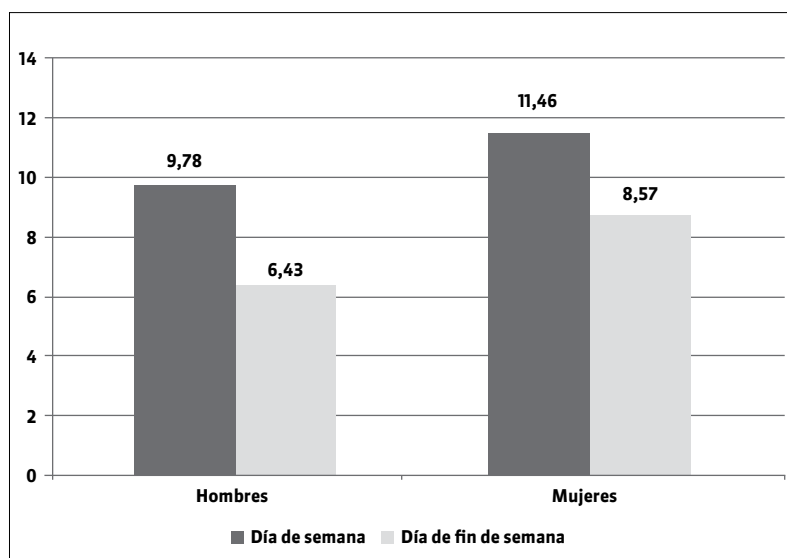
Al analizar la participación en las actividades de trabajo no remunerado por edad, se observa que en todos los tramos de edad las mujeres tienen una tasa de participación mayor que los hombres. El tramo que cuenta con menor participación es aquel de personas entre 12 y 24 años, con el 88,9% que no participa, mientras que la mayor participación la tiene el tramo de edad de los adultos mayores, de 66 años y más, con una tasa de participación del 93%.

Para ambos sexos, la actividad remunerada es la que demanda más tiempo. También el desplazamiento se encuentra entre las actividades que demandan tiempo, con pocas variaciones entre hombres y mujeres. La carga de trabajo total (que mide trabajo remunerado, tiempo de desplazamiento y trabajo no remunerado) para la población ocupada de

15 años y más también difiere entre hombres y mujeres: en un día de semana es de 9,78 horas para los hombres y de 11,46 horas para las mujeres; en un día de fin de semana, la carga de horas es menor pero se mantiene una diferencia importante por sexo, incluso la participación de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidado se intensifica durante los fines de semana (gráfico 3.5).

Gráfico 3.5

Chile, 2015: Carga global de trabajo en la población ocupada de 15 años y más según sexo. Tiempo promedio en un día de semana y de fin de semana



Fuente: INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2015.

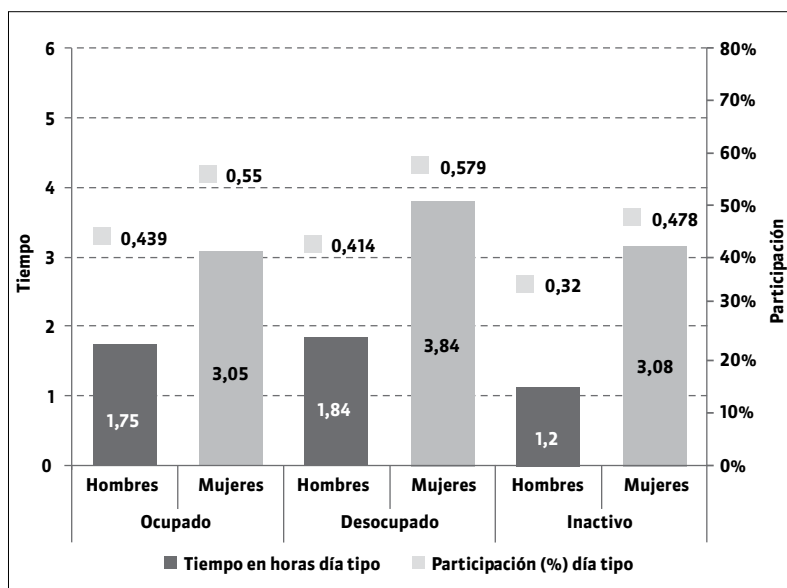
Cuando se observa la distribución de actividades de hombres y mujeres se constata que cualquiera sea el vínculo laboral (ocupado, desocupado o inactivo), las mujeres destinan más horas al trabajo de cuidados que los hombres. Llama la atención que incluso si los hombres están desocupados o inactivos no varía el tiempo que destinan a los cuidados (gráfico 3.6), lo que confirma la atribución cultural de ese trabajo a las mujeres.

En relación con los niveles de participación en la carga total de trabajo de hombres y mujeres en distintos grupos etarios, se observan importantes diferencias: las personas entre 25 y 45 años destinan el mayor tiempo, con 10,23 horas, a la carga global de trabajo, que corresponde a la etapa de crianza de los hijos. El tramo etario que destina menor tiempo corresponde a personas jóvenes entre 15 y 24 años, con 7,51 horas.

Al examinar la distribución de la población en quintiles de ingreso y desagregar el tiempo destinado a la carga global de trabajo en sus componentes –trabajo en la ocupación y traslados asociados, junto al trabajo no remunerado–, se observa que, a medida que aumenta el nivel socioeconómico disminuye la proporción invertida en el trabajo no remunerado y esas proporciones llegan a invertirse en los quintiles 4 y 5. Así, si en el quintil 1 la población destina el 72,9% de tiempo al trabajo no remunerado y el 27,1% al trabajo en la ocupación y traslados, en el quintil 5 el trabajo no remunerado demanda el 44% y el trabajo remunerado, el 56% (gráfico 3.7).

Gráfico 3.6

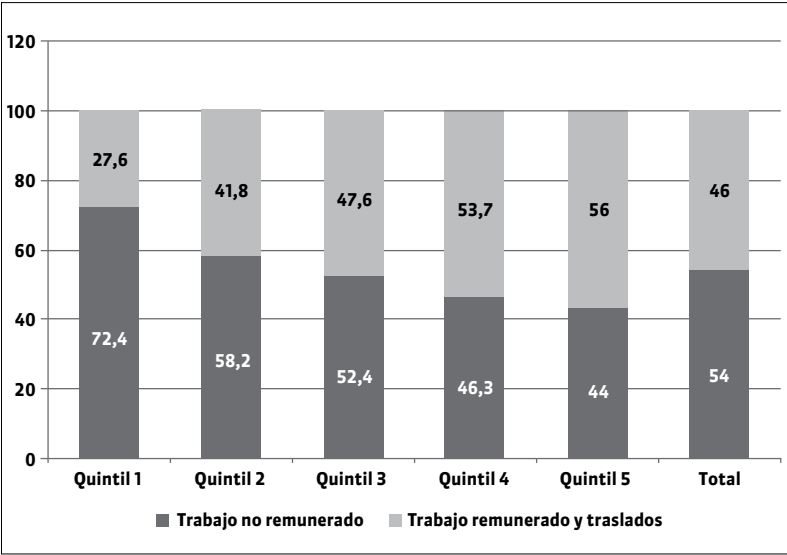
Chile, 2015: Tiempo y participación en trabajo de cuidados población de 15 años y más, según sexo y vínculo con el mercado laboral



Fuente: INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2015.

Gráfico 3.7

Chile, 2015: Distribución del tiempo destinado a la carga global de trabajo en población de 15 años y más, según quintil de ingresos



Fuente: INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2015.

Las trabajadoras de cuidados y las migrantes

Oferta de trabajo remunerada: las trabajadoras del hogar

El Código del Trabajo estipula que son trabajadores de casa particular quienes se dedican en forma personal, continua y en jornada completa o parcial al servicio de una o más personas naturales o de una familia, en trabajos de aseo y asistencia propios o inherentes al hogar. También se sujetan a estas disposiciones especiales las personas dedicadas a atender personas con necesidades especiales de asistencia y choferes. Se indica que la obligatoriedad de firmar un contrato de trabajo se da cuando la labor desempeñada es continua, constante y bajo subordinación y dependencia. La norma anterior se aplica tanto si vive en la misma casa, o presta sus servicios en jornada parcial o solo algunos días

de la semana. La no escrituración del contrato implica una multa por parte de la Dirección del Trabajo.

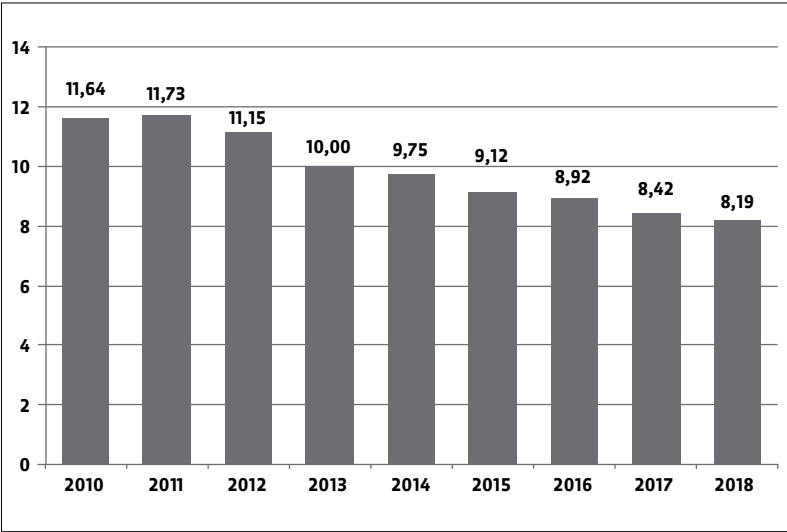
La nueva legislación (Ley 20.786) contempla para la trabajadora puertas afuera una jornada ordinaria de 45 horas semanales, que pueden ser distribuidas hasta en 6 días; con un tiempo de servicio que pueda complementarse con hasta 15 horas adicionales semanales que no tienen el carácter de jornada extraordinaria y que deberá ser remunerado con un recargo mínimo del 50% sobre el valor hora correspondiente a la jornada ordinaria. En ningún caso el período que medie entre el inicio y el término de la relación laboral puede exceder el máximo de 12 horas, considerándose incluido en su cálculo el tiempo de descanso (<http://www.dt.gob.cl>).

La remuneración –que se fija de común acuerdo– no puede ser inferior al salario mínimo general. Si desempeña sus labores en jornada parcial o solo algunos días, se calcula proporcionalmente. Como en toda actividad laboral regida por un contrato, es responsabilidad del empleador pagar las cotizaciones previsionales y el plan de salud del trabajador. Para la previsión se debe pagar aproximadamente el 13% del sueldo imponible a la Asociación de Fondos Previsionales (AFP) del trabajador o al Instituto de Previsión Social (10% más una cifra variable que depende de cada AFP).

Desde 1990 hasta 2018, el empleo doméstico en Chile se ha reducido en más de 11 puntos porcentuales, la categoría empleo doméstico en 1990 alcanzaba a 19,3% y en 2018, a 8,2% según datos de la Nueva Encuesta de Empleo del INE (gráfico 3.8). Esta medición incluye a trabajadoras migrantes y no migrantes, y pese al aumento de las trabajadoras migrantes que ejercen este empleo, no logra compensar a las trabajadoras chilenas que se orientan hacia otras ocupaciones.

Gráfico 3.8

Chile 2010-2018: Mujeres ocupadas en servicio doméstico sobre el total de ocupadas (en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Nacional de Empleo, INE.

El aumento de otras oportunidades laborales para las mujeres chilenas (principalmente comercio y servicios) hizo descender la oferta de trabajadoras del hogar que, en su mayoría, trabajan en la modalidad puertas afuera, modalidad que aumentó en el período. De manera que la migración femenina peruana y boliviana vino a suplir parte de la demanda de trabajadoras, especialmente en la modalidad puertas adentro, sin revertir la baja en el empleo doméstico de las mujeres chilenas. De este modo se constituye una cadena de cuidado binacional.

Pese a los avances legislativos que han mejorado las condiciones laborales de las trabajadoras domésticas, como es el cambio legislativo de 2014 (Ley 20.786) de acuerdo con el convenio 189 de la OIT, no se cumple a cabalidad la legislación, en especial en el caso de las trabajadoras puertas afuera, quienes aunque han mejorado su situación en el período, en su mayoría no acceden a vacaciones, a días pagados por enfermedad, a la previsión social, a la cobertura en salud, al seguro de

desempleo, a los permisos por maternidad y a las guarderías infantiles (cuadro 3.3).

Cuadro 3.3
Chile, 2014 y 2018: Prestaciones de asalariadas y personal de servicio doméstico
(en porcentajes)

Prestaciones	Asalariadas				Personal de Servicio Doméstico			
	Privado		Público		Puertas adentro		Puertas afuera	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Vacaciones anuales	75,5	78,5	84,2	88,9	86,2	78,1	39,2	41,6
Días pagados por enfermedad	81,4	82,1	87,2	89,9	87,5	83,1	35,1	39,5
Previsión social /AFP, INP, otras	83,8	83,7	87,2	88,4	85,0	83,1	35,7	38,8
Descuento de salud (ISAPRE, FONASA, etc.)	84,1	84,3	87,2	88,7	85,0	83,6	35,8	39,8
Seguro de desempleo	80,5	82,2	56,4	57,1	77,6	76,4	31,0	36,2
Permisos de maternidad-paternidad	74,3	76,1	83,1	86,7	63,8	59,5	24,5	28,8
Guarderías infantiles	26,5	28,8	50,3	53,0	2,5	0,2	1,2	1,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Nueva Encuesta Nacional de Empleo INE trimestre julio-agosto-septiembre de 2014 y 2018. Set de tabulados de calidad de empleo.

Una categoría importante de cuidadoras profesionales la constituyen las enfermeras y las auxiliares de enfermería. En el caso de enfermería, tienen una formación universitaria durante diez semestres, es decir, cinco años, más una práctica profesional, título profesional: enfermera(o). En tanto los cursos de técnicos en enfermería alcanzan a aproximadamente cinco semestres, es decir, dos años y medio, más una práctica. Simultáneamente existen diversos cursos para cuidadoras de niños y adultos mayores los que habitualmente no son proporcionados por universidades, pueden ser prestados por ONG’s, instituciones privadas y, que en general, no están certificados.

Migración femenina en Chile

En los países de destino de la migración se ha incrementado la demanda de mujeres en servicios domésticos y de cuidado, junto con el aumento en la participación laboral de mujeres en trabajos calificados y de altos ingresos. En los países de origen, la necesidad de mantener a sus familias impulsa a las mujeres a migrar; generalmente las madres y/o hermanas de las migrantes quedan a cargo del cuidado directo y reciben remesas para el sostén de la familia. Estos flujos monetarios son, además, importantes como flujo financiero para el país de origen.

Una de las especificidades más significativas de este nuevo flujo migratorio son las mujeres de sectores medios y con altos niveles de formación profesional: ante la imposibilidad de encontrar trabajo en sus países se ven obligadas a transferir sus capacidades a un mercado que las recibe y ofrece oportunidades, pero en los campos devaluados del servicio de cuidado y doméstico (Salazar, 2010). De esta forma, la “fuga de cerebros” es más acentuada en el caso de las mujeres que en el de los hombres (OECD-UNDESA, 2013).

Asimismo, las nuevas formas de migración femenina pueden ser resultado de diferentes situaciones dependiendo del estado civil de las mujeres y del objetivo de la migración (Acosta, 2015). La migración de las mujeres casadas con responsabilidades familiares tiene generalmente un componente de dependencia, puesto que obedece principalmente a la reagrupación familiar cuando el marido ha migrado antes, o la esposa viaja como acompañante en el caso que migrara la familia completa. También corresponde a las mujeres solteras reagrupadas en torno al padre. La migración autónoma, sea como jefa de hogar con hijos o de mujeres solteras, es un fenómeno más reciente: en algunos casos se trata de escapar de la violencia de la pareja; en otros, la búsqueda independiente de medios de vida en el caso que las posibilidades de empleo femenino sean mayores que de empleo masculino, como ocurre con el trabajo doméstico y de cuidados remunerado.

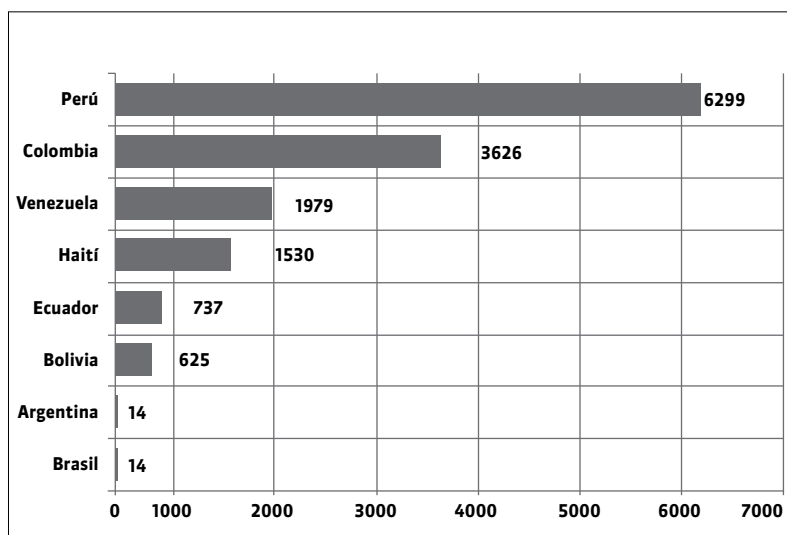
La migración internacional es un proceso complejo que involucra todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social de los individuos. La sexualidad no es ajena a dicho proceso. En ciertos casos, la migración de las mujeres que lo hacen de manera independiente aparece

como única salida frente a situaciones de violencia doméstica y/o abusos sexuales. Asimismo, las migrantes de sectores mas pobres y las trabajadoras de cuidados corren mayores riesgos de ser objeto de abuso sexual de quienes las trasladan de manera ilegal o de sus empleadores, especialmente en los casos en que la migración no es legal y no cuentan con sus papeles en regla.

La información del Ministerio del Interior muestra que en 2017, las visas otorgadas a mujeres que trabajaban como empleadas domésticas (14,7% del total de visas) en su mayoría eran a mujeres peruanas, y le seguían colombianas y venezolanas (gráfico 3.9). Se ha evidenciado la presencia de un grupo de mujeres filipinas que ocuparían un nicho muy específico de cuidados en hogares de muy altos ingresos donde se valora su dominio del inglés, que sería central para el apoyo en las tareas escolares de los niños que cuidan.

Gráfico 3.9

Chile, 2017: Número de visas otorgadas a mujeres empleadas domésticas según país de origen



Fuente: Elaboración propia según Bases de Datos publicadas por el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Algunas conclusiones y sugerencias

Conclusiones

Se ha mostrado que en Chile, la distribución de los cuidados tanto remunerados como no remunerados es extremadamente desigual e injusta desde una perspectiva de clase y de género. Chile se encuentra en la etapa de transición demográfica muy avanzada; nacen menos niños y aumenta la población adulta mayor, junto con el crecimiento de la población femenina que trabaja tiempo completo fuera del hogar, situaciones que contribuyen a generar una escasez de cuidadoras que continuará en aumento. El futuro escenario será de crecientes demandas de cuidado. Sin embargo, el tema del cuidado no está muy visible en la agenda política y pública.

Durante el segundo Gobierno de la presidenta Bachelet, la oferta de servicios de cuidado para los niños menores de seis años aumentó de manera exponencial, y en menor escala se incrementaron los servicios de cuidado para adultos mayores. Pese a estos avances, persisten déficits para cubrir la demanda requerida, en especial para el cuidado de los adultos mayores y la población con menores recursos.

La información proporcionada por la encuesta de uso de tiempo muestra claramente que en Chile las mujeres tienen una mayor carga de trabajo total –especialmente en la etapa de crianza– dada por el peso del trabajo doméstico y de cuidado además de las exigencias de su trabajo remunerado. Independientemente del ciclo de vida y familiar en que se encuentren, la carga del trabajo doméstico y de cuidado de los hombres no varía, y en situaciones de desempleo o inactividad en el mercado laboral tampoco se observan aumentos correlativos importantes en estas actividades.

El trabajo doméstico remunerado que desempeñan las trabajadoras del hogar se ha ido reduciendo y cubre a solo una parte de los hogares: en los de menores recursos, las mujeres deben desempeñar una doble jornada. Los hogares de mayores recursos pueden contratar mano de obra que les permite delegar la ejecución del trabajo doméstico, y es en estos hogares donde se contrata a las migrantes que están más dispuestas que las chilenas a trabajar en la modalidad de trabajo doméstico “puertas adentro”.

En Chile se cuenta con un sistema legal que protege los derechos de los niños, mujeres y ancianos; sin embargo, no existe una información adecuada respecto al efectivo ejercicio de esos derechos. El incumplimiento de esos derechos puede deberse, en parte, a su desconocimiento por parte de la población de escasos recursos y de los migrantes. Existen instituciones de gobierno, como el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género y la Dirección del Trabajo, que han dado a conocer esos derechos así como ONG, por ejemplo, la Fundación Instituto de la Mujer, que ha elaborado cartillas especiales con los derechos de mujeres y migrantes. Sin embargo, esta información no siempre llega a todas las personas que la necesitan.

En el caso de la población más pobre y de los migrantes, se enfrentan situaciones de discriminación sutil o abierta. Las migrantes recién llegadas y que no han regularizado su situación migratoria pueden enfrentar un mayor desconocimiento y vulneración de sus derechos, puesto que no se atreverán a efectuar sus reclamos por miedo a ser expulsadas del país o que sus reclamos pueden no ser bien atendidos. Si la población chilena es mal atendida en los servicios públicos, con mayor razón lo será la población migrante que enfrenta el desconocimiento de los códigos culturales y los mecanismos burocráticos existentes.

Sugerencias para investigaciones futuras

Toda política pública se vincula con la reproducción social y, por tanto, es necesario diseñar políticas para que el trabajo doméstico y de cuidado se incorpore plenamente en las agendas políticas y sea compartido y redistribuido entre las distintas esferas institucionales: Estado, mercado, comunidades, familias –y dentro de las familias, de manera equitativa entre hombres y mujeres–.

En Chile, al igual que en el resto de los países de América Latina, las grandes desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual de cuidado familiar y social conformando un verdadero círculo vicioso: quienes tienen más recursos disponen de un mayor acceso a cuidados de calidad, en circunstancias que tienen menos miembros del hogar que cuidar. Aquellos que disponen de menores recursos para acceder a los cuidados mercantiles y que tienen más

cargas de cuidado acumulan desventajas por el mayor peso del trabajo doméstico familiar, por las dificultades en el acceso a los escasos servicios públicos y la necesidad de recurrir a cuidadoras “informales” (Aguirre, 2007).

A continuación, se proponen algunas líneas para futuras investigaciones en torno al cuidado y a las cadenas globales de cuidados.

Debe considerarse que el cuidado atraviesa varios sectores: infraestructura, salud, educación, protección social y políticas del mercado laboral, por lo que se requiere un enfoque integral en su análisis y en el diseño de políticas (Razavi y Staab, 2008). Asimismo, la movilidad de las fronteras entre el cuidado público y privado debe ser estudiada en relación con los trabajadores de cuidados y sus condiciones laborales para evaluar el impacto que han tenido los cambios legislativos implementados y hacer seguimiento de las barreras existentes para su aplicación. Es preciso realizar estudios comparativos sobre la organización social de cuidados y documentar los movimientos de cambios desde la institucionalidad pública a la privada. La mayor dificultad en la provisión es que la distribución desigual del cuidado por género permanece invariable, constituyendo una pesada carga para las mujeres, en especial para las que trabajan de manera remunerada.

El cuidado de las personas, remunerado o no, es un bien público, pues genera beneficios que tienen repercusiones en toda la sociedad (Razavi y Staab, 2010). Estas externalidades rara vez son contabilizadas por los mercados y solo pueden valorarse mediante el fortalecimiento de las regulaciones estatales y el aumento de los fondos para garantizar la disponibilidad y la calidad de los cuidados. Por ello, es preciso examinar cómo se valora y se mide el aporte de los cuidados a la sociedad y a la economía. Es imprescindible realizar estudios comparativos de las regulaciones sobre los cuidados y su cumplimiento, así como evaluar la situación de los trabajadores de cuidados y de la disponibilidad y la calidad de los servicios ofrecidos.

Es importante reconocer las formas en que las prácticas de cuidado han sido moldeadas por sus contextos económicos, sociales e históricos. Además, las migraciones –ya sea por razones políticas, económicas o familiares; entre países fronterizos, entre diferentes regiones o desde

excolonias-, muestran rasgos diferentes que deben evaluarse de manera diferencial en sus vinculaciones con las necesidades de cuidado.

Se necesitan estudios comparativos para explorar las principales tendencias geográficas en las cadenas de cuidado globales: las diferencias entre las regiones pueden surgir de su nivel de desarrollo, de las políticas sociales y laborales, y de razones culturales e históricas. Las cuestiones étnicas y raciales también juegan un papel importante.

Las migraciones femeninas con frecuencia se configuran por diferentes patrones que las migraciones impulsadas por hombres: las mujeres constituyen cadenas globales de cuidados, que en Chile se han incrementado. Estos diferentes patrones deben evaluarse, así como las posiciones en el mercado laboral y la intersección de clase, raza, etnia y género.

La investigación sobre las formas en que se proporciona el cuidado debe considerar la estandarización de las definiciones y, al mismo tiempo, generar instrumentos de medición comparables. El impacto de las desigualdades de género en las licencias de parentalidad y el tiempo dedicado al cuidado por parte de madres y padres debe registrarse y evaluarse con la mayor frecuencia posible. Para medir y dar seguimiento a estas desigualdades y su evolución, se deben implementar encuestas de uso del tiempo.

En el avance hacia un régimen de cuidados justo en Chile es urgente reconocer los cuidados como parte de las dinámicas de inclusión y de exclusión. El impulso de cambio en que pretende transitar desde contextos de desigualdad a contextos redistributivos ha de ser aprovechado para incluir los cuidados como una dimensión clave de la redistribución.

Bibliografía

Acosta, E., Picasso, F. y Perrotta, V. (2018). *Cuidados en la vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay*. Recuperado de http://www.kas.de/wf/doc/kas_53184-1522-4-30.pdf?180816135052

Acosta, E. (2015). *Cuidados en crisis. Mujeres migrantes hacia España y Chile: Dan más de lo que reciben*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Aguirre, R. (2007). "Familias como proveedoras de servicios de cuidados". En J. Astelarra (coord.), *Género y cohesión social* (Documento de Trabajo, 16), Fundación Carolina CeALCI, Madrid.

Aguirre, R. (2009). "Uso de tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado". En R. Aguirre (ed.), 2009 *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay* (pp. 23-85). Montevideo: UNIFEM, Doble Clic Editoras.

Aguirre, R. (2011). "El reparto de cuidado en América Latina". En M.A. Durán (ed.), *El trabajo de cuidados en América Latina y en España* (Documento de trabajo, 54). Fundación Carolina, Madrid.

Armijo, L. (2018). "Los discursos de legitimación de los padres trabajadores chilenos sobre la reproducción del cuidado". En *Polis, Revista Latinoamericana*, 17 (50), 23-45.

Arriagada, I. (2013). "Desigualdades en la familia: trabajo y cuidados en Chile". En C. Mora (ed.), *Desigualdad en Chile: La continua relevancia del género* (pp. 91-112). Santiago de Chile: Editorial Universidad Alberto Hurtado.

Arriagada, I. y Moreno, M. (2011). "La constitución de cadenas globales de cuidado y las condiciones laborales de las trabajadoras peruanas en Chile". En C. Stefoni, *Mujeres inmigrantes en Chile: ¿Fuerza de trabajo o mujeres con derechos?* Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.

Arriagada, I. y Todaro, R. (2012). *El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. Santo Domingo: ONU Mujeres-CEM.

Batthyány, K. (2015). Los tiempos de cuidado en Uruguay. En K. Batthyány (ed.) *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay* (pp. 87-134). Montevideo: Doble Clic Editoras.

Batthyány, K. (2015b). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. (Serie de Asuntos de Género n. 124). Santiago de Chile, CEPAL.

Batthyány, K., Genta, N. y Perrota, V. (2014). “Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género. Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado”. [Papers]. En *Revista de Sociología*, 99 (3), 335-354.

Calderón, C. (2013). “Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas”. En *Cuadernos de la CEPAL*, 101, Santiago de Chile.

Caro, P. (2017). “El lugar social de la vejez en territorios rurales de Aconcagua, un análisis de género”. En *Polis*, 16 (48), 201-221.

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (ed.) (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Editorial Catarata.

Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. CASEN, *Encuesta de Caracterización Socio-económica* 2003, 2006, 2014, 2015, 2017. Chile: MINDEFA. www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl

Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2013). *Panorama Social de América Latina* 2012. Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL. (2017). *Panorama Social de América Latina* 2016. Santiago de Chile: CEPAL.

Díaz, M. (2009). *La Organización Social del Cuidado (OSC) en España* (documento del proyecto de INSTRAW Construyendo redes: mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidados).

Durán, M.A. (2006). “El futuro del trabajo en Europa: El cuidado de las personas dependientes”. En GTZ y UNFPA. *Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público. Una mirada desde el género* (pp. 42-73). México.

Ezquerria, S. (2011). “Crisis de cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real”. En *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194.

Fernández, M.B., Herrera, M.S. y Caro, S. (s/d). *Desafíos públicos en la provisión de cuidado de las personas mayores dependientes en Chile*. Escuela de Trabajo

Social UC, Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento UC. Recuperado de www.sociedadpoliticaspublicas.cl/archivos/septimo/Salud/Desafios_p_blicos_en_la_provision_de_cuidado_de_la.pdf.

Fraser, N. (2016). "Capitalism's Crisis of Care. *Dissent Magazine* (Interview to Sarah Leonard)". Recuperado de <https://www.dissentmagazine.org/issue/fall-2016>.

Fundación Friedrich Ebert (2008, 27-29 de agosto). "Políticas sociales post-neoliberales: la experiencia de Chile", En *Seminario taller Construyendo ciudadanía: las políticas sociales progresistas de los gobiernos del cono sur*. Montevideo.

García-Calvente, M.del M., Mateo-Rodríguez, I. y Eguiguren, A. (2004). "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 132-139.

Gonzálvez, H. (2018). "Género, Cuidados y vejez: Mujeres 'en el medio' del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile". En *Revista Prisma Social*, 21, 194-218.

Instituto Nacional de Estadísticas- INE (2015). *Encuesta de Uso del tiempo* 2015. Recuperado de www.ine.cl

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2017). *Censo 2017*. Chile. Recuperado de www.censo2017.cl

ISAPRES de Chile (2016, febrero). *El sistema de salud Chileno. Orígenes, transformaciones y desafíos*. (Serie de Informes Técnicos). Recuperado de <http://www.isapre.cl/PDF>.

Leiva, S. (2015). "Organización social del cuidado en Bolivia y Chile: Estado y ciudadanía". En *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 28, 61-81.

Leiva, S., Mansilla, M.Á. y Comelin, A. (2017). Condiciones laborales de migrantes bolivianas que realizan trabajo de cuidado en Iquique. *Si Somos Americanos* [online]. 17 (1), 11-37. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719

Martínez, J. (2007). *Regímenes de bienestar en América Latina* (documento de trabajo, 11). Madrid: Fundación Carolina.

Marco, F. (2007). *El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas* CEPAL (Serie Mujer y Desarrollo, 89). Santiago de Chile.

Montaño, S. y Calderón, C. (2010). "El Cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo". En *Cuadernos de la CEPAL*, 94.

MIDEPLAN (2008). *Efectos en situación laboral, familiar y arraigo al barrio de madres trabajadoras y estudiantes que utilizan las salas cuna*. Santiago, Chile. (Es-

tudio realizado por ProUrbana, Programa de Políticas Públicas U. Católica de Chile y Observatorio Social, Universidad Alberto Hurtado). Ministerio de Desarrollo Social. Senama. (2013). Informe Final Catastro. Santiago, CCI Ingeniería Económica.

OECD-UNDESA (2013, 3 y 4 de octubre). *La migración mundial en cifras. Una contribución conjunta del DAES y la OCDE al Diálogo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Migración y el Desarrollo*.

Organización Internacional del Trabajo y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (OIT-PNUD) (2009). *Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Santiago, Chile. Recuperado de www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_178173.pdf

O'Connor, J. (1996). "From Women in the Welfare State to Gendering Welfare State Regimes". En *Current Sociology*, 44 (2).

Orrego, V. y Sánchez, M.J. (2018). *Educación parvularia en Chile: Estado del arte y desafíos. Una propuesta de Elige educar*. Santiago de Chile.

Pérez Orozco, A. (2009). "Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis I: ¿qué está ocurriendo?" En *INSTRAW, Documento de trabajo*, 5 (Serie Género, Migración y Desarrollo 5), Santo Domingo.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD (2009). *Desarrollo Humano en Chile. La manera de hacer las cosas*. Santiago de Chile.

Provoste, P. y Berlagosky, F. (2002). *Género, Equidad y reforma de la Salud en Chile. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la Salud en Chile*. (Serie Género y Reforma de Salud, 4). Santiago de Chile, OMS/OPS.

Razavi, S. y Staab, S. (2008). *The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities*. Geneva, Switzerland: UNRISD The Political and Social Economy of Care Project.

Razavi, S. y Staab, S. (2010). "Underpaid and overworked: A cross-national perspective on care workers". En *International Labour Review*, 149 (4) [Special Issue Workers in the care economy].

Reca, I. (2008). *Políticas para la conciliación de las responsabilidades laborales y familiares en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay*. SantiagoDe Chile. (informe preparado para la OIT).

Reca, I., Álvarez, M. y Tijoux, M.E. (2008). "Costos no visibles del cuidado de enfermos en el hogar. Estudio de casos en Chile". En OPS. *La Economía invisible*

y las desigualdades de género. *La importancia de medir y valorar el trabajo remunerado*. Washington DC.

Rico, M.N. y Robles, C. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina: forjando igualdad*. (Serie Asuntos de Género, 140 - LC/L.4226), CEPAL. Santiago de Chile.

Rodríguez, C. (2007) *La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay*. (Serie Mujer y desarrollo, 90), CEPAL, Santiago de Chile.

Salazar Parreñas, R. (2010). "Cultures of flirtation: Sex and moral boundaries of Filipina migrant hostesses in Tokyo". En R. Salazar Parreñas y E. Boris. *Intimate Labors: Cultures, technologies, and the politics of care* (pp. 132-147). California: Stanford University Press.

Stefoni, C. (2009). "Migración, género y servicio doméstico. Mujeres peruanas en Chile". En M.E. Valenzuela y C. Mora. *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*. Santiago de Chile: OIT.

Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo*. (Libros de la CEPAL, 143). Santiago de Chile.

Sojo, A. (2011). *De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina* (Serie Seminarios y Conferencias, 67). CEPAL, Santiago de Chile.

Soto, C., Soto, L., González, M. y Dobrée, P. (2016). Panorama regional sobre trabajadoras domésticas migrantes en América Latina. ONUMujeres, OIT y Unión Europea. Recuperado de <http://www.cde.org.py/wp-content/uploads/2016/07/InformeMigrantes-WEB-CD.pdf>

Todaro, R. y Arriagada, I. (2020). *Global Care Chains*. En N.A. Naples (ed.), *Companion to Gender Studies*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Troncoso, D. (2013). *Cuidadores informales de personas dependientes en Chile. Aspectos psicosociales y culturales*. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca, España.

UNIFEM (2000). En D. Elson (coord.), *El progreso de las mujeres en el mundo 2000*. Nueva York: UNIFEM.

Vera Rojas, W., Montes, C. y Barra, C. (2016). Los cuidados en infancia: Regímenes y arreglos familiares en Chile y Uruguay. *Psicoperspectivas*, 15(3), 34-45.

Vera, W., Montes, C. y Barra, C. de la (2018) "El enfoque institucional del cuidado en infancia: Chile y Uruguay". En *Revista Perfiles Latinoamericanos*, 26(52).

La organización social de los cuidados en Colombia:

mercantilización, profesionalización,
desvalorización y resistencias

La organización social de los cuidados en Colombia: mercantilización, profesionalización, desvalorización y resistencias

Javier A. Pineda Duque - Dora Inés Munévar M.

En Colombia, al igual que en otros países de América Latina, se ha dado un especial interés por el estudio de los cuidados durante el presente siglo. Este interés ha tomado parte de lo que se ha denominado “el giro conceptual del cuidado” (Pineda, 2019). Este giro ha consistido en la forma en que distintos pensamientos feministas han confluído en el concepto de cuidado.

En primer lugar, las contribuciones aportadas desde los enfoques de la división sexual del trabajo a la sociología, con la tradición materialista en torno al modo de producción doméstico y el análisis socioeconómico del patriarcado (Delphy, 1982); a la antropología, con el carácter cultural y situado del trabajo en sociedades premodernas (Comas d'Argeir, 1995); ya la historia, con la construcción moderna de la ideología de la domesticidad (Scott, 1993).

En segundo lugar, la economía feminista anglosajona desarrolló en la década de los años noventa una crítica a las teorías económicas predominantes, por entender los circuitos económicos exclusivamente desde la perspectiva del mercado. Al no considerar lo que estaba por fuera del mercado, no solo impedía entender la dinámica económica misma, sino que obstruía el desarrollo económico, el bienestar social y constituía un sesgo masculino que invisibilizaba el aporte económico del trabajo de las mujeres (Elson, 1994; Folbre, 1994). Estas contribuciones dieron sustento a lo que se llamó “la economía del cuidado” (*care*

economy)), definida como el trabajo realizado y valor creado, primordialmente en la esfera doméstica (England, 2005).

Finalmente, una tercera tradición feminista, que introdujo de manera más explícita el concepto de cuidado, proviene desde la psicología y la filosofía moral. El trabajo de Carol Gilligan (1982) abrió una agenda de estudios especialmente en el feminismo estadounidense, al analizar las características emocionales y éticas del trabajo de las mujeres, con énfasis en el trabajo de cuidado directo de personas, y cuestionar las teorías positivistas, racionalistas e individualistas del trabajo. La noción de “ética del cuidado”, acuñada por Gilligan en su crítica a la teoría moral de Kohlberg, abrió también la discusión para situar el concepto de “cuidado” más allá de los ámbitos de los hogares y colocarlo en el centro de la organización social, con múltiples repercusiones económicas y políticas (Tronto, 2013).

Por su parte, el feminismo de la igualdad, liberal o socialista, muy centrado en el análisis de la división sexual del trabajo y con una importante influencia en América Latina desde la década de los años setenta, señaló la importancia de la distinción entre trabajo productivo y reproductivo (Benería, 2006). Como muy bien lo señaló Lourdes Benería casi tres décadas después: “El objetivo principal de esta distinción era poner de manifiesto la invisibilidad del trabajo de las mujeres y su concentración en la esfera reproductiva y no remunerada” (Benería, 2006, p. 9). El cuidado también recoge los aportes de los feminismos culturales, en el rescate y valoración de las prácticas, saberes y *ethos* históricamente contruidos por las mujeres. Así, las distintas fuentes que contribuyen al giro conceptual del cuidado hacen de este un concepto multidimensional e interdisciplinario. En el contexto de la tercera ola feminista y las contribuciones de los estudios socioculturales, la perspectiva del cuidado incorpora dimensiones éticas, subjetivas, emocionales, corporales, identitarias e interseccionales, que se suman a los análisis de la división sexual del trabajo, enriqueciendo las construcciones teórico-metodológicas propias de las relaciones de cuidado.

En el presente texto realizamos para Colombia un balance sobre la organización social de los cuidados desde el punto de vista de la dinámica de quienes cuidan –de las cuidadoras–, sin desconocer que los cui-

dados están mediados por una relación de interdependencia o principio ético, que toma la forma de intercambio y se materializa a través de dos verbos: “cuidar” y “recibir cuidados”.⁷¹ De acuerdo con la producción bibliográfica disponible, hemos revisado la organización del cuidado según los principales espacios y poblaciones que lo proveen o demandan, que denominaremos “campos” del cuidado, según el concepto propuesto por Bourdieu (1979).⁷² Hablaremos de los campos de la familia, la infancia, la vejez, la discapacidad y los cuidados del cuerpo y la apariencia.⁷³ Aunque desde el punto de vista de las dinámicas de dependencia e interdependencia, las necesidades y prioridades de proveer cuidado son diferentes, se incluyen aquí los cuidados del cuerpo y de la apariencia, que en general se dirigen a personas adultas y hábiles, en la medida en que constituye un campo muy dinámico de cuidados altamente mercantilizado.⁷⁴

Se argumenta, a partir del análisis del mercado laboral, que los costos en la economía no valorada y subvalorada del cuidado recaen en grupos diferenciados de población femenina. Estos grupos son: las mujeres denominadas “amas de casa”; las trabajadoras del servicio doméstico; las llamadas “madres comunitarias”; las profesionales del servicio de cuidado infantil; las profesionales y cuidadoras de centros gerontológicos; las madres, abuelas o hermanas de personas con discapacidades; y las trabajadoras de servicios personales estéticos de cuidado.

⁷¹ Este capítulo integra los aportes realizados por los autores al Workshop «Trabalho, cuidado y políticas públicas: um olhar sobre a América Latina» (USP, 15-18 de octubre de 2018) basándose en sus ponencias tituladas «Cuidado de parientes en Colombia: nombrar, visibilizar, conceptualizar y contabilizar» de Dora Munevar, con la contribución de Yency Soleydy y Cardozo Vásquez, y «La distribución del trabajo de cuidado en Colombia: comercialización, profesionalización y desvalorización» de Javier Duque.

⁷² De manera esquemática, el “campo” se concibe como ese espacio social donde fracciones de clase disputan y ponen en juego determinados recursos o capitales específicos, tanto materiales como simbólicos, que definen y son definidos por normas sociales de relacionamiento y dominación, que configuran sus condiciones de existencia.

⁷³ En consecuencia, se habla en plural de la organización social de los cuidados, en la medida en que son distintos campos, con diferentes actores, recursos, relaciones y estructuras institucionales que se encuentran articulados en uno u otro sentido, pero que muestran una dinámica propia.

⁷⁴ El único campo importante del cuidado que queda por fuera de esta revisión es el cuidado institucionalizado de la salud, incluyendo el creciente mercado de atención domiciliar de la salud, que ha sido poco analizado desde los estudios de género y cuidado en Colombia. No obstante, trabajos como los de Amparo Hernández (2015) exploran a profundidad los vínculos entre el cuidado de la salud en los hogares y su relación con las políticas públicas de salud.

Todos estos trabajos son altamente feminizados y realizados en condiciones de subvaloración social y económica, lo que ha llevado, en el contexto nacional y global, a relaciones sociales asimétricas entre clases, poblaciones racializadas y diversos grupos sociales (Sassen, 2004; Benería, 2006). En Colombia, el trabajo de cuidado ha recaído sobre grupos específicos de mujeres debido a las transformaciones de la división sexual del trabajo; a la segmentación del mercado laboral por género; a las construcciones sociales de la diferencia de clase, de género y étnico raciales generando múltiples formas de resistencia (Arango Gaviria, 2010; Pineda, 2011).

En especial, prestamos atención a los procesos de mercantilización, profesionalización y desvalorización en la organización social de los cuidados, como a los que ocurren en un contexto de alta migración interna y externa. En la medida en que la mercantilización de servicios que antes se prestaban en el ámbito de lo doméstico ha avanzado (como por ejemplo el cuidado de la vejez), estos servicios altamente feminizados se prestan en condiciones de desvalorización, con características de segmentación sexual o intermediación laboral que limitan los logros de la profesionalización de los servicios. Así, la conjugación de estos procesos consolida la continuidad de discriminaciones de género y otras categorías de diferenciación social, pero también presenta resistencias y avizora alternativas.

Los estudios del cuidado en Colombia

Si bien algunos estudios feministas y del trabajo en Colombia venían contribuyendo a develar el carácter subordinado y femenino del trabajo doméstico desde los años ochenta (León, 1991), solo a inicios del siglo ^{xxi} comienzan a acuñarse los conceptos de “cuidado” y de “trabajo de cuidado” en la literatura académica nacional. En términos académicos, el punto de inflexión se presenta en octubre de 2008, cuando Luz Gabriela Arango Gaviria y Pascale Molinier organizaron en la Universidad Nacional de Colombia el seminario internacional titulado “El trabajo y la ética del cuidado”, que posteriormente dio origen al libro del mismo

título (Arango Gaviria y Molinier, 2011). Este texto, que retoma la tradición del concepto de “ética de cuidado” acuñado por Carol Gilligan (1982) y recopila catorce contribuciones, a la postre se convirtió en una referencia central sobre el tema, tanto a nivel nacional como regional.

A nivel político, durante la primera década del siglo *xxi* se presentaron un par de proyectos de ley para hacer visible el trabajo no remunerado de las mujeres en lo doméstico. Finalmente, a partir de una iniciativa de las senadoras Cecilia López Montaña y Gloria Inés Ramírez, fue aprobada y sancionada la Ley 1413 de 2010, “Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas”. Con base en la expedición de esta ley, se realizó la primera Encuesta Nacional de Usos del Tiempo (ENUT) en el 2013, que ha brindado información para realizar un amplio grupo de nuevos estudios (Palacios, 2014; Dane, 2015; Osorio, 2015; Duque, 2017; Moreno-Salamanca, 2018).

Para el período que va de 1992 a 2018, en Colombia fueron identificados 220 reportes y tesis de investigación sobre cuidado (Cardozo, 2018a). Los estudios comienzan a darse especialmente a partir de 2003, pues en la primera década de 1992 a 2002, solo se identificaron tres estudios. La gran mayoría fueron realizados por profesionales de enfermería (75,5%), específicamente en el programa de Maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Se encuentran trabajos relacionados con la infancia, por ejemplo, estudios en psicología (10%), psiquiatría (3,6%), fisioterapia (3,2%) y otros (7,7%), destacándose diversas especialidades médicas como pediatría, cirugía y neumología. Dada la predominancia de otras perspectivas en el ámbito de las ciencias de la salud, esa revisión no reporta estudios con una perspectiva de género, a pesar de reconocerse públicamente que la imbricación entre temas relativos a salud y la formación de políticas públicas surge como una interacción ineludible con las ciencias humanas y sociales.

Yency Cardozo (2018a), señala que el 22,7% de estos informes analizó la sobrecarga que el cuidado produce en las personas que cuidan, con el uso de metodologías de evaluación de la carga y sobrecarga del

cuidado relacionadas con la funcionalidad de quien recibe los cuidados, la contabilización de las horas de cuidado, la identificación de situaciones de confinamiento en el hogar, etc. El 18,6% de los estudios establece relaciones entre las habilidades de quien cuida y la calidad de vida de quien recibe cuidados; el 17,7% indica que el familismo o el traslado de la responsabilidad única del cuidado a las familias y a las mujeres en ellas, constituye una realidad cotidiana en Colombia; el 15,9% se relacionan con una serie de intervenciones que buscan transformar las situaciones desencadenantes de las sobrecargas percibidas por las cuidadoras; y el 13,6% se ocupa de la calidad de vida de las cuidadoras mediante el uso de escalas específicas con el fin de identificar la relevancia del cuidado para la vida de las personas receptoras. Según el informe de Cardozo (2018a), los primeros estudios –y la mayoría de ellos: 56,4%– se enfocan en el cuidado de personas en situación de enfermedad crónica o cronicidad; el 18,2% son los estudios relativos al cuidado de la infancia; los que atañen al cuidado de personas con discapacidad llegan al 13,6%, y los que se esmeran por comprender los cuidados en la vejez o tercera edad cubren el 11,8%.

Los estudios en este campo encuentran en las vivencias del cuidado un nicho naturalizado en los ámbitos del hogar donde las características, habilidades y prácticas se analizan con propósitos intervencionistas basados en el cuidado dado y el cuidado recibido en lo privado. Aunque López, Rodríguez, Marulanda y Ocampo han insistido en la urgencia de involucrar distintas estrategias “para hacer explícito lo que es el tema central: una distribución más justa del cuidado entre Estado, mercado y hogares, por un lado, y entre varones y mujeres por el otro” (2015, p. 12), las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas en situación de enfermedad crónica, por ejemplo, se encuentran entre los colectivos sociales con una baja capacidad de incidir en la organización de las ofertas de servicios de cuidado.

Pocas veces se retoma el cuidado como un asunto que también ocurre en el ámbito público o como una vivencia mediada por la interdependencia, en términos de redes o como corresponsabilidad del Estado. Asimismo, aunque estos estudios plantean miradas intervencionistas con respecto al trabajo de las cuidadoras, estas intervencio-

nes se hacen con la finalidad de acreditar un mejor desempeño en las tareas de cuidado; igualmente, la perspectiva del cuidado de parte de quienes cuidan sigue ausente en la mayoría de esta investigación. Los estudios que se ocupan de los procesos de movilización social, el activismo social y el activismo legal, resultan especialmente promisorios en el campo del derecho (Buchely, 2012).

Con la economía del cuidado se han hecho visibles las actividades que configuran el trabajo de cuidado doméstico no remunerado y todo lo requerido para el mantenimiento habitacional de los hogares. La visibilidad de los cuidados no remunerados se ha hecho con el fin de medirlos y de calcular su valor económico y social para afirmar, como lo señala Cecilia López et al., que “el trabajo de cuidado no remunerado es la columna vertebral de la organización social del cuidado en los países de América Latina” (2015, p. 26). En consecuencia, muchas mujeres aguardan el reconocimiento de sus labores como trabajo valorado socialmente y retribuido económicamente pues, de acuerdo con Lina Buchely, en Colombia “apenas en 1950 el trabajo femenino fue protegido legalmente” (2014, p. 85).

Finalmente, es preciso reiterar que desde los estudios de género se ha realizado un importante cuerpo de investigaciones y publicaciones. No obstante, cabe resaltar que, como resultado del seminario internacional liderado por Luz Gabriela Arango Gaviria⁷⁵ “Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas”, realizado en Bogotá en agosto de 2015, fue publicado el libro del mismo título (Arango Gaviria, Amaya, Pérez-Bustos y Pineda; 2018), con catorce contribuciones nacionales e internacionales sobre el tema. Los debates planteados en este seminario también hacen referencia a la organización social del cuidado para los principales espacios y poblaciones que lo proveen o lo demandan. Al centrar este texto en ambos, espacios y poblaciones, brindaremos las principales referencias académicas nacionales que han investigado en cada campo específico de cuidado.

⁷⁵ Autora colombiana reconocida como pionera de los estudios de género, trabajo y cuidado en Colombia y América Latina, fallecida en octubre de 2017.

El cuidado en las familias

La familia ha sido el ámbito histórico por excelencia donde se han llevado a cabo los cuidados. Distintos países de América Latina se han identificado como sistemas familistas en la organización social del cuidado, toda vez que en la familia y, especialmente en las mujeres a su interior, ha recaído el cuidado de todos los miembros de la familia, con distintos grados de dependencia e interdependencia.

Así, el cuidado no ha estado limitado solo a las personas con mayor demanda de él o con diverso tipo o grado de dependencia –como la infancia, la vejez, la enfermedad crónica o la discapacidad–, sino también a las personas adultas sanas o en condiciones de salud y habilidad, que en la mayoría de los casos ostentan este privilegio acrecentado por razones de género, clase, edad o raza. Esta cualidad manifestada por sujetos de cuidado se refiere especialmente a varones de distintas clases sociales y de diferentes edades, que les permite participar en mejores condiciones en el mercado de trabajo; pero también por mujeres de clases medias o altas, especialmente jóvenes. No obstante, las personas adultas en las familias se trazan en una compleja interdependencia que mantiene profundas inequidades de género, intergeneracionales, de clase y de raza.

Estas inequidades pueden ser explicadas desde una perspectiva interseccional, a partir de la identificación y el análisis de las dinámicas de los dos principales grupos de mujeres que cargan con el trabajo de cuidado al interior de las familias. Primero, con el grupo de amas de casa que, por razones de clase, edad y género, soportan el trabajo de cuidado no remunerado como actividad principal y han sido sistemáticamente excluidas del mercado laboral. Segundo, con el grupo de empleadas del servicio doméstico, quienes sostienen el cuidado remunerado en hogares de sectores altos y medios, y han soportado la continuidad histórica neocolonial de subordinación por razones de raza, clase y género, y en las últimas décadas, el destierro y la violencia producto del conflicto armado.

Las mujeres “amas de casa”

Si en algo se expresa la discriminación de género en las sociedades contemporáneas en América Latina, es en la forma como la división sexual

del trabajo mantiene a un grupo significativo de mujeres por fuera del mercado laboral remunerado. Así, el primero y más importante grupo de mujeres sobre el que recae el trabajo de cuidado es aquel constituido por las “amas de casa”, que eufemísticamente se sigue clasificando como “población económicamente inactiva”.⁷⁶ Este componente constituido por cerca de un tercio de las mujeres en edad de trabajar está configurado por el orden de género en la sociedad, la dinámica socio-demográfica y los mercados laborales.

Desde la perspectiva de género, la creciente participación laboral femenina mostró las transformaciones y limitaciones que se presentaron en la división sexual del trabajo. La reducción de las brechas de género, a partir del incremento sostenido de la participación en el trabajo productivo observadas en las últimas dos décadas del siglo anterior, llevó a que a finales del siglo xx más de la mitad de las mujeres en edad de trabajar se ocupara en forma remunerada y en su mayoría fuera de casa. Si bien esto constituyó una evidencia contundente de que amplios grupos de mujeres habían dejado de estar confinadas exclusivamente al trabajo reproductivo y doméstico, esta veloz transformación no solo ocultó la gran contradicción de lo que se ha denominado la doble jornada laboral femenina, sino también la resignificación y desvalorización de las labores de cuidado por el mercado y por un Estado y un varón ausente.

La intrínseca relación entre los distintos componentes analíticos de la reproducción social y económica de la sociedad, entre el trabajo productivo remunerado y el trabajo de cuidado no remunerado, marcan severas limitaciones para una mayor participación laboral de grupos específicos de mujeres. No obstante, la creciente participación laboral femenina es y ha sido un elemento central en los nuevos espacios de socialización y cambio de identidades femeninas, fuente de autonomía y decisión para muchas mujeres, y recurso para incentivar su participación ciudadana y política.

La caída de las tasas de fecundidad y el proceso de transición demográfica, la urbanización de la sociedad y la expansión de los servicios

⁷⁶ Según la definición oficial del Dane, la Población en Edad de Trabajar (PET) se divide entre la Población Económicamente Activa (PEA) y la Población Económicamente Inactiva (PEI). Esta última está constituida por estudiantes, pensionados y amas de casa.

educativos, entre otros, han sido los factores asociados a la mayor participación de las mujeres en el trabajo remunerado a partir de los años setenta en Colombia (Chenery, 1986). Esta participación se ha presentado tanto en el mercado laboral propiamente (trabajo asalariado), como en la producción directa de bienes y servicios (trabajo independiente). La tasa global de participación femenina⁷⁷ para las grandes áreas urbanas en Colombia mostró un ritmo de crecimiento cercano a un punto porcentual promedio anual, durante las décadas de los ochenta y noventa, al pasar del 37% en 1982 al 47% en 1992 y al 56% en 2000. En el presente siglo la participación ha crecido a un ritmo más lento hasta alcanzar el 60%, reduciendo cuatro puntos la brecha frente a los hombres (de 19 a 15 puntos)⁷⁸ (gráfico 4.1).

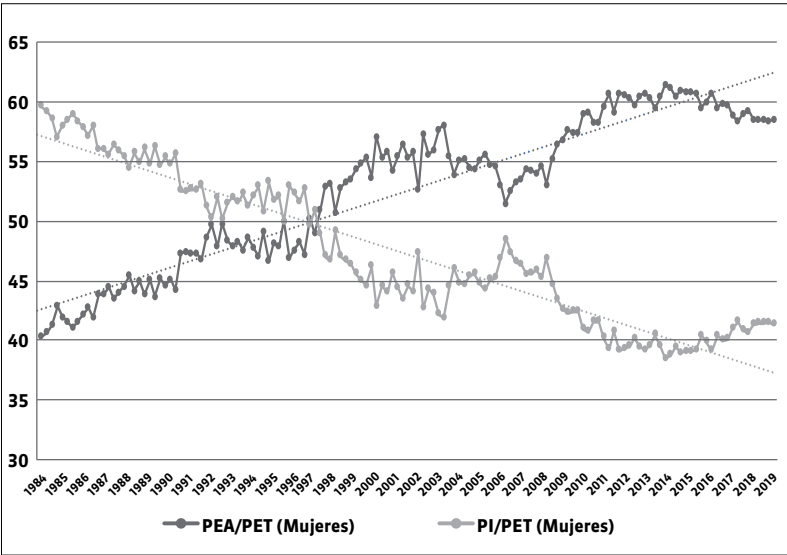
Ahora bien, el inverso de la tasa global de participación laboral femenina es la tasa de inactividad. El comportamiento de ambas tasas en las tres últimas décadas está marcado por dos puntos de inflexión y tres períodos de cerca de una década cada uno. Estos puntos de inflexión son la crisis económica de finales de siglo xx y la crisis financiera internacional de 2008. A partir de ambos momentos se produce un incremento significativo de la participación laboral femenina (o una reducción de la inactividad) que luego va a menguar para quedar al final de cada período en un nivel superior.

⁷⁷ La tasa de participación laboral es el porcentaje de la población en edad de trabajar –PET (población mayor de 12 años) que es económicamente activa– PEA, es decir, que trabaja o busca trabajo remunerado.

⁷⁸ La tasa global de participación para los hombres ha estado alrededor del 75% en el presente siglo.

Gráfico 4.1

Tasa global de actividad e inactividad laboral de mujeres 1984-2019



Fuente: con base en encuestas de hogares del Dane, así: ENH (1984-2000) etapas 43-110; ECH (2001-2006) y GEIH (2007-2019) para trece áreas metropolitanas.

Diversos elementos han influido en el comportamiento de la oferta laboral femenina, desde aquellos que tienen un efecto de largo plazo – como la dinámica demográfica y su composición– hasta aquellos que la afectan de manera más cercana –como los estímulos a la actividad económica, las limitaciones de los ingresos familiares y la pérdida de empleo de los hombres proveedores en el hogar–. Estos últimos factores se asocian con el notorio crecimiento de la participación laboral femenina que se observa en el período 1997-2001 y 2008-2012, cuando las restricciones económicas de las familias y, especialmente el desempleo masculino, condujeron a muchas mujeres a salir al mercado de trabajo con el fin de disponer, suplir o complementar los ingresos de las familias. Una vez que los grupos de mujeres participan de los beneficios de su inserción al mercado laboral, es recurrente su idea de continuar trabajando fuera de casa. Esto se asocia con que el incremento de la participación

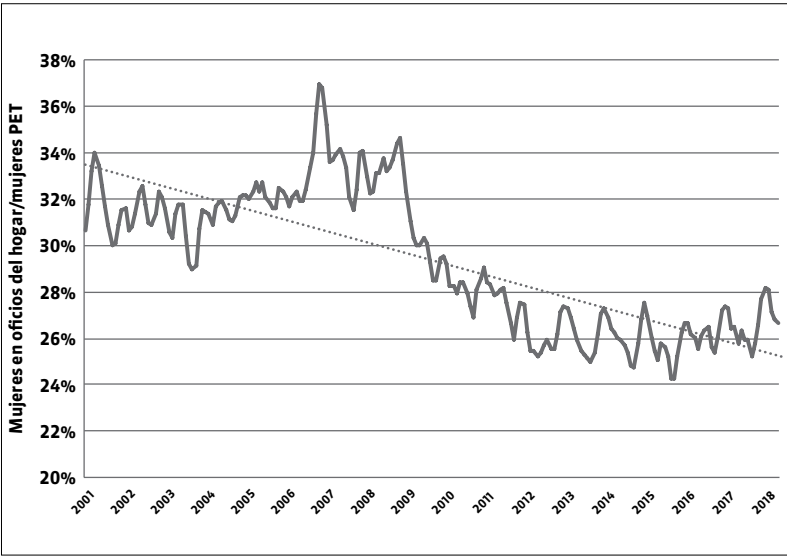
laboral femenina logrado en dichos períodos no haya descendido posteriormente y se haya estabilizado en nuevos techos de género.⁷⁹

El techo de género significa entonces, que un grupo importante de mujeres que, pudiendo trabajar en el mercado remunerado, permanece en lo que se denomina en las estadísticas la ‘población económicamente inactiva’, es decir, mujeres que no participan ni en el empleo formal, ni en actividades informales, que trabajan exclusivamente en actividades no remuneradas y que participan ampliamente en la economía del cuidado. Este grupo es la mayoría de la población “inactiva” de mujeres en edad de trabajar (o mayores de diez años), dado que además de amas de casa, están las estudiantes y las mujeres mayores. Según los datos del Dane para junio de 2018, las mujeres “económicamente inactivas” eran 9 millones para las principales 13 áreas metropolitanas del país, de las cuales 2,6 millones estudiaban (29%), 5,3 millones se dedicaban a los oficios del hogar (59%) y un millón eran ancianas o con discapacidad (12%). Es decir que en Colombia, 5,3 millones de mujeres se dedican a la economía del cuidado, al trabajo doméstico de cuidado no remunerado (TDCNR) en los hogares. Este grupo específico de cuidadoras pasó de ser el 34% de la PET al 26%, en lo que va de este siglo (gráfico 4.2).

⁷⁹ El techo de género de la participación laboral se ha definido como “El límite señalado por el orden de género en la sociedad corresponde a aquel que, de acuerdo con la estructura social y de clase, y a los patrones culturales que imperan en los arreglos de muchos hogares, impone a un número importante de mujeres, su dedicación exclusiva al trabajo doméstico no remunerado” (Pineda 2011, p. 138).

Gráfico 4.2

Mujeres en oficios del hogar –“amas de casa”– como proporción de la PET

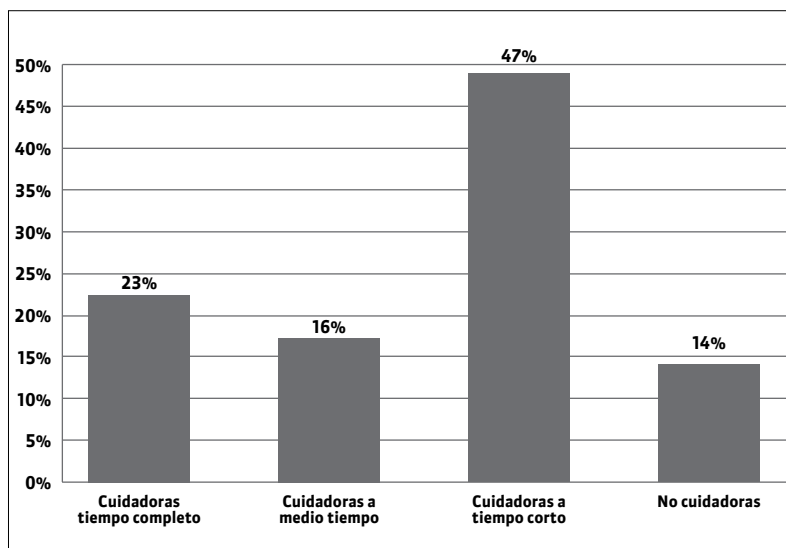


Fuente: con base en encuestas de hogares del Dane, ECH (2001-2006) y GEIH (2007-2018) para trece áreas metropolitanas.

Finalmente, con base en la primera Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) aplicada por el Dane entre 2012-2013, Moreno-Salamanca (2018) encuentra que este grupo es el que mayor tiempo le dedica a TDCNR. Como se observa en el gráfico 4.3, dentro de las mujeres que reportan realizar TDCNR se establecieron tres rangos de intensidad de tiempo diario dedicado a este trabajo: primero, las cuidadoras a tiempo corto (menos de tres horas); segundo, las cuidadoras a medio tiempo (entre tres y seis horas); y, tercero, las cuidadoras a tiempo completo (más de seis horas). Este último grupo de mujeres constituye un porcentaje muy cercano al de las mujeres amas de casa (23% vs. 26%), lo cual significa que la gran mayoría de mujeres amas de casa, consideradas “inactivas”, se dedican al TDCNR de tiempo completo, con un tiempo promedio diario de ocho horas y media (8,5).

Gráfico 4.3

Porcentaje de mujeres que realizan y no TDCNR según intensidad



Fuente: elaboración con base en Moreno, (2018, p. 69)

Alejandra Hincapié e Irene Parra García (2015) realizan un detallado estudio estadístico del total de mujeres inactivas basándose en un análisis de consistencia de la ENUT a partir de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), que permitió hacer la homologación entre las dos encuestas en términos de datos. Las mismas autoras señalan que “Las mujeres inactivas que realizan trabajo no remunerado en el ámbito doméstico dedican a este un promedio de 8,5 horas en cabeceras y 9,5 horas en resto, lo que equivale a más de una jornada laboral legal en Colombia” (2015, p. 47).

El grupo de “amas de casa” es heterogéneo, pero de acuerdo con la estratificación socioeconómica de los hogares, en su gran mayoría se trata de mujeres de hogares de estratos bajos que presentan una alta dependencia económica de otros miembros del hogar. El carácter de clase de esta discriminación de género que limita al 26% de las mujeres a la dedicación exclusiva del hogar, se expresa también en el nivel educativo de las “amas de casa”: el 7% no alcanza la educación básica primaria, el

35% tiene educación básica primaria y el 45% alcanza la educación básica secundaria y media; solo el 12% tiene educación técnica o universitaria (Hincapié y Parra, 2015). Es decir, el 88% son mujeres no calificadas. Para este grupo de mujeres, que se encuentran por fuera del trabajo remunerado, aplicarían las políticas de participación laboral y autonomía económica, como todas aquellas políticas de democratización del cuidado en los hogares y de soporte al trabajo doméstico.

Las empleadas del servicio doméstico

El segundo grupo que se ocupa del cuidado en las familias lo constituyen las mujeres empleadas en el servicio doméstico remunerado. En los últimos años, en Colombia se ha avanzado normativamente en la protección de los derechos laborales de las trabajadoras del servicio doméstico. La aprobación del Convenio OIT 189 “Sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos” mediante la Ley 1595 de 2012, marcó un hito en el tema que colaboró con la movilización y búsqueda de plenos derechos laborales. No obstante, un reciente estudio, titulado “El trabajo doméstico en Colombia: historias tras las cortinas”, señala que este es:

Un oficio socialmente minusvalorado, invisibilizado y altamente vulnerable, no solo por su precariedad (el 61% de estas personas gana menos de un salario mínimo, el 77% recibe alimentos como pago en especie, y al 99% no les pagan horas extras, para solo mencionar algunas cifras), sino también por estar cruzado de discriminaciones de todo tipo: de clase (la mayoría habita en cordones de pobreza de las ciudades y muchas son víctimas del conflicto armado), discriminación de género (el 98% son mujeres), y el racismo (muchas son negras) (Escuela Nacional Sindical [ENS], 2018).

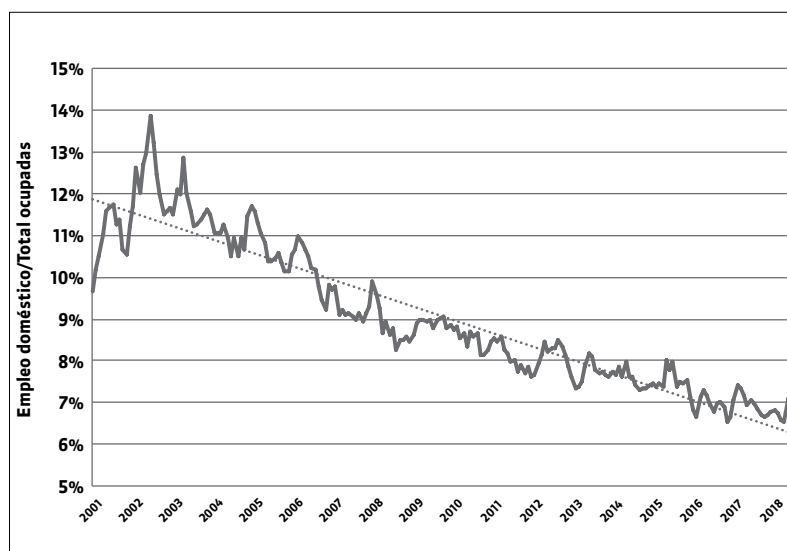
En América Latina este tipo de trabajo se ha destacado históricamente por sus características de servidumbre y explotación, y fue ampliamente documentado debido a su vertiginoso crecimiento en los años sesenta y setenta a partir de los procesos de migración masiva de mujeres campesinas (León, 1991). No obstante, con su caída a partir de los años ochenta se afianzó la idea que la universalización de la educación básica,

la caída de la fecundidad y los procesos de modernización, llevarían a su extinción o a la eliminación de su servidumbre y a la formalización de sus relaciones laborales.

Ciertamente, el porcentaje de trabajadoras de servicio doméstico como proporción de la población femenina ocupada ha caído significativamente. Se redujo a la mitad cuando pasó de ser cerca del 16% de la población ocupada femenina en 1984, al 8% en 1997. Sin embargo, con la crisis económica de finales de siglo, su participación subió de nuevo al nivel de principios de los noventa (13%) en el 2002, para descender en el 2007 al mismo nivel de diez años antes y llegar al 6,5% en el 2018 (gráfico 4.4). Esto es, dicho empleo se configura históricamente y no obedece a una idea general de modernización y progreso que lleve a su extinción.

Gráfico 4.4

Empleadas domésticas como porcentaje del total de mujeres ocupadas



Fuente: Datos procesados a partir de Dane ENH (1984-2000) para el total áreas metropolitanas, etapas 43-110; y ECH (2001-2007) para 13 Áreas Metropolitanas.

A pesar de los esfuerzos de regulación especial, su presencia ha sido persistente tanto en su dimensión (en términos absolutos continúa

ocupando a cerca de 680 mil mujeres en las grandes áreas metropolitanas), como por las características de empleo precario e informal, que desvaloriza el trabajo de cuidado de las mujeres a favor de los hogares de sectores de ingresos medios y altos. La gran mayoría de ellas tiene niveles de educación muy bajos, con un grupo de analfabetas o de primaria incompleta, especialmente en edad avanzada. Aunque ha crecido el porcentaje con secundaria incompleta, no se presenta en este grupo de cuidadoras procesos de profesionalización.

Las relaciones de servidumbre se continúan presentando como parte de los patrones culturales que discriminan por razones de clase, raza y género; que vinculan los trabajos de menor estatus con mujeres pobres o migrantes de grupos étnicos; y que ven dichas actividades como una vocación natural femenina. Aunque se ha reducido la participación del servicio doméstico de tipo interno –con residencia en el hogar de trabajo–, las necesidades de trabajo de muchas mujeres –en condiciones de desplazamiento forzado o no–, y la debilidad de las instituciones laborales en Colombia, ha contribuido a mantener la precariedad de este trabajo de cuidado por excelencia y, a la vez, ha generado procesos de organización de las mujeres para defender sus derechos como ciudadanas y trabajadoras.

Los estudios sobre desplazamiento forzado interno en el marco del conflicto armado, que comenzaron a producirse desde mediados de los noventa, documentaron tanto la feminización del desplazamiento –alto porcentaje de mujeres–, como también el restablecimiento laboral en los lugares de llegada mediante trabajos de servicio doméstico (Meertens, 1999; Acnur-Codhes, 2001). Sin duda, el masivo desplazamiento forzado en el campo colombiano que, en las últimas décadas, afectó a millones de habitantes, nutrió la oferta laboral femenina para el servicio doméstico. Si bien dicho efecto solo se observa en las estadísticas en el período de la crisis económica a finales de siglo xx y hasta 2002, esta situación ha afectado la composición del servicio doméstico en la medida en que todos los trabajos cualitativos hasta la fecha evidencian que el servicio doméstico es una ocupación por excelencia de las víctimas del desplazamiento interno (ENS, 2018; Esguerra, Sepúlveda y Fleischer, 2018).

En esta línea, Jeanny Posso (2018) analiza en detalle el trabajo de servicio doméstico de mujeres inmigrantes negras procedentes del litoral Pacífico colombiano en el mercado de trabajo de la ciudad de Cali. Este estudio, además de reconocer que el servicio doméstico es quizás el más representativo para mujeres negras migrantes, indaga cómo operan los distintos tipos de desigualdad social marcados por la discriminación de género, clase y raza en el contexto laboral del occidente colombiano.

Como se puede observar, la coexistencia de los distintos tipos de discriminación y diferenciación social (aplicando enfoques de interseccionalidad) ha sido considerado en los estudios sobre trabajo doméstico en Colombia. Ahora, uno de los campos que comienza a investigarse es aquel de las relaciones entre patronas y patronos con las trabajadoras de servicio doméstico y, en alguna medida, las configuraciones éticas en ellas. Un estudio reciente realizado como tesis de maestría e inspirado en el trabajo de Pascale Moliner (2011), indaga sobre las relaciones que establecen patronos hombres que viven solos con el trabajo de servicio doméstico. Se verifica una diversidad de experiencias que expresan continuidades y cambios en la división del trabajo y en las relaciones de los varones frente al trabajo doméstico (Cuellar, 2018).

El cuidado de la infancia

El cuidado de la infancia por fuera de la familia se ha configurado en Colombia, al igual que en otros países de América Latina, sobre una gran heterogeneidad de arreglos institucionales tanto del sector educativo como de la protección social. Si bien las casas para niñas y niños huérfanos o los internados educativos existieron desde muy temprano en la historia republicana y en el siglo xx, el análisis se centrará en la configuración actual derivada de las políticas públicas de protección a la infancia en las últimas décadas.

Dos arreglos institucionales se presentan en Colombia, en correspondencia con dos grupos de cuidadoras que tipifican cada uno. En primer lugar, desde las políticas públicas y la protección del Estado, está el Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar y sus cuida-

doras: las madres comunitarias. Existe una amplia documentación sobre este programa que, ha estado en el centro de las discusiones sobre cuidado en Colombia. En segundo lugar, desde el mercado y el sector privado existen miles de centros de cuidado de la infancia, denominados *jardines infantiles*, con poca vigilancia y seguimiento, atendidos por profesionales del cuidado infantil. Hay muy poca información estadística y escasos estudios desde la perspectiva del cuidado.

Desde finales de los años ochenta en adelante, en Colombia han crecido los procesos de socialización, mercantilización y profesionalización del cuidado infantil. Según las estadísticas oficiales, en 2017, de un total de 5,2 millones de niños y niñas menores de seis años, el 60% son cuidados en los hogares por las mujeres y otros miembros de la familia; del 40% restante, el 26% son cuidados por instituciones públicas de distintas modalidades; y el 14% (720.000), por centros privados. Con muy limitadas fuentes de información, en esta sección avanzaremos sobre algunas ideas alrededor de estos procesos que han mantenido la feminización y subvaloración del trabajo de cuidado.

Las ‘madres comunitarias’

El Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar (PHC) nace en 1986 durante el Gobierno de Virgilio Barco (1986-1990), bajo la responsabilidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como entidad gubernamental encargada de garantizar la protección de la infancia.⁸⁰ Es el resultado final de diversos intentos realizados en los años setenta para crear instancias de cuidado infantil, tanto de origen público –como los Centros Comunitarios para la Infancia (CCI) y los Centros de Atención Preescolar (CAIP)–, como de origen comunitario –Hogares Populares, Casas Vecinales, Hogares Comunitarios Cafeteros, entre otros (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 1990)–.

En 1989 se reglamenta el programa y se propone la creación de las asociaciones de padres de familia encargadas de la administración y control de los hogares de forma voluntaria, y se define el papel de las mujeres

⁸⁰ Se crea legalmente mediante la Ley 89 del 29 de diciembre de 1988 y se reglamenta por medio del Decreto 2019 de 1989.

que el programa denominará “Madres Comunitarias” (MC). Seleccionadas por dichas asociaciones, aportan su trabajo solidario al encargarse de un Hogar Comunitario donde se cuidan niños y niñas (ICBF, 1990).

Los Hogares de Bienestar pueden definirse como pequeños centros de cuidado diario que funcionan en uno de los hogares de la vecindad en donde la dueña de la vivienda, convertida en madre comunitaria, se encarga de cuidar a 15 niños menores de 7 años. (Barco Vargas, 1990, p. 75)

Con el PHC se consolida en Colombia lo que se denomina un proceso de “socialización” del cuidado de la infancia que se sustenta en el “trabajo voluntario de las MC, bajo la idea de romper con el paternalismo del Estado y de fortalecer el trabajo comunitario. En realidad, este proceso va a sostener por décadas una sobreexplotación de las trabajadoras en el cuidado de la infancia de los sectores más pobres de la población.

El modelo del PHC se construye bajo la premisa de una menor participación del Estado, cuya función se centrará en la dirección, planificación y financiación parcial del programa. El proceso de “socialización” ha sido mantenido con apoyo en dos fuentes: parcialmente con recursos públicos y “voluntariamente” con el trabajo subvalorado de las cuidadoras; es decir, una socialización del cuidado entre mujeres de un mismo grupo social. Las madres y padres de familia quedan con mayor responsabilidad en el programa y, de manera central, el trabajo de cuidado que realizan las MC se configura en parte como un trabajo voluntario que aporta la comunidad, con un subsidio brindado por cada asociación a la MC a partir de cuotas mensuales de los padres y un complemento en forma de bono o beca del ICBF (Herreño Hernández, 1999).

Los Hogares Comunitarios funcionan en la vivienda propia de una MC (que se adecua con un préstamo subsidiado del ICBF, y a la postre convierte esta vivienda en un espacio semipúblico), madre que ha sido seleccionada por la comunidad y avalada por el ICBF. Aunque las condiciones se han ido modificando con el paso del tiempo, las MC debían

tener un nivel educativo mayor a nueve años y asistir a capacitaciones brindadas por el Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) sobre atención y cuidado de la niñez. El cuidado consiste en dar alimentación; evaluar su estado nutricional y de salud (vacunas y curvas de crecimiento) de niños y niñas, y su desarrollo motor y psicológico (Bernal, Fernández, Flórez y Gaviria, 2009). Así, aunque se exige un nivel básico de educación y reciben capacitación para el trabajo en cursos cortos de dos o tres meses, no se aprecia aún en este grupo un proceso de profesionalización del cuidado.

Para 1990 el PHC contaba con 47.500 madres comunitarias que cuidaban 750.000 niños y niñas; para el 70% de estas cuidadoras, este era su primer trabajo (Forero, Cañón y Pineda, 1991, p. 156). Aunque ha habido altibajos en las tres décadas de existencia del programa, hoy en día son cerca de 67.000 MC y atienden cerca de 1,1 millones de niños y niñas. La fuente de financiación pública del programa dada desde la Ley 89 de 1988 son los recursos parafiscales provenientes del impuesto del 3% a la nómina de las empresas. Esto le ha dado al programa un gran respaldo presupuestal y estabilidad en sus tres décadas de vida.

Debido a que nunca se reconoció un vínculo laboral de las MC con el ICBF, no se les pagaron prestaciones sociales ni aportes a la seguridad social en salud y pensiones. No obstante, el ICBF ha ejercido funciones estrictas de supervisión y control, con exigencias y estándares para garantizar la calidad del servicio. A partir de procesos organizativos y demandas de todo tipo, el bono o beca que recibieron del Estado y que no lograba llegar a medio salario mínimo legal vigente, se transformó veinticinco años después de iniciado el programa, gracias a la incorporación de estas demandas en la Política Pública Nacional de Equidad de Género, formulada en el documento Conpes 161 de 2013 (DNP, 2013). En febrero de 2014, mediante intermediación laboral de terceros, operadores comunitarios y privados, se formalizó el vínculo laboral de las MC.

Posteriormente, como lo detallan Esguerra et al. (2018), en una lucha jurídica donde solicitan acreencias laborales y aportes a pensiones por todo el tiempo de trabajo como madres comunitarias, que para algunas llega hasta los 30 años de labores, la Corte Constitucional se pronuncia con la sentencia T-480 de 2016.

En la mencionada sentencia, ordena amparar los derechos fundamentales a la igualdad, a la seguridad social, a la dignidad humana, al mínimo vital y al trabajo de las accionantes; en consecuencia, declara la existencia de contrato de trabajo desde la fecha de ingreso y hasta el 1 de febrero de 2014 y el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes a pensiones por todo el tiempo de trabajo. (Esguerra et al., 2018, p. 18)

En un proceso posterior de nulidad de esta sentencia interpuesto por el ICBF, la sala plena de la Corte Constitucional anula parcialmente la Sentencia T-480 de 2016 y revoca la declaratoria de contrato de trabajo, el pago de salarios y prestaciones sociales, aunque mantiene en firme la orden de pago de aportes a pensiones. Camila Esguerra et al. señalan que “Hasta el momento, mediante lo que las y los apoderados de las trabajadoras consideran maniobras dilatorias, no se ha dado cumplimiento a las órdenes de pensionar a estas trabajadoras” (2018, p. 18). A partir de entrevistas con MC en varias ciudades de Colombia, de las que surge la evidencia de que muchas de ellas se encuentran enfermas y otras han fallecido sin haberseles reconocido la pensión, afirman que: “Allí vemos cómo estas trabajadoras del cuidado, que han sido sometidas por el Estado durante décadas a la informalidad integran parte de las cadenas locales de cuidado” (p. 19).

Para garantizar la solución parcial que brindó la Corte Constitucional, el Congreso de la República tramitó en 2017 una ley que reconoció a las MC como trabajadoras. Argumentando problemas de impacto fiscal, el presidente Santos objetó esta ley, mientras la directora del ICBF señalaba que “las madres comunitarias son sus propias empleadoras”. Así, el trabajo considerado “voluntario”, pasó a considerarse “independiente”, algo común en el contexto laboral colombiano que continúa subvalorando el trabajo de cuidado de la infancia y contradice todas las evidencias econométricas que reconocen la inversión en la infancia como la más importante para el desarrollo de un país. Si bien el costo fiscal de esta ley no es despreciable (256 millones de dólares en 2017), este monto es solo un porcentaje pequeño de cualquiera de los proyectos de infraestructura y sobrecostos que están hoy en día perdidos por la corrupción. Sin duda,

el sesgo de género aflora en las decisiones de política fiscal, aunque haya evaluaciones favorables y reconocimientos sociales a las MC.

Las evaluaciones de impacto realizadas al PHC demuestran altísimos impactos en los niños y niñas que asisten al menos quince meses (frente a quienes no asisten). En el corto plazo presenta impactos positivos en nutrición y en el largo plazo, mayor escolaridad y desarrollo cognitivo y psicosocial. Igualmente, se encuentran mejores desempeños sociales en relaciones familiares y tasas de criminalidad y violencia. Dado que está dirigido a los estratos socioeconómicos más bajos, en el largo plazo el programa tiene un potencial para reducir las desigualdades (Bernal et al., 2009).

Las madres comunitarias son reconocidas como un referente social y político en sus comunidades porque han contribuido no solo, a sostener la principal inversión del Estado en cualquier sociedad –el cuidado de la infancia–, sino también a sostener el tejido social y la vida en las comunidades más marginadas del país. La socialización parcial de este trabajo de cuidado sigue siendo feminizado y subvalorado –sesgo de género–, clasista –de pobres para pobres– y con una profunda deuda para una generación de mujeres que está muriendo sin el reconocimiento público y pleno de su trabajo.

Las cerca de 67.000 madres comunitarias han simbolizado, más que nadie en Colombia, la lucha por valorar el trabajo de cuidado. El Estado ha sostenido por décadas una precarización y subvaloración del trabajo de cuidado de la infancia como trabajos feminizados y asociados al ámbito doméstico. No obstante, los procesos de empoderamiento y la agencia colectiva ejercida por muchas de estas trabajadoras a través de asociaciones y organizaciones sindicales, les ha generado autoestima y capacidad de negociación para modificar relaciones de poder, no solo frente al Estado, sino también frente a múltiples dimensiones de su vida familiar y comunitaria (Ramírez, 2014).

Cuidadoras profesionales de jardines infantiles

En este otro grupo de cuidado institucionalizado, surgido a partir de pequeñas iniciativas privadas, se observan procesos de mercantilización y profesionalización del cuidado infantil. Es un campo en el cual los

estudios de género no han incursionado demasiado y que está poco documentado desde el trabajo de cuidado.

Los jardines infantiles de iniciativa privada han tenido una larga vida en Colombia. Por mucho tiempo operaban con un simple registro comercial ante las cámaras de comercio, sin ningún tipo de supervisión y control por una entidad pública. Además, hasta hoy en día, existe una confusión sobre el sector al que pertenece este tipo de servicio, ya que, si bien se consideran servicios sociales, no es claro si hace parte del sector de protección social o del sector educativo.

De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional (MEN, 2018), para 2017 había en Colombia 18.632 entidades de educación inicial, 10.855 oficiales y 7.777 no oficiales. La educación inicial se brinda a cualquier niño o niña menor de seis años que antecede a la educación primaria. Los Hogares de Bienestar Infantil del ICBF no están regulados por el MEN, pero hacen parte de la política de Atención Integral a la Primera Infancia. Combinando los datos de las dos entidades, la cobertura de cuidado de la infancia llega a cerca de dos millones los niños inscritos en jardines infantiles en el país.

La ciudad de Bogotá ha avanzado, más que cualquier otro ente gubernamental, en la reglamentación del servicio privado de cuidado infantil. En el 2006 expidió una reglamentación dirigida a todos los establecimientos que prestan el servicio de Educación Inicial (Jardines Infantiles) en Bogotá (Decreto 243 de 2006). En esta se estipula que los jardines deben estar inscritos en la Secretaría de Integración Social, a fin de que esta pueda verificar el cumplimiento de los mínimos establecidos para su funcionamiento. Como se puede observar, aunque se denominan servicios de educación inicial, se inscriben en la Secretaría encargada de los programas de protección y promoción social.

Si bien existen posibilidades de estudiar el alcance de este campo del cuidado infantil con estos registros en el caso de la ciudad de Bogotá, para el resto del país no se conoce ninguna fuente de información que permita estimar el número e importancia de estos centros de cuidado. Lo cierto es que los jardines infantiles de origen privado cubren el 14% del total de niños y niñas en el país, es decir, cerca de 720.000. Además, se encuentran vinculadas cerca de veinte mil trabajadoras, la

gran mayoría profesionales, de distintas disciplinas como psicología, educación, pedagogía infantil y preescolar, cuyas condiciones laborales han sido poco estudiadas.

Los jardines infantiles como respuesta de mercado generalmente han brindado servicios a estratos medios y altos, aunque también, se encuentran, por su amplia demanda, en sectores populares. Así, existe una fragmentación de la oferta del servicio que se corresponde con la segregación socioespacial de las ciudades y social de los mercados. Esta dinámica de mercantilización del cuidado de la infancia ha estado acompañada de un proceso de profesionalización en la prestación de este servicio, que requiere análisis empírico en la agenda de estudios del cuidado. Algunos pocos estudios de caso han indagado sobre el clima organizacional y las condiciones sociolaborales de las cuidadoras en este tipo de entidades de cuidado infantil (Rodríguez, 2014), otros se han interesado por las dinámicas de socialización y por el trabajo escolar de las maestras (Galeano, 2012).

El cuidado de la vejez

Siguiendo a Pineda (2018), nos acercaremos a la desvalorización del trabajo de las cuidadoras y al proceso de mercantilización del cuidado de la vejez en Colombia. Este proceso contribuye a la segregación de la vejez vía su institucionalización, lo que ha hecho insostenible el modelo de cuidado en una sociedad en envejecimiento.

En Colombia, la preocupación por los y las ancianas que demandan cuidado ha estado dominada por las discusiones sobre los sistemas de pensión, generalmente bajo el supuesto de que el cuidado descansa en la familia o las redes familiares. Sin embargo, este es un supuesto altamente problemático: primero, por los cambios que han sufrido el tamaño y los arreglos familiares, los patrones de residencia y las relaciones de sus miembros; segundo, porque no se puede asumir que la existencia de familiares sea una garantía de cuidado efectivo; y tercero, porque más que la familia como unidad de análisis, el cuidado es altamente feminizado y descansa sobre las mujeres (Robles, 2006; Pineda, 2011).

Los cambios en la familia y las relaciones de género se han mostrado en muchos estudios para Latinoamérica y Colombia, y cabe preguntarse cómo estos cambios afectan el cuidado de la vejez. La creciente participación laboral de la mujer en las actividades productivas fuera de casa ha creado el contexto de grandes tensiones entre las labores productivas remuneradas y las demandas tradicionales de cuidado en los hogares, incluido el cuidado de los y las ancianas con diferentes grados de dependencia (Arango Gaviria y Molinier, 2011; Hirata y Araujo 2012).

El cuidado de la vejez ejercido por miembros de la familia en forma de reciprocidad intergeneracional, amor de pareja, solidaridad y no remuneración, al igual que el cuidado de otros miembros del hogar, ha sido reconocido como un trabajo tanto en la tradición del pensamiento feminista académico, como en las políticas públicas en América Latina (Rodríguez, 2005; Arango Gaviria, 2010; Arango Gaviria y Molinier, 2011; Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Como efecto de la transición demográfica y del crecimiento de la esperanza de vida en Colombia y en la mayoría de los países de América Latina, la tasa de crecimiento de las personas mayores ha sido entre tres y cinco veces más alta que la de la población total en los últimos años. En consecuencia, la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará hacia el 2025 (Cepal, 2005). Para Colombia, mientras en 1985 las personas mayores de 60 años eran el 5% de la población, en el 2015 su participación fue del 12%, y para el 2025 será del 14%.

Este fenómeno coloca una creciente demanda de trabajo de cuidado de personas mayores en el seno de los hogares. Si bien las mujeres en la familia continúan siendo la principal fuente de cuidado, el envejecimiento poblacional y la demanda de cuidado ha propiciado la emergencia, desde el mercado, de una diversidad de establecimientos comerciales, como hogares o casas de cuidado para ancianos o centros gerontológicos y geriátricos para la atención de las necesidades de cuidado de ancianos de familias de estratos medios y altos. Desde la sociedad civil también han surgido centros y hogares sin ánimo de lucro que se han sumado a los tradicionales ancianatos de algunas congregaciones religiosas de origen católico, para la atención

de ancianos pobres. Por su parte, el Estado, tanto en el plano nacional como territorial, ha incursionado con nuevas políticas y programas para la adultez mayor.

Así, el proceso de envejecimiento está reconfigurando los arreglos institucionales de las fuentes de cuidado, los cuales, si bien siguen centrados en la familia, comienzan a tener una mayor participación del mercado, la sociedad civil y el Estado. Esta participación se centra en lo que se ha denominado el cuidado institucionalizado, es decir, aquel que se realiza por fuera del ámbito doméstico y de la familia, y que implica un cambio de hábitat y de vida de la persona mayor. Generalmente la institucionalización se presenta en las personas mayores con algún nivel de dependencia y cuyo cuidado resulta difícil para los ahora reducidos miembros del hogar.

La institucionalización del cuidado de la vejez por fuera de la familia, realizada por organizaciones públicas o privadas, presenta un alto costo y su cobertura es muy limitada, bien sea en el cuidado intensivo de los sistemas de salud o en el cuidado de largo plazo en casas de cuidado para personas mayores. Aunque el rango de políticas públicas de intervención es muy amplio, generalmente el cuidado en los países de América Latina se plantea entre la familia y la residencia plena institucionalizada. Dada la alta demanda de cuidado de la creciente población adulta mayor, en algunas ciudades se observa la emergencia de un sector privado para satisfacer dicha demanda a través de casas de cuidado u hogares para ancianos, en un claro proceso de mercantilización del cuidado (Lloyd-Sherlock y Locke, 2008; Araujo, 2016).

La encuesta realizada en centros gerontológicos de Bogotá (Pineda, 2018), arrojó que la principal razón para institucionalizar a las personas mayores es que sus familias no disponen del tiempo y no saben cómo cuidarlas (44,3%). Así, la institucionalización de las personas mayores ha respondido a la reducción en el tamaño de las familias y la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral.

Desde el mercado se han expandido los hogares gerontológicos como pequeñas unidades de negocio, ante la creciente demanda de cuidado, especialmente de sectores medios con capacidad de pago. En Bogotá, el promedio de registros de estos nuevos establecimientos comerciales

en la década de 1990 fue de ocho por año, en la década de los 2000 fue de veintiséis, y el promedio entre 2010 y 2014 ha sido de treinta y nueve. Teniendo en cuenta que muchas de estas casas no permanecen en el tiempo, para 2014 existía un total de 521 establecimientos con registro vigente. Un proceso parecido, pero más temprano, se ha apreciado en ciudades como Buenos Aires (Lloyd-Sherlock y Locke, 2008).

Existe igualmente un número creciente de fundaciones, corporaciones e iniciativas parroquiales y comunitarias que han creado casas de cuidado, en respuesta a las necesidades de ancianos en condiciones de pobreza y abandono. Estas organizaciones subsisten no tanto por el ingreso que generan sus servicios, sino por las donaciones entregadas por el sector privado, de acuerdo con los incentivos tributarios, y por la participación en programas y contratos de prestación de servicios con el sector público. Para Bogotá, se identificaron alrededor de 190 entidades de cuidado de ancianos sin ánimo de lucro. Existen también iniciativas marginales y pequeñas casas que cuidan alrededor de cinco ancianos en barrios populares que no se encuentran registradas. Para el caso de Bogotá, entre entidades lucrativas y no lucrativas, se estima una cobertura de ancianos institucionalizados que representa el 5,3% del total de personas mayores de 75 años en la ciudad y solo el 1,8% de los mayores de 65 años.

Desde el Estado, si bien existen modelos públicos de institucionalización del cuidado de ancianos, las principales formas de intervención han sido a través del apoyo a iniciativas de la sociedad civil y a través de los programas de subsidios a la vejez. Ante la escasa cobertura en Colombia del Sistema de Seguridad Social en pensiones, el sistema ha creado mecanismos de subsidios para personas mayores en condiciones de pobreza. En Bogotá, la ciudad con la mayor cobertura en el país, solo el 30% de personas mayores reciben una pensión, el 7,8% cotiza aún para cumplir los requisitos para pensión y el 62,3% no cotiza (las mujeres conforman el 73% de este grupo) (Pineda, 2013).

Debido a que las personas mayores no pobres y los pobres no aportan al sistema de pensiones en el 61,6% y el 74,8%, respectivamente, y que solo el 5,7% tiene alguna renta o negocio (PPSEV, 2010), se crearon los programas de subsidios monetarios para la vejez. El gobierno local

de Bogotá disponía para el 2012 de subsidios mensuales para 40.925 personas mayores, en tres tipos de modalidades con montos que oscilaban entre \$180.000 y \$92.000 (US\$90 y US\$46); muchos de estos subsidios se canalizan para el pago de servicios de cuidado en casas para ancianos. No obstante, la cobertura de estos programas, en el mejor de los casos, solo llega al 7,6% de las personas mayores de 65 años o al 21,5% de las mayores de 75 años.

Dados los cambios señalados en las familias y en los mercados laborales, como la estructura de ingresos de las personas mayores, el actual modelo de distribución social de cuidado de la vejez y de cuidado institucionalizado desde el mercado se hace insostenible frente a la creciente demanda de cuidado. Ante la ausencia de un sistema universal de pensiones, la oferta del cuidado institucionalizado desde el mercado ha crecido, sin que este pueda atender a una alta proporción de personas mayores con bajos ingresos; así, el proceso de mercantilización del cuidado de la vejez hace insostenible el cuidado en una sociedad en envejecimiento.

El personal que más se contrata en los centros u hogares gerontológicos en Bogotá, y sobre quien descansa el cuidado de la vejez, es el de auxiliares de enfermería. Esta es una profesión y ocupación altamente feminizada, de la que el 85,2% son mujeres y el 14,8% , hombres. Asimismo, se contratan médicos y terapistas, que en su mayoría (69%) siguen siendo mujeres. Este último grupo en general no es permanente, ya que trabaja solo algunos días a la semana o al mes. El personal de servicios generales, ocupación que es altamente demandada en todas las casas para los oficios de aseo y apoyo en el servicio de cuidado, tiene el 80% de mujeres. En el área administrativa, especialmente para las casas más grandes, se contratan administradores y auxiliares de oficina, ocupaciones en que se encuentra la tasa más alta de hombres, con una participación del 40% (Pineda, 2018).

La distribución de las edades según rangos, para cada ocupación, muestra que las auxiliares de enfermería son las más jóvenes (66% menor de 30 años), mientras que el personal de servicios generales presenta mayores edades (72% mayor a 30 años). Este perfil es relevante porque una de las principales preocupaciones de los centros de cuidado es la alta rotación de las jóvenes auxiliares de enfermería, al igual, pero

en menor medida, que del personal de apoyo. Esta situación, que afecta directamente la calidad del cuidado, se debe a las precarias condiciones de trabajo frente a las expectativas de las trabajadoras. Dichas condiciones de trabajo surgen de una multiplicidad de fuentes: ausencia de una adecuada gestión administrativa, baja rentabilidad de casas de pequeño tamaño o contexto de baja protección laboral. Por su parte, la alta rotación afecta directamente la calidad del cuidado y contribuye a su desvalorización (Guevara-Peña, 2016; Pineda, 2018).

Las auxiliares de enfermería en su gran mayoría perciben salarios iguales a un mínimo y medio (63,7%) o al mínimo (21%); solo el 10% se encuentra alrededor de dos salarios mínimos y 5,6% devenga por debajo del salario mínimo. El personal de servicios generales, que certifica menor calificación pero en general desarrolla los oficios más pesados de cuidado, en el 67% devenga el salario mínimo y el 27%, el mínimo y medio; el 5% está por debajo del mínimo. Con respecto a las jornadas laborales, se encontró que la mitad de las auxiliares tiene turnos de 12 horas diarias, el 21,7% tiene turnos de 8 horas y el 26,8% tiene turnos de 24 horas. Esta última modalidad se presenta en distintos tipos de combinaciones, generalmente con 48 horas semanales de trabajo, pero muchas con jornadas mayores.

De acuerdo con estas cifras y la observación directa, las condiciones laborales de las cuidadoras son precarias, se caracterizan por una alta inestabilidad y la permanente rotación, con horarios excesivos de trabajo, bajos salarios y baja calidad de vida. Adicionalmente, muchas casas presentan limitados recursos logísticos y de infraestructura y equipos que faciliten la labor de cuidado, lo cual las enfrenta a una sobrecarga laboral y emocional.

Las condiciones laborales y el trabajo precario de las cuidadoras en los nuevos establecimientos comerciales de cuidado de la vejez, con bajos ingresos, largas jornadas, costos emocionales como el síndrome de carga del cuidador y el deterioro en la calidad de vida, permiten argumentar, de acuerdo con el segundo propósito de este texto, cómo las formas en que se produce el proceso de mercantilización del cuidado de la vejez están contribuyendo a su desvalorización en el caso colombiano.

El cuidado en la discapacidad

Tanto el cuidado como la discapacidad⁸¹ son categorías fundamentales para comprender por qué los regímenes de cuidado se corresponden con la naturaleza del Estado de bienestar familista. Aunque Colombia no cuenta con cifras confiables relacionadas con las personas con discapacidad, desde el año 2002 se hace el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

En este contexto, según la Sala situacional de personas con discapacidad, para el año 2018 el 51% de las personas con discapacidad eran hombres y 49% mujeres; el 58% eran mayores de 50 años y el 12% menores; el 11% reporta su pertenencia a un grupo étnico (el 71% es afrodescendiente, el 26% es indígena, el 1,5% es raizal, el 0,7% es palenquero y el 0,6% es rom); el 49% proviene de estrato 1, el 33% del estrato 2, el 14% del estrato 3, y el 2% de estrato 4.⁸² El 40% de las personas registradas reporta la necesidad de disponer de una persona cuidadora; dicha ayuda proviene de una mujer de la familia en el 88% de los casos.

En países de América Latina donde predomina el bienestar basado en el familismo, los cuidados están arraigados en la idea de mujer-madre-ama de casa que desde un hogar compuesto por la familia nuclear asume voluntariamente la responsabilidad de cuidar. En esta idea subyacen argumentos relacionados con el cuidado como problema jurídico enmarcado en vínculos afectivos, de socialización y sostén brindados por las familias, mediante una especie de solidaridad obligatoria con destinación específica y sin reciprocidad o reconocimiento. Por eso mismo, el análisis de las experiencias inherentes a las labores de cuidado familiar e

⁸¹ La teoría sobre discapacidad ha traído al escenario político a niñas, niños y jóvenes con discapacidad, dejando de considerarlos meros objetos pasivos de cuidado, protección y acompañamiento; en todo caso, si la discapacidad es un hecho social complejo insertado en un campo de relaciones de poder y si hay diferentes maneras de construir la discapacidad, también hay maneras sociales de asumirla, representarla y actuar frente a ella, ha concluido María Teresa Buitrago (2013).

⁸² El estrato socioeconómico es una clasificación de las viviendas utilizada en Colombia para las tarifas y subsidios de servicios públicos domiciliarios a partir de una encuesta con las características de la vivienda y el entorno. Se crean seis niveles o estratos: bajos (1 y 2), medios (3 y 4) y altos (5 y 6).

informal es complejo y multidimensional, configurando lo que Amparo Hernández llama sistema informal de cuidados:

[...] cuidados que la red social más cercana presta sin ninguna compensación a personas [...], discapacitadas o restringidas de la actividad e implica tareas múltiples y simultáneas de atención personal, médica, doméstica [...] y de enlace entre los ámbitos público y privado (2015, p. 6).

Los cuidados familiares entran en el ámbito de lo informal porque las personas que cuidan, según Elizabeth Ruíz y Guadalupe Nava, “no disponen de capacitación, no son remuneradas por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios” (2012, p. 164). Como este apoyo informal es un asunto familiar, las labores de cuidado suelen confinar a las personas cuidadoras en el hogar, aumentar el trabajo doméstico, reducir el tiempo propio, limitar las relaciones sociales, alterar las emociones o postergar la vida sexual.

En Colombia, donde predominan las labores de cuidado informal, el análisis de los servicios de cuidado está orientado por la idea de bienestar. Estas labores se complejizan de acuerdo con las condiciones de cada persona cuidada, aunque el familismo se mantenga como el principio ordenador del cuidado. Gómez, Peñas y Parra (2016), reportan que el 19,8% de las personas requieren cuidado de un tercero para realizar las tareas de la vida cotidiana, y el 37,7% depende de una persona para garantizar el debido cuidado. Este cuidado es ofrecido por mujeres en el 75,1% de los casos; de ellas, el 83,7% hace parte del mismo hogar y en el 100% de los casos las mujeres cuidan sin percibir remuneración alguna.

Según Yency Cardozo (2018b), esta clase de investigaciones termina haciendo recomendaciones centradas en la elaboración de guías de cuidado o en la ejecución de programas para cuidar mejor, establecer necesidades de cuidado, analizar la carga de trabajo o la carga financiera, cuidar a personas que cuidan, examinar coberturas o plantear subsidios, identificar estrategias de afrontamiento y evaluar políticas o programas vigentes según las condiciones sociales del cuidado.

El aspecto más documentado se refiere a los efectos negativos relacionados con la salud física y emocional de las cuidadoras. Al respecto, Ana María Gómez et al. (2016) encontraron que el 77% reportó problemas de salud relacionados con el rol de cuidado, como la cefalea, las lumbalgias y las alteraciones del sueño. La economía familiar queda afectada por los costos directos adicionales relacionados con la compra o adquisición de bienes y servicios para el cuidado (adaptación de la vivienda, ayudas técnicas, traslados y desplazamientos). Igualmente, se incrementan los costos indirectos por falta de inserción al mercado laboral, abandono del trabajo, reducción de las horas de trabajo remunerado, dificultades para abandonar el desempleo, mayor estrés o cansancio, o dificultades para realizar la formación en horarios fuera de la jornada laboral.

Entre las afectaciones sociales sobre la vida de las cuidadoras, sobresalen la pérdida de sensación de control y autonomía, la depresión, el estrés psicológico, los sentimientos de culpa y la frustración. Estos últimos se presentan por las restricciones en las actividades personales, laborales y recreativas. Por eso hay necesidad de repensar más allá de “realizar tareas”, como lo plantea Carmen de la Cuesta (2009), para favorecer el reconocimiento de las labores, incrementar la exigibilidad de derechos, o comprender la complejidad del cuidado familiar por su diversidad, la carga impuesta y el alivio deseado.

También se han reportado efectos positivos de tipo psicosocial debido a la satisfacción sentida por la ayuda prestada, la mayor seguridad en sí mismas, el fortalecimiento de las relaciones, la empatía registrada por las labores emprendidas y las contribuciones a la cohesión familiar.

Las mujeres que se han dedicado a las labores de cuidado informal constituyen una fuerza de trabajo que ha comenzado a contabilizarse siguiendo las experiencias cotidianas de cuidado de parientes por consanguinidad, parejas o personas cercanas. Son mujeres que aparecen en las investigaciones porque, según Ana Lucía Giraldo (2018),

este es un trabajo con particularidades derivadas del aumento del nivel de interdependencia, según las variables de afectación física, cognitiva y emocional de la persona que requiere de la atención;

además de los recursos simbólicos y materiales que circundan la relación establecida entre las partes, y del nivel de vitalidad o agotamiento de la persona que provee los cuidados. (p. 51)

Las mujeres que se autodenominan cuidadoras han reiterado que desarrollan un trabajo por los costos en términos de tiempo y energía, y siguen reclamando su reconocimiento social, económico y simbólico.

Y ¿quiénes cuidan? Hay más mujeres que hombres cuidando a sus parientes con discapacidad menores de 10 años (24,8%) o mayores de 79 (22,4%). Así lo indica la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015: el cuidado y apoyo a las personas con discapacidad está a cargo de las mujeres “del hogar o de la familia (17,1%), la madre (4,9%), la hija (5,3%), la hermana (2,6%), u otra familiar mujer (3, 3%) o la abuela (1%). La misma fuente señala que en el 10,1% de los casos, el cuidado de las personas con discapacidad está a cargo de un familiar hombre: el padre (2,2%), el hijo (3,5%), el hermano (1,9%), otro familiar hombre (2,2%) o el abuelo (0,3%) (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015, p. 148). Estas labores de cuidado toman tiempo, consumen energía y pueden desencadenar violencias, tal como lo señala Raquel Guimarães:

[...] el cuidado como práctica para satisfacer necesidades de otros puede configurar relaciones de desigualdad o de autoridad, especialmente cuando la persona cuidada carece de autonomía. [...] La práctica de cuidado en situaciones de intensa dependencia puede desconocer la singularidad de la persona con discapacidad y proyectar necesidades de la cuidadora en la persona cuidada. (2010, p. 207-208)

Estas situaciones se vinculan con el uso del tiempo para realizar las tareas de cuidado cuando entran a operar las violencias y otras formas de exclusión social o, en palabras de Anahí Guedes de Mello (2014),

en el caso de las personas con discapacidad expuestas a violencias en ese tipo de contexto, su vulnerabilidad aumenta de modo más

contundente a través de la incorporación de categorías como género, raza/etnia, clase, orientación sexual, edad o generación, región y religión. (p. 171)

Con frecuencia, para comprender las experiencias de mujeres que cuidan parientes con discapacidades es preciso moverse desde las ideas de trabajo directo de cuidado hacia el trabajo indirecto, y desde el trabajo noble hacia el trabajo sucio, sabiendo que “es uno de los temas más discutidos dentro de sus análisis [feministas], pues resaltar su importancia para la economía constituye un fuerte argumento para considerar las actividades domésticas no remuneradas como un tipo de trabajo, que genera excedentes tal como lo hace el trabajo mercantil”, como dice Mateo Tunarrosa (2017, p. 14). También se escuchan voces a favor de la reconfiguración de las formas sociales de proveer cuidados teniendo en cuentas las múltiples resistencias e interacciones entre quienes proveen cuidados y quienes los reciben, dos grupos altamente heterogéneos tanto en su composición como en sus deseos ciudadanos. En consecuencia, como lo ha dicho Lina Buchely, los principios constitucionales nos ayudan “a pensar la pluralidad y la diferencia [sin adentrarnos ni en el] activismo tecnocrático [ni en el] fetichismo legal que olvida los límites de los cambios logrados” (2014, p. 99, 103).

El cuidado del cuerpo y la apariencia

Además de los servicios de cuidado en la familia, la infancia, la vejez y la discapacidad, existe también una gran cantidad de servicios personales de cuidado estéticos del cuerpo y de la apariencia, que han experimentado un proceso de amplia mercantilización desde las últimas tres décadas del siglo pasado. Este campo del cuidado ha ocupado un interés especial de los estudios de género y cuidado en Colombia. Por su dimensión, paradojas, tensiones y relevancia teórica y empírica (Arango Gaviria y Pineda, 2018), consideramos necesario exponer una síntesis.

La imagen y la apariencia personales adquirieron nuevos significados en las sociedades capitalistas modernas en la segunda mitad del

siglo xx, asociados con la exacerbación del individualismo, el surgimiento de nuevas tecnologías del yo, la expansión del sector terciario y la emergencia de un “capitalismo emocional” (Hochschild, 1983). La belleza, relacionada con lo femenino, dejó de ser un privilegio de algunas mujeres para convertirse en una aspiración generalizada, estimulada por la consolidación de una industria global de la belleza y la apariencia.

El proceso de mercantilización o traslado del trabajo de cuidado del ámbito privado al público plantea interrogantes frente a la relación entre mercado y cuidado. Con base en los trabajos de Deborah Stone (2000) y Viviana Zelizer (2005 y 2011), dichos interrogantes son abordados por Luz Gabriela Arango Gaviria (2015), quien argumenta los motivos para incluir el trabajo remunerado de las y los trabajadores de los servicios estéticos y corporales de peluquería y manicura dentro del campo del cuidado. Si bien el trabajo de cuidado proviene de la esfera privada, la intimidad, las relaciones personales y las emociones, cuando este se traslada a la esfera pública, se espera que impere la racionalidad y lo impersonal del mercado, donde es controlado por asociaciones profesionales, empresas e instituciones estatales, y regulado por normas en cuya definición poco intervienen las cuidadoras.

No obstante, la consulta a trabajadoras del cuidado de servicios estéticos y corporales permite destacar, la vigencia de valores del trabajo asociados con ideales basados en el afecto, la preocupación por el otro y la reciprocidad. Muchas de las entrevistadas ejercen una importante agencia en los cuidados de imagen y belleza, y su ideal profesional consiste en cuidar a sus clientes como si se tratase de personas cercanas, sosteniendo valores de una ética del cuidado. El estudio del trabajo emocional, corporal y estético de las trabajadoras de salones de belleza devela las tensiones entre las lógicas del mercado y la precarización laboral, con las dificultades para realizar valores éticos del cuidado que llevan a resistencias y agencias basadas en dichos valores (Arango Gaviria, Bello y Ramírez, 2013; Arango Gaviria, 2015; Arango Gaviria y Pineda, 2018).

El cuidado de la apariencia puede significar la reproducción de normas de género, como la delimitación de identidades masculinas y femeninas, pero también propiciar la transgresión de las distinciones de género, edad, raza y sexualidad. Así, a la vez que preserva estereotipos

de belleza y el estatus social de los grupos dominantes, la adecuación de trabajadoras y trabajadores a las exigencias del mercado laboral o el acceso a una respetabilidad social mediante la incorporación de los cánones dominantes de la presentación personal, también facilita espacios de tránsito de identidades de género y sexuales, la preservación de expresiones étnicas o resistencia o vanguardias culturales (Bello, 2018; Posso, 2018; Posso y La Furcia, 2018).

En los distintos proyectos de investigación sobre género y trabajo de cuidado en los servicios estéticos en ciudades colombianas, se encontró que este era un trabajo precario de tipo independiente. En la ciudad de Bogotá podía haber más de 60.000 personas en 2013 trabajando en estos servicios; la gran mayoría, mujeres (70%). Los salones de belleza, peluquerías y barberías son más de cinco mil, de las cuales cerca del 98% son microempresas con menos de 5 trabajadores/as. El 74% de la propiedad de las empresas estaba en manos de mujeres y el 26 %, en hombres. Los estilistas, manicuristas y demás trabajadoras se vinculan como trabajadores independientes y ganan un porcentaje del ingreso de cada servicio que oscila entre el 40 y 50% (Arango Gaviria y Pineda, 2012; Pineda, 2014).

Conclusiones

Colombia, a semejanza de otros países de América Latina, atiende las principales demandas de cuidado en las familias. La organización social del cuidado continúa siendo un sistema familista con base en el trabajo doméstico de cuidado no remunerado de las mujeres. Este sistema lleva primero a que el 26% de las mujeres en edad de trabajar (5,3 millones) tengan como actividad principal el trabajo doméstico de cuidado no remunerado, con un promedio de dedicación de 8,5 horas diarias. Adicionalmente, la mayoría de las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado (60% de la PET), asumen una carga de trabajo no remunerado significativamente mayor al de los hombres en los hogares.

Por su parte, este sistema familista ha sido soportado por un ejército adicional de trabajadoras del servicio doméstico que ocupa al 6,5%

de la población femenina en edad de trabajar (cerca de 680.000 mujeres) y que históricamente se ha caracterizado como un trabajo subordinado, precario, que simboliza relaciones neocoloniales basadas en la discriminación de clase (la mayoría son pobres y víctimas de la migración forzada), raza (muchas son negras o indígenas) y género (el 98% son mujeres).

No obstante, la organización social del cuidado ha presentado claros procesos de socialización, mercantilización y profesionalización en servicios para poblaciones que demandan mayor cuidado. Se presentan así diferentes configuraciones del “diamante de cuidado” (Razavi, 2007), de acuerdo con las políticas de protección social, su fragmentación institucional y dinámicas en las últimas décadas. Un factor común a estos procesos ha sido la desvalorización del trabajo de cuidado y las dificultades crecientes para realizar los valores propios de una ética del cuidado, que ha conducido a distintas formas de resistencia colectiva de las cuidadoras.

En el cuidado de la infancia se destaca la resistencia de las “madres comunitarias” que han tipificado la lucha por la valorización del trabajo de cuidado. En el cuidado de la vejez, la mercantilización de los servicios de cuidado, su profesionalización parcial y su institucionalización conllevan no solo problemas de sostenibilidad sino también una precarización laboral que limita la realización de una ética del cuidado que dignifique la vejez. El cuidado particular de personas con discapacidad devela la experiencia de cuidado que se desarrolla en los límites de la inequidad social y de género, por la sobrecarga que se impone a las cuidadoras y las afectaciones sociales sobre sus vidas. Finalmente, el cuidado del cuerpo y la apariencia muestra como el trabajo emocional, corporal y estético de las trabajadoras de salones de belleza devela las tensiones entre las lógicas del mercado y la precarización laboral, con las dificultades para realizar valores éticos del cuidado que llevan a resistencias y agencias basadas en dichos valores.

Las posibilidades de minar las distintas inequidades del cuidado pasan por replantear las responsabilidades de cuidado asignadas a los distintos agentes en la organización social (familia, Estado, comunidad, mercado) en las distintas configuraciones institucionales y dinámicas

sociales. Este replanteamiento implica el fortalecimiento de las formas de organización y resistencia de las cuidadoras en los múltiples espacios y campos del cuidado. En este empeño la academia tiene un papel importante para la deliberación social y política. La revisión de la investigación sobre el cuidado en Colombia aquí consignada muestra un avance significativo en el entendimiento de organización social del cuidado, pero esta es una agenda nueva de investigación que requiere muchos mayores desarrollos. En especial, existen ausencias desde los estudios de género en el campo del cuidado de la salud o en los procesos de mercantilización de los cuidados de la infancia.

Bibliografía

ACNUR-CODHES (2001). *Desplazamiento Forzado Interno en Colombia: Conflicto y Desarrollo*. Bogotá, Alto Comisionado para los Refugiados de Naciones Unidas y Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento.

Arango Gaviria, L.G. (2015). "Cuidado, trabajo emocional y mercado: los servicios estéticos y corporales". En *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 99-120.

Arango Gaviria, L.G. (2010). "Género e identidad en el trabajo de cuidado". En E. de la G. Toledo y J.C. Neffa (coords.), *Trabajo, identidad y acción colectiva* (pp. 81-107). México: Universidad Autónoma Metropolitana / clacso / Plaza y Valdés.

Arango Gaviria, L.G., Amaya, A., Pérez-Bustos, T. y Pineda, J. (comps.) (2018). *Género y cuidado: teorías escenarios y políticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de los Andes y Universidad Pontificia Javeriana.

Arango Gaviria, L.G., Bello, J. y Ramírez, S. (2013). "Género, belleza y apariencia: la clientela de peluquerías en Bogotá". En *Revista Nómadas*, 38, 185-200.

Arango Gaviria, L.G. y Molinier, P. (2011). "El cuidado como ética y como trabajo". En Arango Gaviria, L.G. y Molinier, P. (comps.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 15-21). Medellín: La Carreta Editorial / Universidad Nacional de Colombia.

Arango Gaviria, L.G. y Pineda, J. (2012). "Género, trabajo y desigualdades sociales en peluquerías y salones de belleza de Bogotá". En *Revista Ciencias Sociales*, 10, 93-130.

Arango Gaviria, L.G. y Pineda, J. (2018). *Género, trabajo y cuidado en salones de belleza*. (Serie Estudios de Género). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Colección General.

Araujo Guimarães, N. (2016). "Home and Market, Love and Work, Nature and Profession: Controversies regarding the commodification of care work". En *Cadernos Pagu*, 46, 59-77.

Barco Vargas, V. (1990). "Los hogares de bienestar". En B. Villegas (Ed.), *Por nuestros niños: programas para su protección y desarrollo en Colombia* (pp. 69-132). Bogotá: Villegas Editores.

Bello Ramírez, A. (2018). "Peluquerías trans en Bogotá: belleza, trabajo y activismo". En L.G. Arango y Pineda, J. *Género, trabajo y cuidado en salones de belleza* (Serie Estudios de Género, pp. 237-280). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Colección General.

Benería, L. (2006). "Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación". En *Nómadas*, 24, 8-21.

Bernal, R.; Fernandez, C.; Florez, C.E. y Gaviria, A. (2009). *Evaluación de impacto del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF* (Documentos CEDE, 16). Bogotá: Universidad de los Andes.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Les Éditions de Minuit.

Buchely, L.F. (2012). "El precio de la desigualdad. Análisis de la regulación del trabajo doméstico desde el DDL2". En *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 14 (2), 107-143.

Buchely, L.F. (2014). *Género y constitucionalismo. Una mirada feminista al derecho constitucional colombiano*. *Ciencia política*, 9, 83-107.

Buitrago, M.T. (2013). *Discapacidades peregrinas. Construcciones sociales de la discapacidad en Colombia: aportes para salud pública la desde una perspectiva crítica*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Cardozo, Y. (2018a). *Sobre el cuidado, vivencias del familismo* (Documento de trabajo). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Cardozo, Y. (2018b). *Estudios sobre cuidado y cuidadores en Colombia* (Documento de trabajo). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Cepal (2005). "Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe". En *Cuadernos de Población y Desarrollo*, 58.

Chenery, H. (1986). *El problema laboral colombiano: diagnóstico, perspectivas y políticas*. (Informe final de la misión de empleo, Economía Colombiana, Serie de documentos, Separata 10). Bogotá, Contraloría General de la República.

Comas-d'Argemir, D. (1995). *Trabajo, género, cultura: la construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.

Cuellar, P. (2018). *Contratando domesticidad. Estudio de caso de varones y su relación con lo doméstico*. Tesis de maestría en Estudios de Género no publicada, Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia.

Dane (2015). *Investigas. Siete estudios realizados a partir de la Encuesta Nacional de uso del Tiempo*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

De la Cuesta, C. (2009). "El cuidado familiar: una revisión crítica". *Investigación y Educación en Enfermería*, 37, 96-102.

Delphy, C. (1982). *Por un feminismo materialista: el enemigo principal y otros textos*. Barcelona: La Sal.

Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2013). *Equidad de Género para Las Mujeres. Documento Conpes Social*. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia.

Duque, C.A. (2017). *Economía del Cuidado y Asignación del Tiempo al Interior de los Hogares en Colombia*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Elson, D. (1994). "¿Socialismo de mercado o socialización del mercado?" En *Cuadernos de Economía*, XIV (21), 85-109.

England, P. (2005). Emerging theories of care work. *Annual Review of Sociology*, 31, 381-399.

Escuela Nacional Sindical (ENS) (2018). *Historias tras las cortinas: cifras y testimonios sobre el trabajo doméstico en Colombia* (Informe especial). Medellín: ENS.

Esguerra, C.; Sepúlveda, I. y Fleischer, F. (2018). *Se nos va el cuidado, se no va la vida: Migración, destierro, desplazamiento y cuidado en Colombia* (Documentos de política), Cider, Universidad de los Andes.

Folbre, N. (1994). *Who Pays for the Kids. Gender and the Structures of Constraint*. London: Routledge.

Forero, M.T.; Cañón, L. y Pineda, J. (1991). *Mujer trabajadora. Nuevo compromiso social*. Bogotá: Instituto de Estudios Sociales Juan Pablo II.

Galeano, J.I. (2012). *Pensar, hacer y vivir la oralidad. Experiencias compartidas por maestras de educación inicial*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Massachusetts: Harvard University Press Cambridge.

Giraldo, A.L. (2018). *Mujeres cuidadoras de personas con discapacidad en Medellín. Reconocimiento/Redistribución y Apropiación de la Esfera Pública*. Tesis de maestría no publicada. Medellín: Universidad de Antioquia.

Gómez, A.M., Peñas, O. y Parra, E. (2016). "Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá". En *Revista de Salud Pública*, 18(3), 367- 378.

Guedes de Mello, A. (2014). *Gênero, deficiência, cuidado e capacitismo: uma análise antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência*. Tesis de maestría no publicada. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina.

Guevara-Peña, N.L. (2016). "Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales". En *Entramado*, 12 (1), 138-151.

Guimarães, R. (2010). "Gênero e deficiência: um estudo sobre as relações de cuidado". En D. Diniz y W. Santos (Orgs.), *Deficiência e Discriminação* (pp.197-228). Brasília: Letras Livres.

Hernández, A. (2015). *Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género*. Tesis de doctorado no publicado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Herreño Hernández, A.L. (1999). *No hay derecho: las madres comunitarias y jardineras frente al derecho laboral*. Bogotá: Instituto Latinoamericano SA.

Hincapié Aldana, A. y Parra García, I. (2015). "El trabajo de las 'inactivas': estructura del trabajo no remunerado de mujeres urbanas y rurales clasificadas como económicamente inactivas". En *Investigas. Siete estudios realizados a partir de la Encuesta Nacional de uso del Tiempo* (pp. 34-61). Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Hirata, H. y Araujo Guimarães, N. (Orgs.), (2012). *Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care*. San Pablo: Editora Atlas.

Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Los Ángeles, USA: University of California Press.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (1990). *Lineamientos generales: organización y desarrollo de Hogares Comunitarios de Bienestar*. Bogotá: ICBF.

León, M. (1991). "Estrategias para entender y transformar las relaciones entre trabajo doméstico y servicio doméstico". En L.G. Luna (comp.), *Género, clase y raza en América Latina, algunas aportaciones* (pp.25-61). Barcelona: Universitat de Barcelona.

Lloyd-Sherlock, P. y Locke, C. (2008). "Vulnerable Relations: Lifecourse, Wellbeing and Social Exclusion in a Neighbourhood of Buenos Aires, Argentina". *Ageing and Society*, 28(6), 779-803.

López, C., Rodríguez, C., Rey de Marulanda, N. y Ocampo, J.A. (2015). *Bases para un nuevo modelo de desarrollo con igualdad de género*. Ciso y ONU Mujeres.

Meertens, D. (1999). "Desplazamiento forzado y género: trayectorias y estrategias de reconstrucción vital". En F. Cubides y C. Domínguez (eds.), *Desplazados, Migraciones Internas y Reestructuraciones Territoriales* (pp. 406-455). Santafé de Bogotá: CES/Universidad Nacional de Colombia.

Ministerio de Educación Nacional (MEN) (2018). *Educación inicial*. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Educacion-inicial/>

Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I. Componente Demográfico*. Bogotá. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>

Molinier, P. (2011). "Empleadoras y empleadas domésticas: ¿las feministas son mejores patronas?" En L.G. Arango Gaviria y P. Molinier, (comp.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 229-255). Bogotá: La Carreta Social y Universidad Nacional de Colombia.

Moreno-Salamanca, N. (2018). "La economía del cuidado: división social y sexual del trabajo no remunerado en Bogotá". En *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 51-77.

Osorio, V. (coord.), (2015). *De cuidados y descuidos. La economía del cuidado en Colombia y perspectivas de política pública*. Medellín: Escuela Nacional Sindical.

Palacios, E. (2014). *El trabajo no remunerado en Colombia* (Trabajo de especialización). Bogotá, Universidad Militar Nueva Granada.

Peña, X. y Uribe, C. (2013). *Economía del cuidado: valoración y visibilización del trabajo no remunerado*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos. Nuevas trenzas.

Pineda, J. (2011). "La carga del trabajo de cuidado: distribución social y negociación familiar". En L.G. Arango Gaviria y P. Molinier, (comp.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 135-155). Bogotá: La Carreta Social y Universidad Nacional de Colombia.

Pineda, J. (2014). "Trabajo, emprendimiento y género en la industria de la belleza". En *Revista Sociedad y Economía*, 26, 239-270.

Pineda, J. (2018). "Cuidado institucionalizado y vejez". En A. Amaya, L.G. Arango Gaviria, T. Pérez-Bustos y J. Pineda (comps.), *Género y cuidado: teorías escenarios y políticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de los Andes y Universidad Pontificia Javeriana.

Pineda, J. (2019). "Trabajo de cuidado: mercantilización y desvalorización". En *Revista CS (número especial)*, 111-136.

Pineda, J. y Gomez, D. (2013) "Trabajo y vejez: debates y perspectivas". En J. Pineda (comp.), *Trabajo decente en Bogotá. Diagnóstico, Análisis y perspectivas*, (pp. 143-166). Bogotá: Ediciones Uniandes.

Posso, J. (2018). "Las peluquerías especializadas en el cabello afro en Cali". En L.G. Arango Gaviria y J. Pineda. *Género, trabajo y cuidado en salones de belleza*. (Serie Estudios de Género, pp. 185-233). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Colección General.

Posso, J. y La Furcia, A. (2018). Pelo acrílico, cuero y tacón: diferencias, estéticas y estilistas trans en Cali. En L.G. Arango Gaviria y J. Pineda (eds.), *Género, trabajo y cuidado en salones de belleza*. (Serie Estudios de Género, pp. 287-341). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Colección General.

PPSEV (2010). *Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el distrito Capital 2010-2025*. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Bogotá: Secretaría Distrital de Integración Social.

Ramírez, A. (2014). *Organización de mujeres, empoderamiento y capital social: el caso de las Madres Comunitarias en Bogotá*. (Trabajo de grado maestría no publicado en Estudios Interdisciplinarios sobre Desarrollo). Cider, Universidad de los Andes.

Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options* (Gender and Development, paper 3, 1-50). Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.

Robles, L. (2006). "El cuidado a los ancianos: la feminización de la obligación filial". En L. Robles, F. Vázquez, L. Reyes y I. Orozco (eds.) *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. (pp. 247-285). México: Plaza y Valdés Editores.

Rodríguez, C. (2005). *La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas*. Buenos Aires: CIEPP.

Rodríguez, L. (2014). *El salario emocional y el clima organizacional en el jardín infantil trinidad Galán*. Bogotá: Universidad Libre.

Ruíz, E. y Nava, G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11 (3), 163-169.

Sassen S. (2004). Global cities and survival circuits. En B. Ehrenreich y A.R. Hoschschild (eds.), *Global Woman. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy* (pp. 254-274). New York: Owl Books.

Scott, J.W. (1993). "La mujer trabajadora en el siglo XIX". En G. Duby y M. Perrot (coords.), *Historia de las mujeres. El siglo XIX* (tomo 8, pp. 405-435). Madrid: Taurus.

Stone, D. (2000). *Caring by the Book*. En M.H. Meyer (Ed.), *Care Work, Gender, Labor and the Welfare State*. New York, USA: Routledge.

Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Pres.

Tunarrosa, M. (2017). *El trabajo doméstico no remunerado en Bogotá ¿quién lo paga? Análisis desde un enfoque de la economía feminista*. (Trabajo de grado). Escuela Colombiana de Ingeniería. Bogotá.

Zelizer, V. (2005). *The Purchase of Intimacy*. New Jersey, USA: Princeton University Press.

Zelizer, V. (2011). *Economic lives. How culture shapes the economy*. New Jersey, USA: Princeton University Press.

Uruguay: avances y desafíos

en la investigación
y las políticas públicas
del cuidado

Uruguay: avances y desafíos en la investigación y las políticas públicas del cuidado

Karina Batthyány - Natalia Genta

Introducción

Este documento tiene como objetivo presentar el estado de los estudios respecto de la investigación en cuidados desde una perspectiva de la sociología de género en Uruguay. Para ello se realizará un breve recorrido de la producción de conocimientos sobre la temática del cuidado en el país, tanto de lo transitado en términos conceptuales como de los avances empíricos. Luego se describirá la organización social del cuidado de niños/as y de personas mayores a partir de la información disponible sobre el uso de servicios/prestaciones del Estado, del mercado y de cuidado familiar, así como la demanda de cuidados que representan cada una de las poblaciones. En tercer lugar, se caracterizará la política pública de cuidados, en particular el SNIC (Sistema Nacional Integrado de Cuidados) de Uruguay, y lo que se ofrece para la población objetivo del mismo. Finalmente, se hará un análisis crítico de la política pública de cuidados en el país, en términos del avance y las dificultades respecto de la búsqueda de la transformación de la división sexual del trabajo y de la corresponsabilidad en el cuidado.

Avances conceptuales y caminos de investigación

Desde hace cuarenta años, los estudios de género han mostrado cómo las tareas que ocurren en el ámbito doméstico son cruciales e imprescindibles para el funcionamiento del sistema económico y el bienestar

social. Sin embargo, los cuidados han sido objeto de conocimiento específico en los últimos quince años en nuestra región.

A pesar de que los cuidados son en la actualidad un objeto de estudio muy explorado por las ciencias sociales y no solo desde el enfoque de género, no existe un concepto de cuidados teóricamente acabado y consensuado, sino que persisten conceptualizaciones y estudios empíricos centrados en alguno de sus aspectos. Las diferencias en la conceptualización se observan sobre todo en el acento que tengan los aspectos relacionales o vinculares en la definición, lo que abre el cuestionamiento sobre su vínculo con el concepto de trabajo (Himmelweit, 2011) y con la profesionalización de los cuidados (Carrasquer, 2013).

Las distintas conceptualizaciones en el cuidado pueden entenderse analíticamente a través de al menos dos recorridos. Un primer recorrido de definición y reformulación de los cuidados puede rastrearse en las primeras conceptualizaciones provenientes de la literatura anglosajona. En los años setenta y ochenta surge el concepto de cuidados en autoras como Graham (1983) y Ungerson (1990). En sus inicios, el cuidado es aquel otorgado en el marco familiar y brindado por las mujeres por definición. Luego de las sucesivas reformulaciones, fue incorporado en su definición el cuidado brindado por otros agentes (Carrasquer, 2013; Thomas, 2011). Graham (1991) define a los cuidados como una mezcla de amor y trabajo, que, por contener gran carga afectiva, solo se puede llevar a cabo en el ámbito de las relaciones familiares y, particularmente, mediante un trabajo que solo podrían realizar las mujeres, producto de su socialización.

En los ochenta, a diferencia de quienes incluyen a las mujeres en la definición de los cuidados, otras autoras (Ungerson, 1990) rescatan que los cuidados pueden ser realizados en el marco de instituciones (servicios estatales, centros privados, redes comunitarias, etc.) y que la relación de cuidados puede estar mediada por relaciones mercantiles de trabajo. En esta nueva concepción se plantea que localizar el cuidado exclusivamente en el ámbito de la familia no permite visibilizar las relaciones familiares de cuidado desprovistas de afecto e incluso de abuso o maltrato. Por lo tanto, si bien reconocen que existe un aspecto afectivo, este debe subordinarse analíticamente a los aspectos de trabajo.

En los años noventa, una de las conceptualizaciones influyentes en el cuidado es la de Thomas (2011), quien intenta sintetizar los debates en torno a Graham y Ungerson de la década anterior. Define a los cuidados como toda prestación de apoyo, remunerada o no, en la cual intervienen trabajo material y afectivo, realizada principalmente por mujeres, pero no exclusivamente, a todas las personas con necesidades de cuidado, en la esfera pública o doméstica y en la diversidad de marcos institucionales (servicios públicos, privados, voluntariado, familiar).

También en los noventa, la literatura anglosajona introduce el concepto de cuidado social a partir de las ideas de Daly y Lewis (2000), pioneras en un nuevo campo de estudios para analizar los regímenes de bienestar que desplaza el foco de atención de los cuidados hacia el estudio de la política social. El cuidado social es definido como el conjunto de las actividades y las relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas dependientes y de las niñas y niños, y los marcos normativos, económicos y sociales en los que se asignan y se desarrollan. Esta definición es útil porque permite entender los marcos normativos donde se realiza el cuidado, es decir las obligaciones y responsabilidades que asigna a los actores. También involucra la medición de costos económicos, de tiempo y emocionales que derivan de la actividad de cuidar. Esta definición implica un desplazamiento de la discusión sobre “amor y trabajo” que estaba en los cuidados en el comienzo, hacia otra más ligada a interrogar los Estados de bienestar y la medida en que distribuyen los cuidados entre los distintos agentes proveedores (Estado, mercado, familias, comunidad).

Un segundo camino recorrido en la conceptualización de los cuidados es el que proviene sobre todo desde los análisis sobre el trabajo, la división sexual del trabajo, el sistema reproductivo y el trabajo doméstico, conceptos que tienen sus primeros planteos en el feminismo marxista y socialista. Este camino es el que se ha transitado en Uruguay (Aguirre, Batthyány, Genta y Perrotta, 2014)⁸³ y otros países latinoamericanos.

⁸³ Para un recorrido sobre el vínculo entre producción de conocimiento sobre género y cuidados y la introducción del cuidado en la agenda ver Aguirre et al. (2014) Los cuidados en la agenda de investigación en Uruguay. Revista Iconos. Quito.

En este recorrido y durante los años setenta y ochenta, los cuidados estaban integrados en lo que se conocía como “trabajo doméstico”. El énfasis en el estudio del trabajo doméstico estaba puesto en mostrar las similitudes que presentaba con las actividades que ocurrían en el ámbito público. En su vínculo con la división sexual del trabajo, el cuidado era una de las tareas englobadas en el que hacían las mujeres y que contribuía con el bienestar. En estos primeros trabajos, el cuidado no era lo central, sino que lo era el trabajo no remunerado que realizaban las mujeres en los hogares (Recio, 2010). El aspecto clave en este segundo recorrido conceptual de los cuidados era la asimilación del cuidado al trabajo.

Uno de los conceptos centrales en este recorrido es la división sexual del trabajo. Esto significa que las relaciones de género son el principio organizador del trabajo, generando una distribución desigual de tareas entre varones y mujeres. La división sexual del trabajo se manifiesta en cualidades y habilidades asociadas naturalmente a las mujeres y a los varones, siendo los cuidados una de las tareas socialmente asignadas a las mujeres en esa distribución.

El concepto de división sexual del trabajo se ha ido complejizando y ha permitido entender en la actualidad la distribución de tareas que ocurre en los procesos de trabajo tanto remunerados como no remunerados. Dentro del hogar también se manifiesta la división sexual del trabajo en tareas asignadas a los varones y a las mujeres, como lo muestran las EUT en Uruguay (Batthyány, 2015a).

El vínculo entre trabajo remunerado y no remunerado tiene un desarrollo paralelo a la relación entre sistema productivo y reproductivo, cuestión que se encuentra íntimamente ligada a estos primeros planteos feministas marxistas. Por lo tanto, es clave para el sistema capitalista que el nexo entre producción y reproducción se mantenga oculto de forma de desplazar los costos de la producción capitalista a la esfera doméstica (reproducción de la fuerza de trabajo y mantenimiento de la población). Entre estos costos y trabajos reproductivos que ocurren en la esfera doméstica está el cuidado.

Entendido desde una vertiente más emocional (Hochschild, 2003), el cuidado no solo reproduce personas en el sentido biológico, sino que

tiene como objetivo la reproducción de personas con características necesarias sin las cuales no podrían funcionar en la esfera mercantil. Uno de los grandes méritos del enfoque de la reproducción, desarrollado más enfáticamente por la economía feminista, es el análisis del vínculo con el ámbito de la producción que muestra que, a partir de la industrialización, las mujeres “viven una tensión constante al transitar por ambos espacios en un mundo que se mueve por la lógica del capital” (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

En el recorrido de Uruguay, el abordaje de los cuidados comenzó entendiéndose como uno de los distintos tipos de trabajos no remunerados. Inicialmente, las investigaciones sobre la temática tenían como objetivo identificar las distintas actividades no remuneradas como componentes que contribuyen al bienestar social, al igual que lo hace el trabajo remunerado. Sin embargo, en el proceso de reconocimiento y visualización del trabajo no remunerado, los cuidados comenzaron a adquirir protagonismo dentro de los otros tipos de trabajos no remunerados (Aguirre et al., 2014).

En el siguiente apartado se desarrolla el recorrido específico referido a las investigaciones empíricas sobre cuidados por el que ha transitado la sociología de género en Uruguay.

Las investigaciones en Uruguay

El caso uruguayo es pionero en lo que a las políticas de cuidado se refiere. Como ya ha sido abordado en otros trabajos (Aguirre et al., 2014) la clave para la introducción del cuidado en la agenda pública en el caso uruguayo fue la estrecha relación entre la producción de conocimientos y el impulso y generación de políticas públicas.

El protagonismo que adquieren los cuidados en el país se expresa en que las investigaciones empíricas realizadas comienzan a diversificar las dimensiones del cuidado que abordan. La estrategia de investigación ha sido privilegiar el trabajo familiar de cuidados como elemento generador de desigualdades e injusticia de género. Este es su punto fuerte, a partir del cual se han desarrollado varias líneas que aparecen

expuestas a continuación y constituyen abordajes innovadores que articulan género, clase y generaciones.

En la línea de profundizar la cuantificación de los cuidados se desarrolla una encuesta específica de cuidados no remunerados en salud (Batthyány, Genta y Perrotta, 2017). Entre los principales resultados, se destaca que el cuidado de la salud requiere una dedicación más intensiva durante el tiempo que se desarrolla una enfermedad tanto sea crónica como temporal. Dichos cuidados son brindados mayoritariamente por familiares con un fuerte protagonismo de las mujeres, quienes representan el 76,6% de quienes los brindan. Solo 18% de los hogares encuestados han utilizado algún tipo de cuidado externo (remunerado y no remunerado) para cubrir la necesidad de cuidados por enfermedad de sus miembros. Estos resultados dan cuenta también de la cantidad de tiempo que sería necesario contratar a una persona durante un proceso de enfermedad, lo cual significa un costo muy alto para las familias de niveles socioeconómicos medios y bajos.

Las mujeres que realizan cuidados no remunerados en salud brindan ayuda a otros hogares en mayor medida que los varones, convirtiéndose en un eslabón central en la estrategia de cuidado con la que cuentan los hogares de personas mayores por ejemplo. La encuesta evidenció también un grupo de mujeres que se dedica fuertemente a las tareas de cuidados no remunerados en salud y no accede al trabajo remunerado, con los consecuentes impactos en su autonomía económica (Batthyány et al., 2017).

Respecto al perfil de quienes brindan cuidados no remunerados en salud, se observa que es el tramo entre 46 y 65 años el que presenta la mayor proporción de personas que brindan dichos cuidados. Probablemente esto esté asociado a que en este tramo etario conviven personas que cuidan tanto a sus padres y madres adultos/as mayores como a sus nietos/as en situaciones extraordinarias, que desbordan la estrategia de cuidado cotidiana (enfermedades temporales, accidentes) debido a pertenecer en mayor medida a la población inactiva. Se evidencia también la baja participación de los jóvenes en estas tareas en comparación con las personas adultas y adultas mayores. Solo el 11% de los cuidadores/as tiene menos de 30 años (Batthyány et al., 2017).

Continuando con el recorrido de las investigaciones sobre género y cuidados en el país, y buscando trascender la cuantificación del tiempo del cuidado medida a través de las Encuestas de Uso del Tiempo, una de las líneas innovadoras abordadas refiere al estudio de las representaciones sociales del cuidado. Dichas representaciones son entendidas como un conocimiento práctico productor y constructor de una realidad social compartida por un colectivo. La importancia del estudio de las representaciones sociales de género radica en hacer visibles las creencias, los valores, los supuestos ideológicos que construyen, con base en las diferencias biológicas, las desigualdades sociales entre mujeres y varones ligadas a los cuidados.

Las investigaciones realizadas buscaron cuantificar los mandatos de género, así como las situaciones más deseables para el cuidado, pero también comprender los significados atribuidos al cuidado de calidad. Se implementó en 2011 la Encuesta Nacional de Representaciones Sociales del Cuidado, cuyos resultados mostraron la fuerte presencia del familismo en Uruguay (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013). Los datos evidenciaron que para la mayor parte de la población uruguaya la situación más deseable para los cuidados era la que se brinda en el domicilio y, especialmente, a través de los miembros de las familias. Se constató también una relación directa entre el familismo y el nivel socioeconómico ya que a menor nivel socioeconómico se observó mayor familismo.

Asimismo, se observó la persistencia de la división sexual del trabajo en relación con el deber ser de los cuidados. Los varones fueron percibidos como los responsables de garantizar los cuidados, así como de los cuidados indirectos, aludiendo a su rol de proveedores económicos. Las mujeres fueron asociadas al cuidado directo, lo cual implicaba un vínculo íntimo. También quedó en evidencia la tendencia de las mujeres a flexibilizar su situación en el mercado laboral en función de las necesidades de cuidado de las personas dependientes.

Esta investigación aportó a las políticas públicas porque permitió identificar las barreras culturales para la aceptación de distintos servicios. Los estudios que enfatizan en los aspectos culturales de los cuidados son reducidos. Sin embargo, resultan de utilidad para dar cuenta de las resistencias que pueden existir a las políticas de cuidado que preten-

den desfamiliarizar el cuidado y transformar la división sexual del trabajo. En el caso de Uruguay permiten orientar las políticas públicas de cuidado de forma de implementar acciones efectivamente transformadoras.

Junto con las representaciones sociales de la población, otra línea abordada en las investigaciones refirió al saber experto sobre los cuidados (Batthyány et al., 2013). Partiendo de la gran influencia que tiene este saber sobre las modalidades de los cuidados (quién, cómo y dónde debe ser realizado), en las representaciones y en las decisiones de los individuos, las familias, así como en las de las políticas públicas, se estudió dicho discurso tanto para el cuidado infantil como en personas mayores. La hipótesis central postulaba que el discurso experto no era neutro respecto de los roles asignados a varones y mujeres, sino que, por el contrario, formaba parte de los mecanismos e instituciones que conforman el sistema de género, sustento de la división sexual del trabajo. El análisis de los discursos expertos en personas mayores y en niños mostró la importancia otorgada a la promoción de la responsabilidad social de los cuidados. Particularmente, el saber experto señaló que era imprescindible la presencia del Estado en el ejercicio de la función de los cuidados desde diversas modalidades y para todos los sectores sociales, así como la responsabilidad del Estado en el acompañamiento de las familias para que estas puedan desempeñar esta función en mejores condiciones.

Las investigaciones sobre cuidados se enfocaron en dimensiones que habían sido escasamente exploradas con anterioridad. En este sentido, una de las líneas de investigación trabajadas en los últimos años está relacionada al análisis sobre los cambios y permanencias en la división sexual del trabajo y los roles de género de varones y mujeres en el cuidado infantil. Para esto se desarrolló el proyecto “Políticas de cuidado en Uruguay, impactos en las relaciones de género” (2015-2017), la cual indagó en los discursos de tres generaciones de varones y mujeres sobre el cuidado infantil. Esta investigación dio cuenta de la transición de un modelo de mujeres cuidadoras y amas de casa presente en la década del cincuenta a un modelo actual de mujeres insertas en el mercado laboral que articulan los cuidados de forma diversa según su nivel socioeconómico. Las mujeres que cuidaron a niños/as pequeños/as en la década

del 50, no formaron parte del mercado laboral, ni se lo han planteado como una posibilidad, aceptando como única razón para hacerlo la necesidad económica. La vida familiar era percibida como mutuamente excluyente con la vida laboral y las mujeres asumían un papel de dependencia económica que repercutía en sus proyectos de desarrollo.

En la generación de mujeres que cuidaron a sus hijos/as pequeños/as en la década del 80, aparece el vínculo con el mercado laboral de manera contundente y, en general, las mujeres se hacen cargo del trabajo remunerado y del cuidado y las tareas domésticas. De esta manera, se produce la inserción laboral femenina sin un cambio en la división sexual del trabajo en los hogares. La sobrecarga de trabajo era asumida por ellas, pero esto no se traducía en demandas o conflictos con sus parejas. En dicha generación convivían distintos modelos de trabajo-cuidados, así como diversas representaciones y proyectos que las mujeres podían realizar, lo que tornó a esta en una verdadera generación bisagra entre el modelo tradicional y los diferentes modelos presentes en la generación actual (Batthyány, Perrotta y Scavino, en prensa).

En la generación de mujeres que actualmente cuidan de sus hijos/as pequeños/as está instalado su proyecto personal y laboral más allá de la maternidad, aunque se presentan al menos tres escenarios distintos. Un primer grupo de mujeres pobres con escasas oportunidades de ingreso estable y de calidad en el mercado laboral, que cuidan a sus hijos, pero desearían compartir el cuidado con los padres y con servicios de cuidado. Un segundo grupo de mujeres de sectores medios insertas a jornada completa en el mercado laboral que desearían contar con más servicios de cuidados gratuitos o de menores costos, y que comparten el cuidado en mayor medida que las demás con los varones. En este sentido, la investigación dio cuenta de que el trabajo remunerado de las mujeres constituye un factor de cambio que favorece una distribución más equitativa del trabajo doméstico y de cuidados en las parejas, pero solamente su existencia no la garantiza. El tipo de inserción, la valoración que hacen ambos miembros de la pareja sobre el empleo femenino y su importancia para el proyecto personal, los ingresos que el empleo femenino genera al hogar, y la poca distancia entre los empleos de ambos miembros respecto a ingresos y jerarquía, parecen ser los factores

determinantes a la hora de transformar las relaciones de género dentro del hogar (Batthyány et al., en prensa).

La investigación también identificó un tercer grupo de mujeres de sectores altos⁸⁴ que mantienen una inserción parcial en el mercado laboral, que no repercute en el ingreso familiar, que eligen cuidar de sus hijos valorando la presencia materna directa en los cuidados. En este último grupo, sobre todo, se aprecia una tendencia riesgosa para la perspectiva de género y la autonomía de las mujeres. La decisión de estas mujeres con estudios universitarios y altos ingresos, de retirarse parcialmente del mercado, se encuentran fundamentadas a nivel discursivo basándose en una literatura biologicista que prioriza el cuidado materno, la lactancia extendida y a demanda, y que no enfatiza en el rol masculino en los cuidados, jugando los padres varones un rol secundario que refuerza, por lo tanto, el lugar protagónico e insustituible de las mujeres en el cuidado. Este tipo de maternidades contemporáneas ponen en cuestión los logros de las mujeres en el mercado laboral y su capacidad de generar ingresos suficientes de forma de mantener su autonomía económica. Este asunto se constituye en un elemento novedoso, que se instala en sectores educados que hasta ahora se habían mostrado menos tradicionales en lo que refiere a los roles de género.

Sin embargo, la investigación evidenció al mismo tiempo la presencia de un grupo de mujeres de sectores medios que comparten más equitativamente los cuidados con sus parejas y se insertan a jornada completa en el mercado laboral. Este grupo promueve la corresponsabilidad de género en los cuidados y la autonomía económica de las mujeres, lo que va de la mano de múltiples y conflictivas negociaciones en el hogar.

Como ya se mencionó, uno de los objetivos de la producción de conocimiento desde la sociología de género consiste en generar insumos de información para contribuir con los cambios en las relaciones de género a través de las políticas públicas. En la línea de que las investigaciones realizadas sean insumos para las políticas públicas, se im-

⁸⁴ En esta investigación, así como en otras realizadas por el grupo, la dimensión de raza/etnia no presenta diferencias significativas.

plementó la Encuesta “Uso de licencias parentales y roles de género en el cuidado” (2017), que se propuso conocer los procesos de toma de decisiones para hacer uso o no de las licencias y de la reducción horaria para cuidados regulados por la Ley 19.161 de reciente implementación (2013) y los factores que impactan en este uso. La nueva legislación permite por primera vez en el país el uso de reducción horaria para cuidado para varones y mujeres en forma alternada y transferible durante el período que transcurre entre los tres y los seis meses de los bebés. Esta encuesta indagó en los factores que favorecen u obstaculizan el uso de la reducción horaria por parte de las madres y los padres, y en las razones por las que las mujeres son, en su gran mayoría, quienes hacen uso de dicha reducción a media jornada (Batthyány, Genta y Perrotta, 2018).

Los resultados aportaron evidencia para orientar el diseño de políticas públicas y favorecer una mayor corresponsabilidad de género en los cuidados. Dieron cuenta de una demanda insatisfecha en relación con la duración de las licencias, ya que la gran mayoría considera que deberían durar más tiempo, y una proporción no despreciable de trabajadores/as implementa como estrategia compensatoria el uso de su licencia de descanso anual para extender su permanencia en el hogar al cuidado de los bebés. Por otra parte, el estudio evidenció desigualdades en el acceso a estas licencias según nivel socioeconómico y calidad del empleo, con lo cual el avance formal en derechos no necesariamente se traduce en un ejercicio real de los mismos. Son las mujeres las que usan fundamentalmente la reducción horaria para cuidados, pero aquellas con mejores posiciones sociales. Quienes tienen niveles educativos y socioeconómicos más bajos están empleadas en ocupaciones elementales, trabajan en microempresas o en empresas masculinizadas tienden a no utilizarla. Por su parte, si bien solo el 4,5% de los varones hacen uso de la reducción horaria, y esto sucede con el 30% de las mujeres, presentan motivos distintos para no hacerlo. Las mujeres mencionan la pérdida de ingresos como principal motivo, y dificultades vinculadas al perjuicio que conlleva su ausencia en su lugar de trabajo. Por su parte, los varones mencionan la lactancia y la preferencia por el cuidado materno en edades tempranas, lo cual es esperable dado la coincidencia de esta prestación con el período de lactancia exclusiva,

así como la presencia de un contexto familista y maternalista en el cuidado infantil (Batthyány et al., 2018).

El estudio muestra que las mujeres de menor nivel socioeconómico y educativo presentan mayores niveles de abandono del empleo luego de culminada la licencia maternal, lo que debe analizarse a la luz del escaso acceso a servicios de cuidados de jornada completa para bebés, que veremos luego. Por otra parte, la investigación da cuenta del escaso uso que hacen los varones del medio horario, mostrando que las características actuales (que coincide con los seis meses de lactancia exclusiva y que es transferible entre padres) hacen que sea muy difícil un aumento del uso masculino. Al mismo tiempo, da cuenta de un contexto favorable a la extensión de medidas de cuidado para los varones, ya que la población entiende que son útiles para el involucramiento masculino en los cuidados (Batthyány et al., 2018).

En definitiva, la información generada da cuenta de la necesidad de articulación de las políticas de tiempo (como las licencias), con las políticas de servicios, dado que no necesariamente el aumento de unas compensa la inexistencia o escasez de las otras. De esta manera, el conocimiento generado orienta a las políticas hacia modificaciones en las políticas de tiempo que impacten de mejor manera en la corresponsabilidad de género en los cuidados.

En la actualidad, el grupo de investigación está asumiendo un nuevo desafío que surge como necesidad de información de las investigaciones antecedentes y que también se convertirá en un insumo fundamental para las políticas de cuidados. El proyecto “Necesidades y estrategias de cuidado en Uruguay” (2018-2020) se propone generar información primaria y útil sobre necesidades de cuidados y las estrategias que los hogares desarrollan para afrontarlos, con las cargas y costos que conlleva. A partir de esta investigación se construirá una tipología de estrategias de cuidados, así como medidas sintéticas que permitan orientar la toma de decisiones de la política pública de cuidados a partir de una adecuada valoración que considere y pondere los costos de las estrategias implementadas por los hogares. Se pretende que los resultados sean insumos que permitirán adecuar las políticas a la población demandante de cuidados. Asimismo, será una fuente de in-

formación clave para medir a futuro el impacto de las políticas públicas de cuidados en el país.

Finalmente cabe abordar las investigaciones realizadas sobre los/as cuidadores/as remunerados/as de cuidado. Existen algunos antecedentes sobre todo de Rosario Aguirre (2013) que caracterizan a la población ocupada en el sector.⁸⁵ Es un sector de población invisibilizado en general en las investigaciones y desde el Estado, lo que se manifiesta también a nivel estadístico. Solo en los últimos años las encuestas continuas de hogares identifican en el caso de las trabajadoras domésticas que trabajan en hogares, la realización de tareas de cuidados. A esto se suma la diversidad de instituciones públicas y privadas donde existe personal ocupado en tareas de cuidado. Entre ellas se encuentran centros diurnos, centros de larga estadía con fines de lucro y si fines de lucro, empresas de compañía, enfermeras a domicilio, cuidadoras por cuenta propia, empleadas domésticas, entre otras. Según estimaciones del año 2006, el 4% de los ocupados se dedica a los cuidados remunerados. En comparación con los promedios para la población trabajadora, cuentan con niveles más altos de feminización, de informalidad, inferiores salarios y en general inferior calidad de empleo (Aguirre, 2013).

Las investigaciones sobre esta población representan un tema a desarrollar en los próximos años, que está presente en la agenda de las organizaciones de la sociedad civil y como demanda de información del propio SNIC.

El cuidado infantil y de personas mayores en Uruguay

En este apartado se caracterizan las modalidades de cuidado de niños y personas mayores en Uruguay, enfatizando en la distribución de Estado, mercado, familias, comunidad y varones y mujeres, como proveedores de cuidado.

⁸⁵ El vínculo entre cuidados e inmigración en el caso uruguayo es todavía un campo a explorar, en el que han escasos antecedentes.

Cuidado infantil

Con el objetivo de dar cuenta de cómo se resuelven las necesidades de cuidado infantil se utiliza como insumo un estudio reciente (Batthyány, Genta y Scavino, 2018) que a partir de las fuentes secundarias disponibles⁸⁶ construyó una tipología que permitió articular en una misma medida diferentes dispositivos de cuidado disponibles. En este estudio, las tipologías de cuidado se elaboran teniendo en cuenta la participación del mercado, del Estado y de las familias en el cuidado infantil, a través de las horas de uso de centros públicos y privados, de la contratación de cuidadoras remuneradas y de las horas de trabajo no remunerado de familiares. A continuación, se describe la tipología elaborada:

- estrategia familista: no hay participación del Estado ni del mercado;
- estrategia con baja participación del Estado: hay participación de servicios públicos de cuidado infantil, hasta 20 horas semanales;
- estrategia con alta participación del Estado: hay participación de servicios públicos de cuidado infantil más de 20 horas semanales;
- estrategia con baja mercantilización: hay participación de servicios privados de cuidado infantil y/o contratación de cuidadora remunerada en el hogar, hasta 20 horas semanales;
- estrategia con alta mercantilización: hay participación de servicios privados de cuidado infantil y/o persona contratada en el hogar por más de 20 horas semanales;
- estrategia con participación combinada de Estado y mercado: son aquellos hogares en donde hay servicios de cuidados públicos y contratación de cuidadora remunerada.

(Fuente: Batthyány et al. 2018)

⁸⁶ La fuente de datos de este estudio es la Encuesta Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil (2015) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el programa Uruguay Crece Contigo (UCC) y el Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración (FCEA, UDELAR)

La distribución de las estrategias según la tipología construida evidencia que prácticamente 6 de cada 10 niños menores de 4 años (58,1%) son cuidados exclusivamente por las mujeres de las familias, aunque esto varía con la edad de los niños. Mientras que a los 3 años, el 32,1% tiene una estrategia familista, esta se reduce a tan solo el 15% de los niños a los 4 años, y a 5,7% entre los de 5 y 6 años.

En el caso de las estrategias con baja mercantilización, presentan un aumento hasta los 3 años, cuando alcanza su pico para luego descender. Es desarrollada para el cuidado del 7% de los niños de 1 año, el 10,5% de los de 2 años, y aumenta al 14,6% de los niños de 3 años. En los niños de 4 años, se reduce al 11,2%, y en los de 5 años, al 8,2%. Probablemente esto evidencia que existe un conjunto de familias que costean los servicios institucionales o de persona en domicilio, que cubren jornada parcial cuando los niños tienen hasta 3 años y, luego, sustituyen ese servicio privado por uno público, que está disponible universal y gratuitamente solo partir de los 3 años y a jornada parcial (4 horas diarias).

En cuanto a la alta mercantilización, asciende hasta los 3 años y luego se mantiene en cifras del 15% aproximadamente. Esto sugiere un conjunto de familias que cubren en el mercado la jornada completa de trabajo desde edades tempranas, aunque más notoriamente desde los 3 años.

Cada una de las estrategias llevadas a cabo para cuidar de los niños/as tiene diferentes implicancias en el tiempo de trabajo no remunerado que insume por parte de las mujeres, quienes son las principales referentes del cuidado. Cuanto más familista es la estrategia, mayor cantidad de horas de trabajo de cuidado no remunerado dedicarán las madres. En los niños/as de edades comprendidas entre 0 y 3 años, en la estrategia familista las madres dedican 86 horas al cuidado de sus hijos, lo que se reduce a un promedio de 5 horas cuando hay apoyo parcial del Estado. Cuando la estrategia incluye un servicio privado o una cuidadora remunerada hasta 20 horas, esta se reduce a 70 horas semanales. La disminución de horas de trabajo de cuidado no remunerado más importante ocurre en las estrategias de alta mercantilización y de alta participación del Estado, en las cuales se registran 58 y 68 horas respectivamente de cuidado no remunerado de las madres.

El poder adquisitivo de los hogares impacta en la posibilidad de acceder a servicios, determinando la estrategia de cuidados. Cuando los niños/as son más pequeños, la estrategia familista es la preponderante, aunque esto aumenta para los hogares de menores ingresos, en el primer tercil (70%) respecto al tercer tercil (43,9%). Si bien la estrategia con baja participación del Estado es la segunda de mayor importancia, esta varía entre terciles ya que es adoptada por el 21% del primer tercil y por tan solo el 8% del tercer tercil. Esto está relacionado probablemente con la oferta pública institucional de cuidado infantil, sobre todo focalizado en estas edades tempranas para las personas de inferiores niveles socioeconómicos. Respecto a las estrategias que incluyen mercantilización, tanto baja como alta, es más relevante en el tercer tercil respecto a los demás.

Los motivos manifestados por las referentes para la asistencia a centros varían en función de la estrategia adoptada. Entre quienes desarrollan una estrategia con baja participación del Estado, el motivo principal está relacionado con los beneficios que tiene para los niños (82,6%). Sin embargo, entre quienes adoptan una estrategia de alta mercantilización, el motivo principal es la necesidad de trabajar o estudiar (58%). Esto está relacionado con la mayor flexibilidad y extensión horaria de la oferta de centros privados o de personas contratadas en el hogar, respecto a la oferta pública.

De hecho, la mayoría de quienes adoptan estrategias con participación estatal manifiestan menores niveles de compatibilidad entre los horarios del centro y del trabajo. Mientras que el 65% de quienes adoptan estrategias de baja participación estatal manifiestan que es compatible el centro con el trabajo, esto ocurre con el 83,8% de los que adoptan estrategias de baja mercantilización y el 84,9% de los que lo hacen con alta mercantilización. Las cifras interrogan nuevamente sobre la capacidad de los servicios públicos de cuidado disponibles de adaptarse a las inserciones laborales de los adultos de la familia.

Respecto a la situación laboral de la madre referente de los cuidados, entre las madres que no trabajan es mayoritaria la adopción de la estrategia familista, así el 74% de niños cuyas madres no trabajan adoptan la estrategia familista; sin embargo, esto sucede con el 48% de

la que trabajan. Entre las que trabajan, existe un considerable 19% que resuelve el cuidado con alta mercantilización.

Sumado a esto, dentro de quienes trabajan existen diferencias importantes en las estrategias adoptadas según las horas de trabajo remunerado. En aquellas madres que trabajan hasta 20 horas semanales es más frecuente la adopción de la estrategia familista (62,6%) y de baja participación del Estado (24,6%) comportándose de forma similar a las madres que no trabajan. Esto da cuenta de que los servicios públicos existentes a jornada parcial no permiten inserciones a jornada completa de las mujeres.

Sin embargo, en las mujeres que trabajan más de 20 horas semanales, existe una proporción considerable de niños que están cuidados en estrategias de alta mercantilización (21,7%). Solo el 13,1% de los niños cuyas madres trabajan más de 20 horas desarrollan estrategias de cuidado con baja participación del Estado, que es la oferta pública universal para estas edades.

La participación en el mercado laboral de las mujeres y sus horas de dedicación se vincula con una mayor probabilidad de desarrollar estrategias mercantiles, lo que cuestiona el rol del Estado (a través de su oferta gratuita y universal para niños), como garante de derechos de las mujeres al trabajo remunerado.

A continuación, se analiza la forma en que en Uruguay se resuelven las necesidades de cuidado de personas mayores.

Cuidado de personas mayores

En cuanto a la forma en que se resuelven los cuidados de las personas mayores, los servicios ofrecidos por el Estado presentan gran nivel de segmentación en cuanto a precios, pero también a calidad. Ante la ausencia y la lentitud del Estado en dar satisfacción a una demanda creciente de necesidades de cuidado de las personas mayores, el mercado ha resultado un gran oferente de servicios para personas mayores, a lo que se suma su regulación en desarrollo.

Interés particular reviste la generación de los servicios de acompañante, empresas privadas creadas para apoyar a los familiares durante la internación hospitalaria. Son servicios que brindan horas de cuidado

a personas en los hogares o durante internaciones hospitalarias. Las familias contratan el servicio y dichas instituciones son empleadoras de trabajadoras del cuidado, muchas de las cuales tiene formación en enfermería. Si bien han ampliado sus prestaciones, se encargan sobre todo de soluciones de cuidado puntuales o ante momentos de enfermedad en hospital o domicilio.

Surgen en los años noventa a partir de la reducción de personal sanitario en los hospitales y el aumento de las mujeres en el mercado laboral, para dar respuesta a la necesidad de acompañamiento de los familiares enfermos, muchos de ellas personas mayores. Desde su creación, estos servicios han ganado legitimidad en las familias uruguayas, que los contratan masivamente en la actualidad, sobre todo las personas mayores y las mujeres. El hecho de que sean mayormente las mujeres que tienen servicios de acompañantes evidencia su mayor dedicación a los cuidados cuando son los varones los que se encuentran en situación de enfermedad mientras que ellas requieren de ayudas extra familiares para cubrir esos cuidados. Asimismo, los servicios de acompañantes han ampliado su cobertura, e incluyen el acompañamiento en domicilio evidenciando nuevamente la rapidez y eficacia del mercado para dar satisfacción a una necesidad creciente.

Otra de las modalidades de cuidado en el caso de las personas mayores es la que corresponde a los Centros de Larga Estadía, dentro de los que hay dos grandes grupos, los que son netamente privados, y otros que tienen apoyo de Banco de Previsión Social (BPS). Estas últimas son instituciones sin fines de lucro administradas por organizaciones sociales y en general reciben aportes o exoneraciones del BPS (previo trámite de inscripción y solicitud de apoyo) o de gobiernos departamentales. En la actualidad, la regulación de los centros de larga estadía le corresponde al Ministerio de Salud Pública (MSP), aunque en la habilitación y en la fiscalización participa el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Según datos del Sistema de información sobre vejez y envejecimiento, en 2015 hay 1.124 establecimientos de larga estadía, de los cuales 481 están en Montevideo. La población que vive en residencias de larga estadía ascendía en 2015 a 14.024 mayores de 65 años.

En el período intercensal 1996-2011 se evidencia que, aunque en cifras muy reducidas, la población mayor que vive en centros de larga estadía, tiene una tendencia al aumento. Mientras en 1996 el 1.6% de las personas mayores de 60 años residen en centros de largas estadía, en 2011 esto es de 2,2% entre los mayores de 60 y de 3% entre los mayores de 65 años (Cabella, Fernández y Pietro, 2015).

El 48,5% de las personas residentes en dichos establecimientos tiene 85 años y más, y el 70% de quienes residen son mujeres.

Es sobre todo entre los mayores de 85 años donde las mujeres residentes en centros de larga estadía duplican a los varones. Por tanto, el perfil de adultos/as institucionalizados se caracteriza por ser mujeres y de edades mayores de 85 años.

Este fenómeno está vinculado con un grupo creciente de mujeres muy mayores, más longevas que sus compañeros varones que requieren cuidados por sus edades y las dificultades de sus familias para dedicar tiempo a este cuidado. Más allá de la tendencia creciente de adultos/as residentes en instituciones, continua siendo una baja proporción (3%) que está en consonancia con lo que ocurre en el nivel de las situaciones deseables de cuidados, ya que el 90% de la población menor de 70 años opina que la situación más deseable para el cuidado de las personas mayores es el cuidado domiciliario, especialmente el cuidado que brindan los familiares (43%), y solo el 8% de la población encuentra como ideal al cuidado institucionalizado (Batthyány et al., 2013).

Otra modalidad de cuidado que permite combinar el cuidado familiar o en el hogar con instituciones son los centros de día⁸⁷ que funcionan de forma que las personas mayores permanezcan allí durante algunas horas del día. La oferta en Uruguay de este tipo de servicios es reducida, aunque los últimos servicios fueron instalados por el Sistema de Cuidados y pensados para personas con dependencia leve, y puede afirmarse que no son una modalidad utilizada en forma generalizada en la sociedad uruguaya para las personas mayores.

⁸⁷ Son centros que funcionan durante el día, están dirigidos a personas mayores con dependencia leve y tiene propuestas recreativas. Funcionan de forma articulada con las intendencias departamentales.

Al contrario de lo que sucede con la demanda de cuidado en Uruguay, que proviene mayormente de las personas mayores, la participación de la familia, tanto de mujeres como de varones es más alta en el cuidado de los niños que en el de personas mayores de 65 años o de personas con discapacidad. En cuanto a las horas de dedicación, las mujeres destinan 22 horas semanales al cuidado de personas mayores y los varones (que participan) lo hacen por 17 horas.

Probablemente esta diferencia de horas registrada en las EUT esté relacionada con dificultades del instrumento utilizado para captar las tareas relevadas en esta población; invisibilización de tareas, captación de la población adulta mayor en situación de dependencia, entre otras razones. Esto implica un desafío a la herramienta de cuantificación de cuidados para los próximos años.

En el siguiente apartado se desarrolla la nueva política de cuidados en el país, nacida en el 2015 y los principales desafíos desde una perspectiva de género.

La política pública de cuidados: Sistema Nacional Integrado de Cuidados

La política de cuidados en Uruguay se materializa a través de la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. El SNIC nace con el objetivo de generar un modelo corresponsable de cuidados entre familias, Estado, comunidad y mercado. Se plantea explícitamente la corresponsabilidad entre varones y mujeres, con el objetivo de superar la injusta división sexual del trabajo que caracteriza a la sociedad por la cual las mujeres se hacen cargo mayoritariamente del trabajo no remunerado y del trabajo de cuidados. También quienes cuidan son integradas desde una perspectiva de género como sujeto activo de derechos en el marco del SNIC.

El fundamento desde donde surge el SNIC plantea que el modelo de cuidados basado en el cuidado familiar, y fundamentalmente provisto por mujeres de forma no remunerada, se encuentra agotado a partir de

las transformaciones demográficas y culturales que lo cuestionan y que determinan su inviabilidad. La “crisis del cuidado” resulta del impacto de estas transformaciones que determinan un aumento sostenido de las personas que requieren cuidados y al mismo tiempo la disminución de las personas disponibles para brindarlos. El posicionamiento de los cuidados en la agenda y en la política pública, que lleva al Estado a diseñar nuevas políticas para poder afrontarlo, está determinado –como señalamos– por la llamada “crisis del cuidado”, que refiere a un conjunto de transformaciones sociodemográficas y culturales que muestran el agotamiento del régimen de cuidados basado en el trabajo de las familias y las mujeres. Esta realidad fue visibilizada desde los espacios académicos, así como desde la sociedad civil y la institucionalidad de género en el Estado.

El SNIC busca adaptarse a los procesos de cambio poblacionales (natalidad, envejecimiento), en las familias (división sexual del trabajo, déficit de cuidados) y en el mercado de empleo (aumento en la tasa de actividad femenina, reducción de la tasa femenina de desempleo). Se plantea formular un sistema enmarcado en las políticas de la Reforma Social, de corte universal basado en la perspectiva de derechos. También se propone la creación de servicios con la posibilidad de apoyo a las familias para la contratación de cuidados en el hogar o fuera de este. La descentralización territorial es un eje fundamental en el sistema, buscando generar “servicios de cercanía” lo suficientemente flexibles como para tener en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad en el servicio otorgado. La participación de la comunidad, en formatos nuevos y aprovechando los existentes, es una piedra angular desde un enfoque de derechos. Por último, se plantea fortalecer y profesionalizar la tarea de cuidado a través de la capacitación de los cuidadores⁸⁸ tanto familiares como remunerados, considerando en ello especialmente la perspectiva de género, generacional y étnico-racial (Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], 2014).

⁸⁸ Se plantea una oferta formativa para cuidadores/as remunerados y específica en primera infancia (90 horas), en personas en situación de dependencia (90 horas). Asimismo, se oferta acreditación de saberes de personas que tienen experiencia como asistentes personales. Para mayor información, se puede encontrar en www.sistemadecuidados.gub.uy

Por otra parte, el SNIC responde a la demanda del movimiento feminista y de la academia. La necesidad de un sistema recorrió un camino importante desde la agenda social a la agenda política y la de gobierno. El tema de los cuidados ingresó en la agenda de gobierno después de un largo recorrido que la sociedad civil y la academia llevaron adelante, desde los primeros trabajos académicos sobre el tema en la década de los noventa, cuando ya se visualizaba el problema del déficit de cuidados, la sobrecarga de trabajo en las mujeres y las consecuencias para la sociedad en términos de bienestar y desarrollo (MIDES, 2014).

El SNIC se constituye como una política sectorial en el marco de la matriz de protección social del país que se complementa con el sistema de salud, el sistema educativo y el sistema de seguridad social. Concibe a los cuidados como un derecho y como una función social que incluye la promoción de la autonomía personal, la atención y la asistencia a las personas dependientes. La definición de cuidado que adopta el SNIC es: “el conjunto de acciones que la sociedad lleva a cabo para procurar el desarrollo integral y el bienestar cotidiano de quienes se encuentran en situación de dependencia y necesitan la ayuda de otros para realizar actividades de la vida diaria” (www.sistemadecuidados.gub.uy).

Las poblaciones objetivo del SNIC son los niños y niñas de 0 a 12 años, priorizando la población de 0 a 3 años, las personas con discapacidad o adultas mayores que se encuentran en situación de dependencia, y las cuidadoras o cuidadores remunerados o no remunerados. Los principios orientadores del sistema son: enfoque universal, no discriminatorio, calidad del servicio, promoción de la corresponsabilidad, descentralización territorial, capacitación de los agentes del sistema e integración (buscando superar la fragmentación actual de prestaciones y servicios). (MIDES, 2014, p.17-18). La oferta programática actual desde el Estado (aunque no necesariamente provenga del SNIC) se sintetiza en el siguiente cuadro.

Cuadro 5.1

Síntesis de la oferta programática de cuidados para población dependiente

	Programa	Edad	Condición de acceso	Jornada	Regula o provee
Primera infancia	Centros de educación inicial privados.	0 a 5 años.	Familia que pueda pagar el servicio.	Flexibles. Más de 8 horas.	Regula MEC (Ministerio de Educación y Cultura).
	Escuelas públicas.	3 a 5 años.	Universal. Gratuito.	4 horas.	ANEP (Administración Nacional de la Enseñanza Pública)
	CAIF (Centros de Atención a la Infancia y la Familia).	2 y 3 años.	Vulnerabilidad.	4 horas en su mayoría.	INAU (Instituto de la Niñez y Adolescencia de Uruguay).
	CAPI (Centro de atención a la Primera Infancia).	3 meses a 3 años.	Vulnerabilidad.	Flexible.	INAU
	CCC (Casas de cuidado comunitario).	45 días a 12 meses.	Vulnerabilidad.	Flexible. 8 horas.	SNIC
	BIS (Becas de Inclusión Socioeducativa).	0 a 2 años.	Vulnerabilidad.	Flexibles. Más de 8 horas.	Transferencia económica desde MIDES/MEC regula a los centros privados.
	Licencia maternal, paternal y medio horario para cuidados.	Hasta 6 meses.	Trabajadores privados, independientes y monotributistas.	Ausencia total y reducción horaria hasta 4 horas diarias.	BPS/ negociación colectiva (Banco de Previsión Social).

	Programa	Edad	Condición de acceso	Jornada	Regula o provee
Personas en situación de dependencia	Asistentes personales.	Hasta 29 años y mayores de 70 años con grado de dependencia severa	Edad y grado de dependencia	20 horas semanales. Subsidio total o parcial.	SNIC/BPS
	Centros de Larga Estadía públicos.	Mayores de 65 años.	Edad, dependencia, vulnerabilidad.	Residencia 24 horas.	MSP
	Centros de larga estadía con y sin fines de lucro.	Adultos/as de distintas edades (no solo mayores de 65 años).	Familia que pueda pagar el servicio..	Residencia 24 horas.	Habilita y Regula MSP y/ MIDES.
	Centros Diurnos	Mayores de 65 años con grado de dependencia leve o moderada.	Edad y grado de dependencia.	Durante el día.	Intendencias
	Teleasistencia	Mayores de 70 años con grado de dependencia leve o moderada.	Edad y grado de dependencia.	Subsidio total o parcial.	SNIC
	Licencias especiales.	Hijos con discapacidad. Familiares con discapacidad o enfermedad terminal a cargo.	Trabajadores/as privados/as.	(Hijos/as con discapacidad) 10 días anuales para controles médicos. (Familiares con discapacidad o enfermedad terminal a cargo) 96 horas anuales.	MTSS (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social).

Fuente: elaboración propia.

Cuidado y políticas públicas desde una perspectiva de género

En este apartado se analiza la organización social del cuidado en Uruguay y su vínculo con la división sexual del trabajo, específicamente con la distribución del trabajo remunerado y cuidados entre varones y mujeres. Si bien se reconoce que no pueden analizarse los comportamientos en el trabajo remunerado y en el cuidado como efectos lineales de las políticas públicas, sí se puede afirmar que estas generan las condiciones para distribuciones más o menos equitativas entre varones y mujeres. Cuando las políticas públicas son restrictivas en términos de los servicios/prestaciones que ofrecen para el cuidado, entonces generan las condiciones para la familiarización de los cuidados y para bajas tasas de actividad femeninas, las mujeres no se insertan en el mercado laboral o lo hacen a jornada parcial. Por el contrario, cuando las políticas proveen o facilitan dispositivos de cuidado que cubran las jornadas de trabajo completas, generan condiciones proclives al empleo femenino y a la conformación de parejas de doble proveedor.

Uruguay, al igual que la región latinoamericana, tiene una organización social del cuidado caracterizada por una provisión familiar de los cuidados y por la segmentación en el acceso a servicios/prestaciones públicas y privadas de cuidados. Sin embargo, en estos últimos años Uruguay ha avanzado en la generación de políticas de la agenda de género y de los cuidados.

Los programas sintetizados en el apartado anterior pertenecientes a la oferta del SNIC⁸⁹ buscan cubrir el cuidado de dependientes, pero están enfocados sobre todo en familias, niños/as y personas adultas dependientes en situación de vulneración socioeconómica y tienen muy baja cobertura. Por lo tanto, si bien el Estado incorpora el cuidado como objeto de políticas públicas, se mantiene la tendencia de cubrir los casos en los que existe tal situación de vulneración. La focalización

⁸⁹ A partir del 2019, se desarrolló el "Sello Cuidando con Igualdad" a partir de INMUJERES y en convenios voluntarios con centros de cuidados en primera infancia. Este sello es una herramienta de certificación que permite un cambio organizacional de forma de incidir en la transformación de la socialización de género de niños y niñas. Es un instrumento que promueve la valoración y la visibilización en el centro de la corresponsabilidad de género en el cuidado.

de los servicios en población vulnerable deja a un conjunto de población sin oferta pública disponible a jornada completa y con dificultades para costear instituciones privadas o una persona contratada en el hogar. El SNIC, sin embargo, plantea un universalismo progresivo lo cual implica, en términos teóricos, que la cobertura irá en aumento en los próximos años. En la actualidad, en los documentos públicos no está clara como se implementará dicha progresividad ni sus modos de financiamiento, a lo que se agrega el cambio, como se mencionó, en las autoridades públicas. Sumado a esto, tampoco resulta claro cómo se resolverá la tensión existente entre la universalización del acceso y la calidad de los servicios (por ejemplo, con ratios de 1 maestra/o cada 40 niños, lo cual atenta contra la calidad del cuidado).

En esa línea, en 2020 asume un nuevo gobierno, perteneciente a un partido político distinto al que llevó adelante la creación del sistema, con lo cual debe tenerse presente el fortalecimiento del sistema o no en los próximos años, que depende del compromiso político con el tema, del presupuesto que se asigne al mismo y del cumplimiento de los lineamientos.

Uno de los grandes problemas que persisten, aún en el supuesto de la universalidad, es que en el caso de los niños/as los escasos servicios existentes no cubren en su mayoría las horas de una jornada completa. Como lo plantea la literatura feminista, las políticas de cuidado que ofrecen servicios públicos y de jornada completa son las más proclives a desarrollar relaciones de género más equitativas (Fernández y Tobío, 2006) debido sobre todo a que liberan tiempo para que varones y mujeres se dediquen al trabajo remunerado en igualdad de condiciones. Sin embargo, no existe evidencia de sus efectos en la transformación del reparto del cuidado en el hogar, por lo que no alcanzaría desde esta perspectiva con desfamiliarizar los cuidados a través de la extensión de servicios, sino con generar otras transformaciones que permitan involucrar a los varones en el reparto de cuidados en el hogar. De todas formas, la existencia de estos servicios genera la necesidad de los hogares de problematizar el cuidado de los niños, con lo que, al menos, tiene un efecto en disminuir la cantidad de tiempo de las mujeres dedicado al cuidado y abre la posibilidad de que los varones asuman cuidado y

sobre todo genera cuestionamientos a la división sexual del trabajo tradicional. Como plantean De Henau y Himmelweit (2013), que analizan los efectos de distintos tipos de políticas de cuidado en quince países europeos, incluso cuando los varones no asumen tareas de cuidado, en la medida en que las mujeres tienen la oportunidad de tener un empleo y de acceder a un servicio de buena calidad, redundaría en la mejora en el estado financiero de las mujeres en sus hogares y potencialmente se promueven cambios en los hogares. Por lo tanto, dichas autoras afirman que la disponibilidad de servicios de cuidado de calidad y accesibles a la población es una de las pocas políticas que potencialmente puede contribuir a la equidad de género en los hogares.

Continuando con el análisis de los servicios disponibles, existe un vacío de servicios públicos disponibles de cuidados en el período que va desde cero hasta los 36 meses. La ausencia de dispositivos en estas edades de los niños está relacionada con la idea generalizada de que el niño debe ser cuidado por las familias, especialmente por la madre, en estos primeros meses. De hecho, en los documentos iniciales del SNIC, se plantea que existe consenso entre los expertos en que hasta el primer año de vida es recomendable que los niños estén cuidados en el marco de los hogares (Etchebehere, 2011).

En esta línea, un estudio reciente en Uruguay aporta evidencia sobre el contenido del buen cuidado infantil desde el saber experto (Batthyány et al., 2013). La investigación demostró que existe un tipo de discurso muy influyente en las representaciones, prácticas y decisiones de las familias sobre el cuidado, así como en las políticas públicas, denominado médico. Este discurso, manifestado sobre todo por los y las pediatras, aunque no exclusivamente, define y recomienda para los primeros años del niño que el cuidado ideal es el brindando en el hogar y a cargo de la madre. Por el contrario, un segundo tipo de discurso detectado, el psicológico-educativo, manifestado sobre todo por profesionales de la salud mental y educadores, entre otros, cuestiona y problematiza que las madres y el ámbito del hogar sean las personas y los espacios ideales para brindar cuidado de calidad en todos los casos. Este último planteo es más cercano a la perspectiva de género, ya que permite incluir otros agentes como proveedores de cuidado y cuestiona las habilidades naturales de

las mujeres al cuidado. Sin embargo, este segundo discurso no es tan influyente ni determina tanto las decisiones de las políticas públicas como el denominado médico.

Por consiguiente, la ausencia de dispositivos institucionales para estas edades está asociada a la prevalencia de un discurso médico que enfatiza ciertos aspectos vinculados a la lactancia o a la prevención de enfermedades. Sin embargo, no prioriza, como sí hace el enfoque psicológico-educativo, los aspectos del vínculo de calidad del cuidado entre quien cuida y quien es cuidado/a. Este aspecto es central para la perspectiva de género y para el aseguramiento del derecho al cuidado. Este discurso habilitaría la generación de servicios disponibles de cuidado durante toda la niñez porque lo relevante sería que fueran de calidad. Desde esta perspectiva no se restringirían las opciones de cuidado al provisto en el hogar porque consideraría que incluso en estos ámbitos familiares y a cargo de la madre no se podrían asegurar cuidados de calidad. Por lo tanto, la generación de distintos dispositivos de cuidados y para todas las edades permitiría que las familias eligieran cuáles son los que mejor se adaptan a sus necesidades y que de alguna forma permitieran los vínculos de cuidado de calidad.

En cuanto a las políticas de tiempo, en la actualidad existen licencias para madres, padres y reducción horaria para cuidados como se mostró en el apartado anterior. La modificación en las licencias aparece como una política adecuada a la demanda de la población uruguaya. Los datos evidencian que, para la mayor parte de la población uruguaya, la situación más deseable para el cuidado de los niños y niñas es la que se brinda en el domicilio y especialmente a través de las familias (Batthyány et. al., 2013). Sin embargo, al mismo tiempo los antecedentes evidencian la fuerza del mandato de género respecto al rol cuidador de las mujeres, de modo que lo deseable para el cuidado de los menores de un año es que sean cuidados por la madre (Batthyány et al., 2013).

Es justamente en este tramo etario en el que la nueva legislación busca intervenir favoreciendo la corresponsabilidad en los cuidados, a partir de la mayor participación de los varones. Por lo tanto, la posibilidad de impactar en las prácticas de cuidado que tiene la nueva legislación está

fuertemente mediada por las representaciones sociales sobre el deber ser de varones y mujeres respecto al cuidado.

Los datos sobre la utilización del medio horario para cuidados que existen hasta el momento evidencian que son las mujeres las que mayoritariamente utilizan el subsidio para cuidados (en torno al 97%). La fuerte promoción pública de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del recién nacido también es un factor a considerar en esta mayor utilización (Batthyány et al., 2015). Factores como la transferibilidad del subsidio entre madres y padres, y la superposición del período de subsidio con el de promoción de la lactancia materna exclusiva desestimulan la participación de los padres varones a la utilización del subsidio.

Estudios que analizan los impactos en la división sexual del trabajo de las licencias para el cuidado (Morgan y Zippel, 2003) muestran que en la mayoría de los casos las beneficiarias son mujeres, los pocos beneficios que muestran las licencias para los varones sumado a los mandatos de género provoca que sean muchos menos los varones que las utilizan. Incluso afirman que este tipo de políticas producen una caída en el empleo de las mujeres mientras sus hijos son pequeños y es probable que reproduzcan los patrones de división sexual del trabajo tradicional en el hogar.

En cuanto a los servicios/prestaciones para las personas mayores, se reducen a una regulación de la oferta ya existente de centros de día o de larga duración. Las principales innovaciones de los últimos años probablemente sean el programa de Asistentes Personales⁹⁰ y el Programa de Telesistencia, aunque continúan teniendo una baja cobertura.

A diferencia de lo que ocurre con la población infantil que presenta mayor desarrollo tanto en la regulación de los servicios como en la regulación del trabajo, la política de cuidado dirigida a las personas

⁹⁰ El programa de Asistentes Personales es un servicio que brinda el SNIC que consiste en una prestación para personas en situación de dependencia severa y que requieren la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. Esta persona es acreditada y formada por el SNIC y no pueden ser familiares de la persona atendida. Concorre a domicilio en días y horas acordados con el usuario. No incluyen la atención a otros miembros de la familia, ni la realización de tareas domésticas. Realiza hasta 80 horas mensuales. El costo está subsidiado por el SNIC, y la familia abona la totalidad, parte o nada del costo, según sus ingresos.

mayores recién está en una etapa de construcción. Este desfase en el grado de avance entre distintas poblaciones es un rasgo a destacar del desarrollo del SNIC hasta la actualidad. Probablemente esto responda a la todavía escasa importancia otorgada a los cuidados de larga duración, a cierto sesgo hacia el cuidado infantil en la formación y experiencia de quienes toman las decisiones, y a la idea generalizada de que las personas mayores se encuentran en mejores condiciones económicas que los niños debido a las altas tasas de pensiones y jubilaciones en el país, entre otras razones. Estas razones se exponen en calidad de hipótesis, con lo cual falta estudiar los motivos del desfase existente entre lo ofrecido desde el SNIC para personas mayores respecto a niños.

A través del SNIC, el país se propone el aumento de la oferta de servicios o prestaciones de cuidado. Tiene entre sus cometidos promover la corresponsabilidad de los cuidados entre varones y mujeres y entre Estado, mercado, familias y comunidad. En consecuencia, tiene la pretensión de generar un cambio en la actual organización social del cuidado y en la división sexual del trabajo. Sin embargo, las medidas desarrolladas hasta el momento continúan presentando la segmentación y el familismo señalados anteriormente.

Conclusiones

Este capítulo destinado al caso uruguayo comenzó desarrollando las conceptualizaciones y las investigaciones empíricas sobre género y cuidado en el país y su vínculo con las políticas, lo que explica entre otros factores el ingreso a la agenda pública y gubernamental del tema. Uno de los grandes desafíos de la producción de conocimientos fue y continúa siendo generar acumulación científica en el área de investigación, pero al mismo tiempo que dicha información sea insumo relevante para las políticas públicas con el supuesto que el conocimiento debe ponerse a disposición para generar transformaciones hacia la búsqueda de la equidad de género.

Si bien al comienzo del recorrido de la trayectoria se enfocó en los aspectos materiales del cuidado –particularmente a partir de su cuan-

tificación en tiempo a través de las EUT– la conceptualización específica de los cuidados trajo aparejado el desarrollo de diversas investigaciones que dan cuenta de diferentes aspectos o dimensiones del mismo. Cada una de estas investigaciones produjo conocimiento que fue insumo para las políticas públicas de cuidado, en un vínculo que si bien no está exento de tensiones, tiene el potencial para ser utilizado en el SNIC, particularmente en el objetivo de generar cambios en la división sexual del trabajo.

Los datos proporcionados por las investigaciones aportaron evidencia sobre el familismo y las desigualdades de género presentes en las prácticas y en las representaciones del cuidado, que se manifiestan en el uso y las valoraciones sobre distintos servicios o prestaciones de cuidado que tiene la potencial población usuaria de la política. Esta información se convierte en un insumo que permite al SNIC implementar nuevas acciones, así como modificar las presentes.⁹¹

La creación e implementación del SNIC supone un gran desafío para Uruguay así como para la región latinoamericana en su conjunto. Implica, por un lado, trascender la sectorialidad característica de las políticas antecesoras que tienen su propia institucionalidad, financiamiento, rectoría y regulación. Por tanto, supone la prestación de servicios y redefinir servicios y atribuciones que en algunos casos se pensaron exclusivamente como parte de determinados “sectores” como la educación o la salud. Por el otro, apunta no solo a la generación de una política pública hacia las personas en situación de dependencia sino a una transformación cultural: la transformación de la división sexual del trabajo en el marco de los modelos vigentes que son de corte familistas, por modelos solidarios y corresponsables.

⁹¹ En la actualidad, se asumen nuevos desafíos vinculados con la necesidad de generar conocimiento que aporte al estado actual de las políticas públicas. Esto es la necesidad de construir una herramienta específica que permita medir los cuidados, distinta a las EUT, que dé cuenta de las estrategias que los hogares desarrollan para afrontar las necesidades del cuidado y los factores de índole institucional, cultural, de género, económicos, que inciden en la adopción de dichas estrategias. Al tiempo que producirá conocimiento sobre la temática, permitirá al SNIC contar con información sobre los costos que los hogares y las mujeres asumen para cuidar de forma de mejorar sus herramientas de captación de la población beneficiaria de la política a la vez que ofrecer servicios/prestaciones transformadoras y más adaptadas a sus necesidades.

Finalmente, cuando analizamos los nudos críticos actuales para la implementación del SNIC, pueden destacarse algunos que son claves para su desarrollo futuro así como para la vanguardia que puede significar para la región. En primer lugar, la pretensión universalista del SNIC se contradice con la lógica actual de focalización en población en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Las políticas de cuidado no deberían ser consideradas políticas focalizadas o de inclusión social exclusivamente. Las experiencias analizadas muestran que aun cuando a nivel discursivo se plantea la universalidad como propósito, en el terreno de la implementación la focalización suele imponerse. El riesgo fundamental es la generación de múltiples programas con muy baja cobertura debido a recorte presupuestario y a su focalización.

El segundo desafío refiere a la tensión entre el desarrollo de políticas justas desde el punto de vista de género que incidan en un mejor balance en el cuidado e incentiven la incorporación de mujeres al mercado de trabajo, con el enfoque que prioriza la inversión social en la infancia en sus aspectos sanitarios dirigido a los sectores más desfavorecidos. Esta tensión se plantea incluso en sus extremos como una pugna entre los derechos de la infancia y los derechos de las mujeres, cuestión que suele ser uno de los frenos mayores al avance de políticas de cuidado con perspectiva de género y derechos. Particularmente en cuanto a los servicios de cuidado, para que el SNIC efectivamente promueva la articulación laboral-familiar tienen que funcionar en formatos de jornada completa y ser flexibles. No alcanza solo con ampliar la cobertura de servicios de cuidado que ya existen en formatos que no cubren a los menores de dos años y/o cubren una jornada parcial.

En tercer lugar, se presenta un desafío vinculado a la calidad en el marco del desarrollo de las políticas de cuidado. Calidad en los servicios a ofrecer, calidad en los empleos en el sector cuidados asegurando los derechos laborales de los y las trabajadoras y con remuneraciones adecuadas. La valorización del trabajo de cuidado no solo refiere a las acciones vinculadas a la formación de quienes trabajan en los cuidados sino a asegurar remuneraciones acordes a la tarea y la formalización del sector transformando a las trabajadoras del sector en un actor de la negociación colectiva. La desfeminización del sector y el involucra-

miento de los varones requieren mejorar las condiciones laborales de calidad, incluidos buenos salarios.

El cuarto nudo se relaciona con la inclusión y transversalización de la perspectiva de género en el diseño, formulación e implementación de estas políticas y sistemas de cuidados. Es clave la institucionalidad de género en el SNIC e incidencia del mecanismo rector de las políticas de género. Existe la necesidad de crear mecanismos institucionales para ejes transversales que son de difícil visualización e implementación como el enfoque de género. Si no, se corre el riesgo de que la perspectiva quede solo en enunciados o personas sensibles sin mandato institucional ni poder de incidencia. En el caso de Uruguay, INMUJERES tiene voz pero no voto en las decisiones de la Junta Nacional de Cuidados, mensaje al menos riesgoso para la transversalización de la perspectiva de género en el desarrollo del SNIC.

Por tanto, existe el riesgo de que la perspectiva de género sea solo un enunciado de principios, que se haga explícita como principio rector del SNIC pero no se traduzca en acciones de transformación de la división sexual del trabajo, a desarrollar a través de los servicios/prestaciones para cada una de las poblaciones objetivo. Se corre el riesgo de implementar acciones que contradigan la equidad de género o mantengan el *statu quo*. Para evitar este riesgo se requiere pensar otras políticas innovadoras para redistribuir en las familias. No solo deben ser políticas hacia las familias, sino que deben impactar dentro de las familias. Esto es, políticas que incidan en el reparto que se hacen de las tareas en los hogares, en la asunción de responsabilidades, en quién, cómo y cuándo se usan las prestaciones como las licencias comunes y especiales, entre otras. Esto significa que para que una política incorpore la corresponsabilidad social y de género, no solo debe cumplir con socializar los costos y las responsabilidades entre todos los actores proveedores de cuidado (diseñando políticas dirigidas hacia la familia que reduzcan los costos de los cuidados y donde el Estado y el mercado asuma la responsabilidad) sino que también deben impactar en varones y mujeres en las familias.

Bibliografía

Aguirre, R. (2013). *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Montevideo: SNIC, Secretaria de Cuidados, MIDES.

Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Íconos*, 50, 43-60.

Aguirre, R. y Ferrari, F. (2014). *La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay En busca de consensos para una protección social más igualitaria*. (Serie políticas sociales n. 192). Montevideo: CEPAL. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/36721>

Batthyány, K. (2015a). *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. Montevideo: Inmujeres, MIDES.

Batthyány, K. (2015b). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. (Serie Asuntos de Género n. 124). Santiago de Chile: CEPAL.

Batthyány, K. (2015c). *¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en Montevideo (Uruguay)*. (Serie Asuntos de Género n. 134). Santiago de Chile: CEPAL.

Batthyány, K. y Genta, N. (2016). *Tendencias en los cuidados. Diagnóstico prospectivo en brechas de género y su impacto en el desarrollo*. Montevideo: Dirección de Planificación, Oficina de Planificación y Presupuesto, Presidencia de la República.

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay*. Montevideo: MIDES. Recuperado de http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/25619/1/libro_snc01_v07_distribuc_digital.pdf

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2015). *Avanzando hacia la corresponsabilidad en los cuidados: análisis de las licencias parentales en el Uruguay*. (Serie Asuntos de Género n. 128). Santiago de Chile: CEPAL.

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2017). Cuidados de salud no remunerados: ¿Cuál es el aporte de las mujeres y las familias al sistema sanitario uruguayo? *Revista Estudos Feministas*, 25(1), 187-213.

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2018). *Uso de licencias parentales y roles de género en el cuidado. Sistema de Cuidados*. Montevideo: MIDES.

Batthyány, K., Genta, N. y Scavino, S. (2018). *Cambios y permanencias en las estrategias de cuidado infantil en el curso de vida: un análisis de género* (Documento de trabajo).

Batthyány, K., Perrotta, V. y Scavino, S. (en prensa). El trabajo remunerado de las mujeres madres a lo largo de tres generaciones ¿un camino hacia la igualdad de género? *Revista Dados*, Rio de Janeiro.

Cabella, W., Fernández, M. y Prieto, V. (2015). Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011. En J.J. Calvo (coord.), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay* (fascículo 6). Montevideo: INE UNFPA.

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados: historia, teorías y política* (pp.13-95). Madrid: Catarata.

Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la Sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 91-113.

Daly, M. y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.

De Henau, J. y Himmelweit, S. (2013). Examining Public Policy from a Gendered Intra-Household Perspective: Changes in Family-Related Policies in the UK, Australia and Germany since the Mid-Nineties. *Oñati Socio-Legal Series*, 3(7), 1222-1248. Recuperado de <http://ssrn.com/abstract=2296683>

De Miguel, A. (2005). La articulación del feminismo y el socialismo: El conflicto clase-género. En A. De Miguel, y C. Amorós (eds.), *Teoría Feminista: De la ilustración a la globalización* (v. 1, pp. 295-332). Lisboa: Minerva.

Etchebehere, G. (2011). *Documento base de población infancia*, Montevideo: Mides. Recuperado de http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13381/1/documento_de_infancia_-_sistema_de_cuidados.pdf

Fernández, J.A. y Tobío, C. (2006) *Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales*. Madrid: Fundación Alternativas.

Graham, H. (1983). *Caring: a labour of love*. En J. Finch y D. Groves (eds.). *A labour of love: Women, Work and Caring* (pp. 13-30). London: Routledge.

Graham, H. (1991). The concept of caring in feminist research: the case of domestic service. *Sociology*, 25(1), 61-78.

Hartman, H. (1983). *El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo: hacia una unión más progresista Entre teoría y práctica*. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/138100718/Hartman-El-Infeliz-Matrimonio-Entre-Marxismo-y-Feminismo>

Himmelweit, S. (2011). El descubrimiento del trabajo no remunerado: consecuencias sociales de la expansión del término trabajo. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados: historia, teorías y política* (pp.199-224). Madrid: Catarata.

Hochschild, A. (2003). *The Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work*. Berkeley: University of California Press.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2014). *Cuidados como sistema: Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. Mon-tevideo: SNC MIDES, Dirección Nacional de Políticas Sociales (DNPS).

Morgan, K. y Zippel, K. (2003). Paid to Care: The Origins and Effects of Care Leave Policies in Western Europe. *Social Politics: International Studies in Gender, State y Society*, 10 (1), 49-85, doi: 10.1093/sp/jxg004.

Recio, C. (2010). Familismo, asistencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de atención a las personas. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 19-43. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/14295>

Sistema Nacional Integrado de Cuidados (2018) *Informe mensual agosto*. Montevideo, Secretaria de Cuidados, MIDES.

Thomas, C. (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados: historia, teorías y política*. Madrid: Catarata.

Tronto, J. y Fisher, B. (1990). Towards a feminist theory of caring En: E.K. Abel, M.K. Nelson (eds.), *Circles of care: work and identity of women's lives*. (pp. 36-54). New York: State University of New York Press.

Ungerson, C. (1990). *Gender and Caring, Work and Welfare in Britain and Scandinavian*. London: Harvester Wheatsheaf.

Sobre las autoras / autor / colaboradoras

Louisa Acciari

Socióloga, Instituto de Filosofia y Ciencias Sociales, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Nadya Araujo Guimarães

Socióloga, Departamento de Sociología, Universidade de São Paulo y Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), Brasil.

Anna Barbara Araujo

Socióloga, NESEG (Núcleo de Estudos de Sexualidade e Gênero), Universidade Federal do Rio de Janeiro y LABGEN (Laboratório de Estudos de Gênero e Interseccionalidade), Universidade Federal Fluminense, Brasil.

Irma Arriagada Acuña

Socióloga, CEM (Centro de Estudios de la Mujer), Chile.

Karina Batthyány

Socióloga, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica y GISG (Grupo de Investigación de Sociología de Género), Uruguay.

Natacha Borgeaud-Garciandía

Socióloga, CONICET/FLACSO (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), Argentina.

Guíta G. Debert

Antropóloga, Departamento de Antropología, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Natalia Genta

Socióloga, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica y GISG (Grupo de Investigación de Sociología de Género), Uruguay.

Maria de Fatima Lage Guerra

Economista y demógrafa, DIEESE (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos), Sección de Belo Horizonte, Brasil.

Helena Hirata

Socióloga, CNRS/CRESPPA/GTM (Centre National de la Recherche Scientifique/ Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris/Genre, Travail, Mobilités), Francia.

Renata Faleiros C. Moreno

Socióloga, SOF (Sempreviva Organização Feminista), Brasil.

Dora Inés Munévar M.

Socióloga y jurista, Departamento de Comunicación Humana de la Facultad de Medicina y Escuela de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Javier A. Pineda Duque

Economista, Universidad de los Andes y CIDER (Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo), Colombia.

Anne Posthuma

Socióloga, OIT (Organización Internacional del Trabajo), Oficina de Brasil.

Yency Soleydy Cardozo Vásquez

Fisioterapeuta y salubrista, Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Priscila P. F. Vieira. Socióloga, CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), Brasil.

El cuidado se ha convertido en un problema ineludible para todos los Estados y gobiernos, pero también para las comunidades y los individuos. La aguda desigualdad social y económica que estructura nuestras sociedades latinoamericanas, que ha sido repentinamente puesta al desnudo por la crisis sanitaria que desencadenó la pandemia de coronavirus, es objeto de análisis recurrente en este libro. Particularmente se analizan sus consecuencias en el trabajo de cuidado (remunerado y no remunerado) y su organización social. Los textos reunidos dan

cuenta de realidades anteriores a la pandemia, pero arrojan luz sobre la centralidad de los cuidados para nuestra existencia y qué tan devastadora puede ser la conjunción entre una crisis sanitaria y la notable desigualdad social de nuestras sociedades. Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay fueron casos particularmente atractivos, ya sea por la novedad de las políticas que allí se implementan, por la diversidad de las formas de trabajo de cuidado, por la importancia de los flujos migratorios de trabajadoras de cuidado y por la riqueza de sus experiencias asociativas.