

Las políticas de cuidado en Argentina

Avances y desafíos



CIPPEC[®]

unicef 
para cada niño



Organización Internacional del Trabajo

Las políticas de cuidado en Argentina

Avances y desafíos



CIPPEC

unicef 
para cada niño



Organización Internacional del Trabajo

Las publicaciones de las Naciones Unidas gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Las políticas de cuidado en Argentina: avances y desafíos.

Edición en español

ISBN: 978-92-2-328400-8 (web pdf)

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas no implican juicio alguno por parte de las Agencias y Programas sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras. La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que las Naciones Unidas las avalen. Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por las Naciones Unidas, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Para más información sobre las publicaciones y los productos digitales de las agencias de las Naciones Unidas en Argentina visite el sitio web: <http://www.onu.org.ar/contacto/contacto-general/>



Organización
Internacional
del Trabajo

Las políticas de cuidado en Argentina

Avances y desafíos



CIPPEC

unicef

para cada niño



Organización Internacional del Trabajo

Tabla de contenidos

Presentación	9
Introducción: cuidados y protección social	11
Referencias bibliográficas	15

PARTE I

Grupos poblacionales prioritarios **17**

El Cuidado y la Primera Infancia **19**

Sebastián Waisgrais y Carolina Aulicino, UNICEF

Introducción	21
1. Diagnóstico situacional	23
2. Mapeo de políticas	28
2.1. Tiempo y dinero para cuidar	29
2.2. Servicios de cuidado y educación	32
3. A modo de síntesis: principales brechas y desafíos	34
Referencias bibliográficas	36

El Cuidado de Adultos Mayores **39**

José Florito, CIPPEC

Introducción	41
1. Diagnóstico	43
1.1. ¿Qué perfil tienen los adultos mayores en Argentina?	44
1.2. Características de los hogares de adultos mayores	47
1.3. La salud de los adultos mayores	49
1.4. Hábitat y vivienda	54
1.5. Dependencia y redes de ayuda	56
2. Mapeo de políticas	61
3. A modo de síntesis: principales brechas y desafíos	67
Referencias bibliográficas	73

PARTE II

Dimensiones transversales del cuidado **75**

Cuidados y mercado de trabajo: oportunidades y desafíos de las políticas de empleo para generar y promover trabajo decente **77**

Luis Casanova y Carina Lupica, OIT

Introducción	79
1. La oportunidad de generar trabajo decente y corregir brechas de género a través de la ampliación de los servicios de cuidado	80
2. El desafío de mejorar la calidad del empleo de los trabajadores del cuidado	84
2.1. Trabajadoras de casas particulares	84
2.2. Cuidadores domiciliarios	87
2.3. Docentes de educación inicial	88
2.4. Trabajadores del cuidado en organizaciones sociales y comunitarias	89
3. Consideraciones para la agenda de políticas públicas	90
3.1. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de cuidado	91
3.2. El desarrollo de servicios como fuente para la creación de empleo	91
3.3. Adecuar la legislación laboral a las necesidades de los cuidados familiares de los trabajadores	92
3.4. Promover condiciones de trabajo decente entre los trabajadores del cuidado	92
3.5. Fortalecer el diálogo social como mecanismo para construir políticas	94
Referencias bibliográficas	97

¿Cómo organizar la asignación de recursos para financiar el cuidado en la Argentina? **99**

Oscar Cetrángolo, Javier Curcio, Luis Casanova, OIT

Introducción	101
1. Las políticas de cuidado en relación con su financiamiento, como parte de un sistema de protección social	102
2. Políticas de cuidado en la Argentina clasificadas por ciclo de vida: primera infancia, vejez y personas con discapacidad	104
2.1. Políticas de cuidado de la primera infancia	106
2.2. Políticas de cuidado destinadas a personas mayores	108
2.3. Políticas destinadas a personas con discapacidad	110
2.4. Políticas destinadas a mejorar las condiciones de empleo de los trabajadores del cuidado	111

3. El financiamiento como restricción a la ampliación de políticas de cuidado en Argentina	112
4. Reflexión final e interrogantes que deben ser respondidos	118
Referencias bibliográficas	119
<hr/>	
El Cuidado en clave comparada: avances y desafíos en la región	121
<i>Gimena de León, PNUD</i>	
Introducción	123
1. Políticas públicas de cuidado: aspectos conceptuales y repertorio en la región	124
2. El cuidado en algunos países seleccionados: Uruguay, Costa Rica y Argentina	128
2.1. El caso del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) de Uruguay	128
2.2. La Red de Cuido de Costa Rica	130
2.3. Proyecto de Ley Federal de Cuidados para la Primera Infancia en Argentina	132
3. Reflexiones finales	136
Referencias bibliográficas	138

Presentación

Entendido como todos aquellos bienes, servicios, valores y afectos involucrados en la atención de la población con algún nivel de dependencia (niños, adultos mayores y personas con discapacidades), el cuidado ha ido cobrando una mayor relevancia en los últimos años en el contexto latinoamericano. Sin embargo, todavía no se ha avanzado en la instalación de instrumentos de política pública que brinden una satisfacción amplia a los requerimientos cada vez más crecientes de cuidado de las sociedades actuales y que contribuyan a una mayor corresponsabilidad entre Estado, mercado y familias en esta materia. En América Latina, y en particular en Argentina, el cuidado pasó a ocupar un lugar destacado durante la última década gracias a su posicionamiento en la agenda política regional y mediante la proliferación de investigaciones académicas. Estos estudios pusieron de manifiesto el déficit y la creciente inestabilidad de la organización social del cuidado, y la consiguiente necesidad de una nueva corresponsabilidad en torno al cuidado que, a partir de su reconocimiento como un derecho, no solo incluya un papel más activo del Estado y de los mercados, sino que además promueva la participación de mujeres en el mercado laboral, la vinculación de los hombres en las tareas de cuidado y la protección social para cuidadoras y trabajadoras domésticas (Rico, 2014).

A nivel de la agenda regional, se produce un punto de inflexión en la X Conferencia Regional sobre la Mujer de la CEPAL, realizada en 2007. Entonces, los gobiernos reconocieron el cuidado como un asunto público “que compete a los Estados, gobiernos locales, organizaciones, empresas y familias”. Esta conferencia dio origen al Consenso de Quito, mientras que las Conferencias sobre la Mujer subsiguientes desarrolladas en Brasilia (en 2010), Santo Domingo (en 2013) y la Estrategia de Montevideo (2016) reafirmaron y profundizaron este compromiso. Por su parte, tanto las Conferencias de la OIT como diversos instrumentos para el avance de la mujer han reconocido la importancia del cuidado como actividad generadora de bienestar y valor. En la 101ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de 2012 se aprobó la *Recomendación N° 202 sobre los Pisos de Protección Social*, donde se señala que estos deberían comprender determinadas garantías básicas de seguridad social, entre ellas, el fomento de los servicios sociales de cuidado para personas cuidado-dependientes, debido a su edad, incapacidad o estado de salud, desde la corresponsabilidad pública y social (OIT, 2012).

En cuanto a la agenda global, a pesar de los avances mencionados el tema no había sido incorporado. En 2015, con la aprobación de La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se enfatiza la integralidad e indivisibilidad de las estrategias de desarrollo que deben brindar respuesta a las necesidades sociales, económicas y ambientales. La Declaración adoptada por los países en septiembre de 2015 dio lugar a 17 Objetivos de

Desarrollo Sostenible (ODS) y a 169 metas conexas que representan enormes desafíos para las realidades nacionales de todos los estados miembros, propone no dejar a nadie atrás, es decir, continuar con las políticas de erradicación de la pobreza y profundizar el pleno cumplimiento de los derechos humanos.

El tema se encuentra incluido en el ODS 5 (Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas), en la meta 5.4 que refiere a “reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país”. Esta meta resulta clave no solo para el cumplimiento del ODS 5, sino para gran parte de la agenda (ODS 1 sobre fin de la pobreza, ODS 2 sobre hambre cero, ODS 4 sobre educación de calidad, ODS 8 sobre trabajo decente y crecimiento económico, ODS 10 sobre reducción de las desigualdades, entre otros).

En 2012, un conjunto de instituciones que desarrollan aportes al debate sobre los mejores caminos para la equidad social (PNUD, OIT, UNFPA, UNICEF y CIPPEC) se congregaron para organizar el ciclo “Diálogos de políticas de cuidado” con el objetivo principal de contribuir a la visibilización del tema y a su incorporación en la agenda pública. Se realizaron encuentros amplios entre 2012 y 2014, y en 2015 el ciclo devino en un espacio de debate focalizado en dimensiones puntuales relativas al cuidado. Participaron funcionarios gubernamentales del nivel nacional y subnacional, miembros del poder legislativo, actores sociales y económicos, académicos y representantes de organismos de cooperación internacional.

El compromiso de estas instituciones es contribuir a la generación de políticas integrales de cuidado ya que constituyen un eje crítico para el desarrollo social y económico del país y un asunto público. La presente publicación compila las notas técnicas elaboradas en el marco de los cinco encuentros desarrollados durante 2015. Si bien la situación que describen los datos puede haberse modificado marginalmente, las tendencias identificadas no han variado.

Agradecemos especialmente a quienes participaron como disertantes y comentaristas en los paneles y/o colaboraron en la elaboración o supervisión de las notas técnicas: Joaquín González Aleman, Carolina Aulicino, Andrea Balzano, Julio Bango, Matías Barroetaveña, María del Carmen Bianchi, Luis Casanova, Oscar Cetrángolo, Javier Curcio, Corina Rodríguez Enríquez, Eleonor Faur, Angelita Flores, José Florito, Alejandra García, Victoria Giulietti, Marita Gonzalez, Gala Díaz Langou, Gimena de León, Carina Lupica, Fabián Repetto, María Nieves Rico, María Elena Valenzuela y Sebastián Waisgrais y a quienes con su activa presencia en los diferentes encuentros hicieron que el ciclo fuera posible.

Introducción: cuidado y protección social¹

Las necesidades de cuidado están presentes y lo estuvieron en todas las sociedades, en todos los tiempos, constituyendo una dimensión central del bienestar y, por ende, del desarrollo. Las diversas sociedades han tenido personas a quien cuidar y personas que han brindado cuidados. Y, si bien han existido diferentes maneras de organizar la provisión social de cuidado, aún hoy parte significativa de estas tareas sigue concentrada en la esfera de la familia y, en la mayoría de los casos, ha sido y continúa siendo una responsabilidad básicamente femenina.

Podría definirse al cuidado como el “conjunto de actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo” (Daly & Lewis, 2000). Asimismo, hablar de cuidado implica tener en cuenta múltiples dimensiones asociadas. Siguiendo a Batthyany (2004), en tanto producción de bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio, abarca tanto el cuidado material que implica un trabajo, el cuidado económico que implica un costo y el cuidado psicológico que implica un vínculo afectivo. Por otra parte, la especificidad del trabajo de cuidado está basada en lo relacional, ya sea en el contexto familiar o por fuera de él. En el marco de la familia, su carácter a la vez obligatorio y frecuentemente percibido como desinteresado, le otorga una dimensión moral y emocional (Batthyany, 2013).

En línea con la distinción clásica acerca de esferas productoras de bienestar, el modo en que diferentes instituciones como el Estado, mercado, familia y comunidades, producen y distribuyen cuidado da lugar a una determinada *organización social del cuidado* (Rodríguez Enríquez & Pautassi, 2014), representada bajo la noción de “diamante” del cuidado como cuatro actores actuando interrelacionadamente (Razavi, 2007). Sin embargo, la contribución de cada una a los requerimientos de cuidado ha sido desigual.

La producción y distribución de cuidado, sobre todo en el contexto latinoamericano, se ha concentrado en la esfera de la familia. Esto obedece tanto a componentes culturales vinculados con la división sexual del trabajo y los estereotipos de género que de ella se desprenden, como a la propia arquitectura de protección social en la región, que ha reforzado esa tendencia familiarista y maternalista.

1. Esta sección se basa en De León (2016) y Lupica (2014).

Esta concentración en las familias, y mayoritariamente en las mujeres, resulta injusta tanto desde una perspectiva de equidad social como de género (Rodríguez Enríquez & Pautassi, 2014). Desde la equidad social dejar librado a las familias exclusivamente la resolución de sus necesidades de cuidado genera fuertes inequidades entre aquellas familias que pueden tercerizar parcialmente el cuidado a través de la contratación de servicios (guarderías o empleada doméstica) en el mercado y aquellas que sin esa posibilidad apelan a mecanismos de adaptación (retirar parcialmente la participación laboral de las mujeres, compartir intergeneracionalmente las actividades de cuidado, etc.) (Figueira, 2007). Este mecanismo reproduce la desigualdad y repercute en la calidad de los cuidados que reciben quienes los necesitan (Rodríguez Enríquez, 2007; Lupica, 2014). Asimismo, al contemplar la equidad de género, el actual sistema de organización social del cuidado representa una enorme carga para las mujeres, que condiciona sus posibilidades de participación plena en la sociedad a través del acceso al trabajo remunerado, entre otros ámbitos.

Las necesidades de “cuidado” se han ido transformando a lo largo del tiempo vis a vis los cambios acontecidos en la estructura de las familias y los hogares. La otrora familia nuclear con posibilidades de proveer el cuidado necesario de los integrantes del hogar, a través del trabajo no remunerado de las mujeres, hoy se ha transformado en un ámbito con mayores limitaciones para cumplir esa función. Los cambios demográficos vinculados con la creciente participación laboral de las mujeres, el progresivo envejecimiento poblacional y el incremento de los hogares monoparentales hace que la conformación de las familias actuales sea más heterogénea y que, como corolario, la posibilidad de afrontar el cuidado se vea disminuida. Esto ha llevado a que CEPAL acuñe la expresión “crisis de cuidado” para referirse a necesidades crecientes de cuidado frente a una mayor imposibilidad de las familias de afrontarlo (CEPAL, 2009).

Los sistemas de protección social tienen un enorme potencial para contribuir a resolver las necesidades de cuidado. En tanto abarcan aquellas dimensiones de la política social que se orientan a garantizar niveles de vida básicos para todos con el fin de construir sociedades más justas e inclusivas (Cecchini et al., 2015), constituyen un marco adecuado para proveer soluciones a las demandas del cuidado. La acción pública resulta central para propiciar una mejor redistribución y reconocimiento del trabajo del cuidado.

Por su parte, si se considera el enfoque de Piso de Protección Social (PPS) promovido por OIT, que alude al conjunto de derechos sociales, infraestructura y servicios básicos con los que todas las personas deberían poder contar, el cuidado debería incluir dos tipos principales de garantías: la seguridad básica de los ingresos, mediante diversas formas de transferencias sociales (en efectivo o en especie) y el acceso universal y la asequibilidad a servicios sociales esenciales (OIT, 2012).

En América Latina los sistemas de protección social no han incorporado esta necesidad a partir de un pilar que brinde servicios y bienes de manera universal; por ello la provisión primaria es la que se produce en el marco familiar. Argentina, siguiendo con esta tendencia de tradición familiarista, evidencia una presencia estatal insuficiente, a pesar del avance importante registrado en los últimos años en su sistema de protección social.

Un análisis general de las políticas y programas² que forman parte tanto de la protección social básica como de otros componentes de la escala de la protección social en el país (Bertranou & Vezza, 2010) permite identificar varios componentes vinculados con los cuidados, particularmente en materia de seguridad económica (que en algunos casos ha facilitado el acceso a servicios vinculados con el cuidado).

Las garantías de seguridad económica incluyen las transferencias de ingresos a las personas y las familias que contribuyen a atender distintos riesgos y vulnerabilidades (incluidos los cuidados), tales como las asignaciones familiares, las jubilaciones y pensiones³, la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo, las pensiones asistenciales por vejez, invalidez y para las madres con más de siete hijos, entre otras. De este modo, en el país se ha consolidado una combinación de programas contributivos y no contributivos de transferencias de ingresos cuyo objetivo es otorgar seguridad económica a los trabajadores y a las trabajadoras –activos/as y pasivos/as–, quienes al mismo tiempo contribuyen a su autocuidado y al cuidado de personas que de ellos dependen: los niños y niñas, los adultos mayores y las personas con necesidades especiales.

Asimismo, desde las políticas sociales y de protección social se brinda apoyo al cuidado mediante el acceso a bienes y servicios esenciales, tales como a los centros de cuidado infantil (públicos, privados y los ofrecidos por organizaciones sociales y comunitarias), el nivel inicial de educación –aunque su cobertura es aún baja–, los servicios de cuidados domiciliarios para los adultos mayores y aquellos ofrecidos a las personas con discapacidad, entre otros.

Por otra parte, los marcos legales de protección de la maternidad en el trabajo y las medidas de corresponsabilidad de los cuidados brindan tiempo para que los trabajadores y trabajadoras puedan ejercer el cuidado de sus familiares, a través de licencias remuneradas y no remuneradas.⁴

2. A partir de aquí se sigue a Lupica (2014).

3. La extensión de la cobertura previsional a través de las moratorias previsionales también implicó una expansión de la cobertura de servicios de salud entre los adultos mayores.

4. Los capítulos siguientes analizan estos temas en mayor profundidad.

Pese a estos significativos avances, aún se reconocen desafíos en el sistema de protección social en el país para satisfacer las crecientes necesidades de cuidado que serán abordados en los capítulos siguientes. Existen deudas pendientes en materia de cuidado de la primera infancia (escasa provisión de servicios de cuidado, insuficiente sistema de licencias, etc.) y de personas mayores.

Por otra parte, el particular modo cómo se organiza la distribución de cuidados impacta en el mercado de trabajo. Tanto en las condiciones en que se inserta la población mayoritariamente femenina que se ocupa en los sectores que tradicionalmente brindan cuidados, como en las posibilidades de inserción de las mujeres, en tanto son ellas quienes en el marco de sus familias continúan a cargo de esta función. Es por ello necesario que los sistemas de protección social del país incorporen la satisfacción de las necesidades de cuidado como un pilar fundamental.

El presente documento recorre estos temas centrales del cuidado que fueron abordados durante el ciclo mencionado. En la primera parte, se tratan las cuestiones principales vinculadas con el cuidado de la primera infancia y los adultos mayores. Se realiza un diagnóstico de la situación sociodemográfica de estas poblaciones, se analizan las principales políticas que inciden en su “cuidado” y se identifican logros y desafíos pendientes. La segunda parte del documento aborda dos ejes transversales presentes en el cuidado. Por un lado, los impactos que su producción y distribución tienen para el mercado de trabajo y, en segundo lugar, la estructura de financiamiento. Finalmente, la tercera parte, presenta un panorama regional comparado del avance del tema en otros países de la región.

Referencias bibliográficas

- Batthyany, C. 2004. *Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?* Montevideo, CINTERFOR, OIT.
- . 2013. Perspectivas actuales y desafíos del Sistema de Cuidados en Uruguay. En Pautassi, L. & Zibecchi, C. (coord.). *Las fronteras del Cuidado, agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Bertranou, F. & Vezza, E. 2010. *Piso de Protección Social en Argentina*. Nota sobre la iniciativa del piso de protección social. Buenos Aires, OIT.
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R. & Rossel, C. 2015. *Instrumentos de protección social, caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2009. *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Daly, M. & Lewis, J. 2000. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. En *British Journal of Sociology*, 5 (2), pp. 281-298.
- De León, G. 2016. "Agendas locales de género". Ponencia presentada en la III cumbre de Municipalistas. Santiago de Chile, Unión Iberoamericana de Municipalistas.
- Filgueira, F. 2007. *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina*. Serie Políticas Sociales (135). Santiago de Chile, CEPAL.
- Lupica, C. 2014. *Brindar y recibir cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en Argentina*. Documento de trabajo (5). Buenos Aires, OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2012. *Seguridad social para todos: la estrategia de la Organización Internacional del Trabajo: establecimiento de pisos de protección social y de sistemas integrales de seguridad social*. Ginebra, OIT.
- Razavi, S. 2007. *The Political and Social Economy of Care in a Development Context, conceptual issues, research questions and policy options*, Gender and Development Program. Paper Number (3). Ginebra, UNRISD.
- Rico, M. N. 2014. El desafío de cuidar y ser cuidado en igualdad. Hacia el surgimiento de sistemas nacionales de cuidado. En Hopenhayn, M., Maldonado Valera, C., Martínez, R., Rico, M.N. & Sojo, A. (eds.). *Pactos sociales para una protección social más inclusiva. Experiencias, obstáculos y posibilidades en América Latina y Europa*. Serie Seminarios y Conferencias (76). Santiago de Chile, CEPAL.
- Rodríguez Enríquez, C. 2007. Empleo femenino, economía del cuidado y políticas públicas. Algunas consideraciones desde la experiencia argentina. En Carbonero Raimundí, M. A. & Levín, S. (comps.) *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*. Rosario, Editorial Homo Sapiens. pp. 177-201.
- Rodríguez Enríquez, C. & Pautassi, L. 2014. *La organización social del cuidado en niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*. Buenos Aires, ADC-CIEPP-ELA.

PARTE I

Grupos poblacionales prioritarios

PARTE I

Grupos poblacionales prioritarios

El Cuidado y la Primera Infancia

Sebastián Waisgrais
Carolina Aulicino
UNICEF

Introducción

La primera infancia constituye un período particularmente sensible para asegurar el desarrollo pleno de los niños. Si bien la Convención define a la primera infancia como la etapa comprendida entre los 0 y los 8 años, este documento se centrará en los primeros 3 años de vida debido a que el foco principal del análisis estará centrado en los aspectos formales del cuidado. Durante estos años los niños son particularmente sensibles a los entornos de crianza asociados al cuidado de alta calidad (Kagan, 2013).

Varios argumentos sostienen la necesidad de invertir en la primera infancia. El primero y principal radica en que el derecho a ser cuidado se encuentra reconocido en la legislación internacional (Convención sobre los Derechos del Niño) y nacional (Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, entre otras) así como el deber del Estado de facilitar a las familias condiciones propicias para el desempeño de ese cuidado.

Por otro lado, invertir en políticas de primera infancia constituye la mejor decisión que puede realizar un país tanto desde un punto de vista económico como de desarrollo humano: aumenta la productividad futura, reduce la carga de las pérdidas en desarrollo humano y contribuye a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza (UNICEF, 2012; Alegre, 2013). Además, las políticas de primera infancia tienen un impacto más amplio sobre el hogar al que pertenecen los niños: aumentan la posibilidad de insertarse en el mercado laboral de las mujeres, reducen la pobreza y pueden tener efectos multiplicadores al estimular la demanda sobre el mercado local y generar efectos contracíclicos (UNICEF, 2012).

Finalmente, existe un argumento demográfico acerca de la importancia de la inversión en primera infancia. En la actualidad, América Latina atraviesa, con diferencias entre los países, un proceso de envejecimiento de su población. La mayoría de sus países disfrutan del denominado “bono demográfico”: muchos trabajadores potenciales por cada dependiente. Sin embargo, para que los efectos de este bono sean positivos a largo plazo, es preciso realizar una inversión en primera infancia igualitaria o -mejor aún- progresiva, que permita aumentar la productividad futura de la población y promover una mayor inserción de la mujer en el mercado laboral (Filgueira & Aulicino, 2015).

Esto último se relaciona con la persistencia de una desigualdad de género en materia de cuidados. Actualmente, nos encontramos ante el fenómeno de la “revolución estancada”: la incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo no fue acompañada de

(*) La elaboración del presente capítulo contó con la colaboración de Gala Díaz Langou.
Los autores agradecen sus aportes y apoyo.

modificaciones significativas en la participación de los varones en las tareas domésticas (Cerrutti, 2003 y Wainerman, 2003). Esta situación condiciona la calidad de su inserción laboral, que por lo general se concentra en trabajos más flexibles e informales con trayectorias laborales intermitentes, y genera una doble jornada laboral (Aulicino et al., 2013). El bienestar de quienes llevan adelante las tareas de cuidado (sean familiares que lo realizan sin remuneración o trabajadores/profesionales del cuidado) afecta significativamente la vida de los niños. Las políticas de primera infancia deben tomar en cuenta también esta mirada y entender los roles, relaciones y necesidades de los cuidadores en los diferentes contextos (UNICEF, 2012).

La importancia de la primera infancia y de las políticas de cuidado infantil, y el hecho de que los niños enfrentan vulnerabilidades propias de su edad, más allá de aquellas que afectan a sus familias y comunidades, llama la atención sobre la necesidad de avanzar hacia una protección social *sensible a la niñez*. Esto es, una protección social que tome en cuenta “las desventajas sociales, riesgos y vulnerabilidades inherentes en las que los niños nacen, así como aquellas adquiridas durante la niñez” (UNICEF, 2012; pp. 19). El foco debe estar puesto en la equidad, contribuyendo a que tanto los niños como los adultos alcancen su potencial pleno⁵. Es decir, una protección social sensible a la niñez no es lo mismo que una protección social exclusiva de la niñez, dado que muchas de las vulnerabilidades económicas y sociales que enfrentan los niños son compartidas con sus hogares y comunidades.

Esta noción de protección social sensible a la niñez supone involucrar, en todo el ciclo de políticas, a sectores más allá de los tradicionales (como los ministerios de Planificación y Economía, los Institutos de estadísticas, el Poder Legislativo, y el sector privado). Además, requiere fortalecer los sistemas nacionales de monitoreo y evaluación para: analizar la situación de la infancia e identificar a los niños y niñas más vulnerables desde un enfoque de equidad; basar las políticas en evidencia; y promover la institucionalización de la cultura de la evaluación.

Partiendo de estos conceptos, el presente documento se propone presentar la situación actual de la primera infancia en relación con el cuidado y proveer una serie de recomendaciones para avanzar hacia un sistema integrado de protección social sensible a la infancia en Argentina.

5. Los principios de una protección social sensible a los niños ha sido establecidos en la Declaración Conjunta “Avanzando hacia una Protección Social Sensible a la Niñez” de 2008. Entre ellos se encuentran: evitar impactos adversos sobre los niños, considerar las vulnerabilidades propias de la edad, considerar las dinámicas intrafamiliares e incluir las voces de los niños y sus cuidadores (UNICEF, 2012).

1. Diagnóstico situacional

Argentina ha avanzado de manera significativa en los últimos años en la ampliación de los derechos del niño. La sanción de la Ley N° 26.061 y la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño establecen un nuevo paradigma de protección integral y reconocimiento de los niños como sujetos de derecho plenos. Sin embargo, los niños todavía experimentan brechas entre el derecho formal y su ejercicio efectivo según el lugar donde nacen y las características sociolaborales de sus hogares. Para revertir esta situación es necesario avanzar hacia una política integral de primera infancia que debe tener en cuenta las múltiples dimensiones implicadas en esta noción.

En Argentina, al igual que en el resto de América Latina, la pobreza se encuentra infantilizada: un 22,3% de los niños de entre 0 y 4 años viven en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, frente al 12,4% de la población en general⁶. La pobreza infantil es un fenómeno multidimensional que incluye privaciones de recursos materiales, sociales, espirituales y emocionales necesarios para vivir y desarrollarse. Además, es un fenómeno dinámico: los individuos y los hogares pueden salir y entrar en la pobreza, por lo que es necesario considerar tanto la situación actual como los factores que pueden determinar una situación futura de pobreza (UNICEF, 2012).

En este sentido, un pilar clave consiste en la oferta de centros y servicios de cuidado. La evidencia muestra que quienes participan de dichos programas tienen mejores logros de aprendizaje en la educación primaria, repiten y abandonan menos (UNICEF, 2010) generando, a su vez, condiciones para una mejor inserción de las mujeres en el mercado laboral. La evaluación PISA también ha mostrado el impacto sobre el rendimiento educativo de los alumnos a los 15 años de edad. En este sentido, aquellos jóvenes que han asistido a la educación infantil durante más de un año tienen un resultado entre 6 y 8 puntos mayor que el resto (Calero et al., 2009; Calero, et al., 2007)

En Argentina, solo el 21% de los niños y niñas de entre 0 y 3 años accede a servicios educativos y de cuidado, tanto los que brinda el sistema educativo formal público y privado como los que dependen de áreas de desarrollo social y los que son gestionados por ONGs, organizaciones comunitarias o fundaciones⁷ (UNICEF & SENAF, 2012). La posibilidad de desarrollar actividades de cuidado de calidad o de acceder a buenos servicios de cuidado es diferencial en cada grupo social.

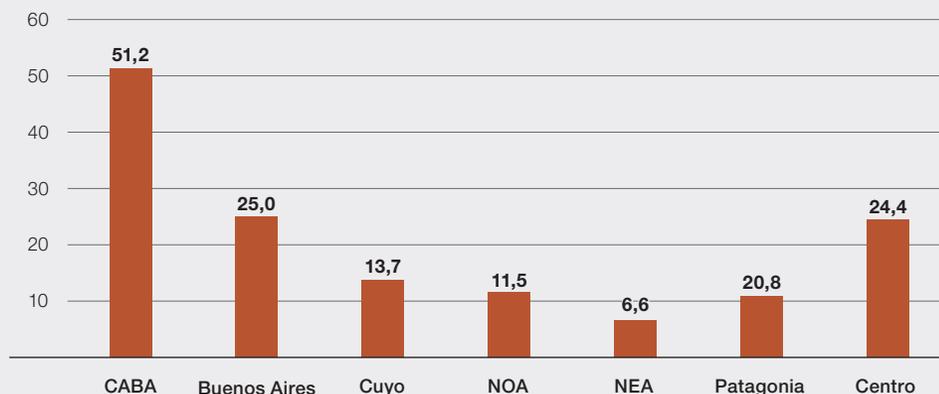
6. Según el CENSO 2010 del INDEC, en Argentina un 8,3% de la población tiene entre 0 y 4 años (3.337.652 niños y niñas).

7. En los primeros años de vida la distinción entre cuidado y educación inicial es formal: el cuidado incluye acciones tendientes a propiciar el crecimiento sano y adecuado (aspectos de nutrición y sanitarios, emocionales y de estimulación temprana) y la educación inicial, que se refiere al proceso de enseñanza-aprendizaje, incluye al cuidado, no como una cuestión separada sino como una característica de la educación (Marcó Navarro, 2014).

Los datos muestran desigualdades regionales en la asistencia a dichos centros (51,2% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires frente al 11,5% en el NOA y solo el 6,6% en el NEA) y según quintiles de ingreso (10,4% de los niños del primer quintil frente al 39,6% de los niños del quinto quintil) (UNICEF & SENAF, 2012).

GRÁFICO 1.1.

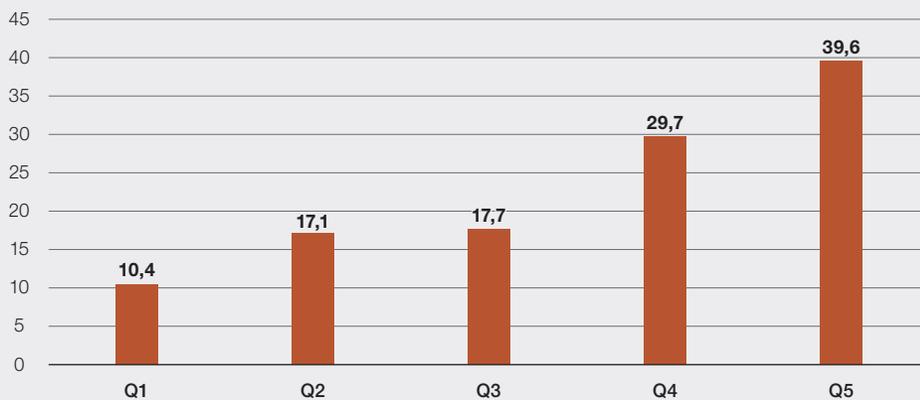
Porcentaje de niñas y niños de 0 a 3 años, por asistencia a establecimientos de desarrollo infantil, según región.



Fuente: ECOVNA 2011-2012, UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

GRÁFICO 1.2.

Porcentaje de niñas y niños de 0 a 3 años, por asistencia a establecimientos de desarrollo infantil, según quintil socioeconómico.



Fuente: ECOVNA 2011-2012, UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Por su parte, en relación al acceso al sistema educativo formal, la tasa de escolarización de los niños de entre 45 días y 2 años es de un 5,3%. A partir de los 3 años, la cobertura se incrementa significativamente: a esa edad la tasa de escolarización llega al 41,9%, a los 4 años al 83,2% y a los 5 años la cobertura es universal (DINIECE, 2012).

Los datos de la ECOVNA muestran que la cobertura de la oferta pública en el caso del jardín maternal (45 días a 2 años) representa el 35,4% de la matrícula; en el caso de la sala de 3 años el 58,3%, el 68,9% en sala de 4 años y el 71,9% en sala de 5 años. En este sentido, la reciente Ley N° 27.045 extiende la obligatoriedad a la sala de 4 años y la universalización a la sala de 3 años, lo que supone nuevos desafíos en términos de la ampliación de la oferta que deberá realizarse.

En este marco, las familias llevan adelante constantemente estrategias de conciliación, que varían según el nivel socioeconómico y el tipo de familia: reparto de tareas entre los miembros de la familia (generalmente delegando tareas hacia otras mujeres), recurrir al mercado (establecimientos privados o con personal contratado para realizar las tareas de cuidado) o a las redes comunitarias.

En muchos casos, los niños son dejados con “cuidado inadecuado” (solos o con otro niño menor de 10 años). Esto se observa con mayor frecuencia en las regiones NOA y NEA y con menor frecuencia en CABA o el interior de Buenos Aires (SENNAF & UNICEF, 2012). Además, las diferencias socioeconómicas en el acceso a servicios de cuidado mencionadas anteriormente también se reflejan en una mayor prevalencia de esta situación de cuidado inadecuado en el quintil más bajo de la distribución de ingresos en comparación con el quintil más elevado (UNICEF & SENAF, 2012). Muchas veces, la tensión se resuelve mediante un retiro parcial⁸ o total de las mujeres del mercado de trabajo, en especial de aquellas de menores recursos (Repetto et al., 2012).

8. Jornadas reducidas o inserción en trabajos informales.

Gráfico 1.3.

Porcentaje de niños/as menores de 5 años dejados solos o al cuidado de otro niño/a menor de 10 años durante más de una hora al menos una vez durante la semana pasada, Argentina, 2011/2012.

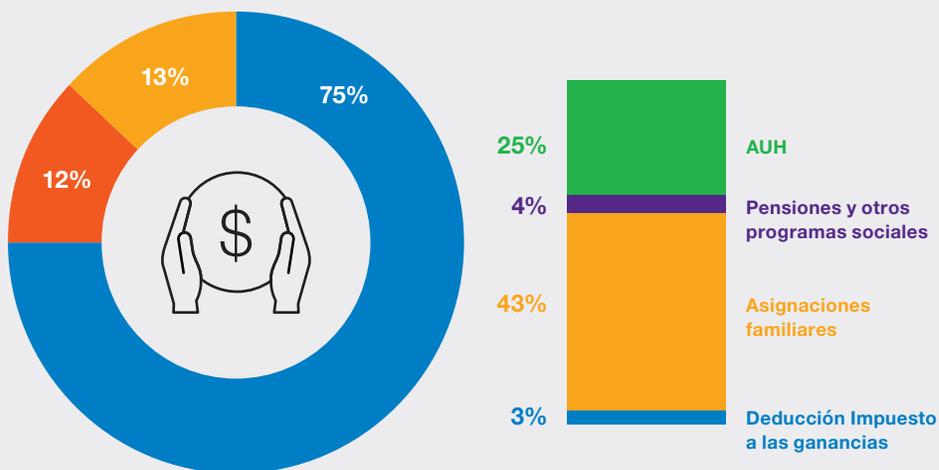
	Porcentaje de niños/as menores de 5 años			Número de niños/as menores de 5 años
	Dejados solos la semana pasada	Dejados al cuidado de otro niño/a menos de 10 años la semana pasada	Dejados con cuidado inadecuado en la semana pasada	
Sexo				
Masculino	6,0	4,6	8,9	1.566.688
Femenino	5,1	4,0	7,5	1.480.300
Región				
Gran Buenos Aires	3,2	3,7	5,8	996.071
NOA	11,1	4,1	12,7	416.506
NEA	6,8	6,9	11,7	316.644
Cuyo	3,9	4,0	6,5	234.024
Pampeana	5,8	4,1	8,1	915.425
Patagonia	5,4	5,1	8,0	168.318
Edad				
0-23 meses	5,0	3,2	7,0	1.209.077
24-59 meses	6,0	5,0	9,1	1.837.911
Educación de la madre				
Ninguna	(32,6)	(10,6)	(33,6)	12.659
Primaria	6,5	6,4	11,3	637.574
Secundaria	5,5	4,3	8,1	1.643.629
Superior	4,1	2,1	5,0	733.620
s/d	19,3	13,5	21,7	19.506
Quintiles de índice de riqueza				
Q1	6,9	5,5	10,3	864.609
Q2	6,1	6,1	9,9	627.265
Q3	5,0	3,9	7,7	558.552
Q4	5,0	2,0	5,9	530.187
Q5	3,8	2,6	5,4	466.375
Total	5,6	4,3	8,2	3.046.988

Fuente: ECOVNA 2011-2012, UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

También influye sobre esta situación la duración de las licencias por maternidad, paternidad y familiares y su cobertura dirigida a los trabajadores formales. Así, 1 de cada 2 trabajadores tiene licencia por maternidad (50,4%) o paternidad (49%), y su duración depende de la inserción laboral de los padres (Aulicino et al., 2013).

Por otro lado, aun teniendo en cuenta significativos avances en la cobertura de los programas de transferencias monetarias, los sectores en mayor riesgo todavía cuentan con un menor acceso. Según la ENAPROSS, más de un 25% de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al quintil más bajo y un 20% de quienes pertenecen al segundo quintil carecen de toda forma de transferencia o apoyo monetario, mientras que en el quinto quintil la cobertura llega al 89% (MTEySS, 2011)⁹. En total, un 74,5% de los niños está alcanzado por algún tipo de transferencia; un 13,1% están excluidos por normativa (principalmente, los hijos de monotributistas) y un 12,4% no están cubiertos.

GRÁFICO 1.4.
Cobertura de asignaciones monetarias a NNyA por tipo de asignación. Total nacional.

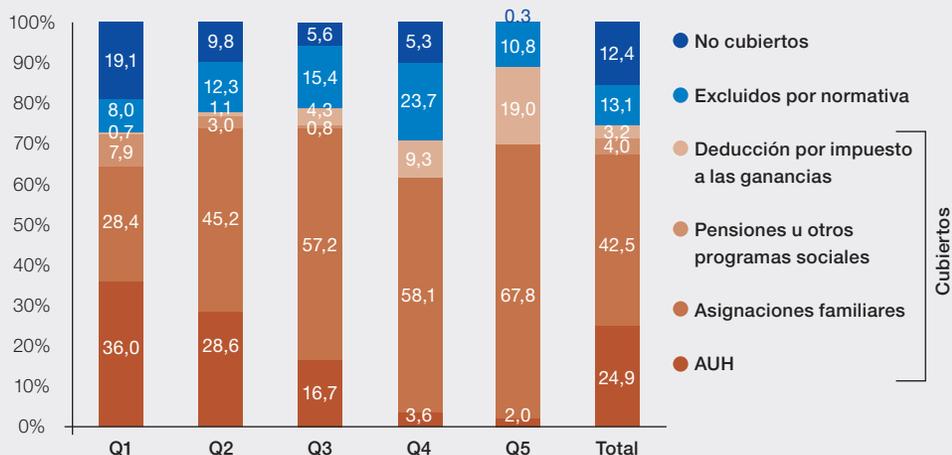


Fuente: Encuesta nacional de protección y seguridad social (2011).

9. Por transferencia monetaria se entiende Asignación Universal por Hijo, Asignaciones Familiares, deducción del impuesto a las ganancias y otras transferencias o pensiones.

GRÁFICO 1.5.

Cobertura de asignaciones monetarias a niños y adolescentes menores de 18 años, por quintil de ingreso y tipo de asignación. Total nacional. Año 2011.



Fuente: CIPPEC sobre la base de ENAPROSS.

2. Mapeo de políticas

La sanción de la mencionada Ley N° 26.061 en el año 2005 promueve una nueva institucionalidad: el Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Este sistema se conforma por “todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (...)” (art. 32).

La normativa también estableció la creación de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, organismo que funciona con representación interministerial y de las organizaciones de la sociedad civil, el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y familia (integrado por la Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y por representantes de los órganos de Protección de Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia provinciales) que tiene funciones deliberativas, consultivas, de formulación de propuestas y de políticas de concertación.

Sobre este marco normativo, la Argentina ha avanzado en una serie de políticas que permiten promover un mejor cuidado. Sin embargo, en conjunto, las intervenciones nacionales son reducidas en términos del PBI, llegando al 0,7% (CIPPEC, 2014) y la multiplicidad de intervenciones todavía no logra conformar una política integral de cuidado en el marco de las acciones de protección social.

En materia de esfuerzos integrales, entre las acciones que se desarrollan en la Argentina, por su potencial, se destaca el Programa Nacional de Desarrollo Infantil “Primeros Años”, que involucra en su implementación a varios ministerios e incluye al Programa Familias y Nutrición. El Programa tiene una estructura interdisciplinaria. A partir de la formación de facilitadores comunitarios brinda acompañamiento a las familias para fortalecer sus prácticas de crianza y de cuidado de los niños y niñas de 0 a 4 años y busca instalar la importancia de los primeros años a nivel institucional, a partir de la creación de mesas interministeriales e intersectoriales a nivel provincial y municipal. El Programa ha logrado resultados interesantes a nivel local y en materia de formación de recursos humanos y producción de materiales pedagógicos. Sin embargo, queda todavía el desafío de superar las dificultades de coordinación entre las políticas sectoriales y articular las intervenciones existentes, potenciando el hecho de que en su ejecución se encuentran representados los distintos ministerios (Repetto et al., 2014).

Desde el punto de vista institucional, abordar las múltiples dimensiones que se ven implicadas en el derecho de los niños a un desarrollo pleno requiere continuar avanzando en la implementación de políticas integrales. Esto supone un marco institucional que logre abordar exitosamente los desafíos de coordinación que necesariamente se pueden presentar. Los avances realizados por Argentina en esta dirección se ven reflejados en la sanción de la mencionada Ley N° 26.061 y en las políticas llevadas adelante tanto por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, que tiene también a su cargo la regulación y promoción de los centros de desarrollo infantil, como por varios ministerios y agencias estatales.

Algunas de estas políticas y programas se resumen a continuación diferenciadas en dos dimensiones: a) tiempo y dinero para cuidar y b) servicios de cuidado y educación.

2.1. Tiempo y dinero para cuidar

Las estrategias de conciliación que deben llevar adelante las familias en muchos casos dejan en evidencia la existencia de una pobreza de tiempo. A partir de los datos que arrojan las encuestas de uso del tiempo, se incluye la dimensión de cuidado para el cálculo de la pobreza en los hogares a través de la metodología de Medición de la Pobreza de Tiempo e Ingresos (LIMTIP, por sus siglas en inglés). Esta medida, reconoce que el bienestar económico de los hogares y las personas no solo depende del trabajo remunerado, sino también del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, realizado mayoritariamente por las mujeres y que puede entenderse como un ingreso en especie (Esquivel, 2014). Incorpora la necesidad de tomar en cuenta a los “pobres ocultos”: las personas y hogares con ingresos mayores a los del umbral de pobreza, pero no lo suficientemente altos para poder adquirir sustitutos en el mercado para sus déficits de tiempo (Esquivel, 2014). Por ello, al tomar en cuenta esta dimensión,

los niveles de pobreza identificados en una sociedad aumentan. Contar con tiempo y dinero para cuidar resulta esencial tanto para que los niños accedan plenamente a sus derechos como para que las mujeres accedan plenamente al mercado laboral y para que los hogares no sean pobres (LIMTIP).

Las licencias constituyen una intervención que tiene el potencial de contribuir a reducir la pobreza de tiempo, así como la discriminación de género existente en el mercado laboral (Repetto et al., 2013). Constituyen un tipo de política -no ya estrategia- de conciliación, entendidas como aquellas políticas públicas encaradas desde el Estado (con mayor o menor participación de otros actores) que buscan conciliar las responsabilidades laborales y familiares, especialmente de las mujeres (Esquivel et al., 2009). Las políticas de conciliación secuenciales, como las licencias, permiten alternar las tareas de cuidado y trabajo remunerado.

En la Argentina, las licencias se caracterizan por ser de corta duración y están destinadas a los trabajadores formales¹⁰. En este sentido se destacan las siguientes normas:

- Ley de Contrato de Trabajo y Régimen Especial de Contrato para el Personal de Casas Particulares: establece 90 días de maternidad con goce de sueldo y dos descansos diarios de media hora para lactancia, durante un año. 2 días corridos de licencia por paternidad con goce de sueldo. Los partos múltiples y la licencia por adopción no se encuentran contemplados dentro de esta ley.
- Ley de Trabajo Agrario: 90 días de maternidad con goce de sueldo y dos descansos diarios de media hora para lactancia, durante un año. 30 días de licencia por paternidad entre los 45 previos al parto y los 12 meses posteriores. No incluye casos especiales, partos múltiples y licencias por adopción.
- Convenio Colectivo de Trabajo: 100 días de licencia por maternidad, también para el caso de adopciones. Dos descansos diarios de una hora durante un año a partir del nacimiento para lactancia. Licencia por paternidad de 5 días de corrido en el caso de nacimientos y 30 en el caso de adopción.

Con la excepción del Convenio Colectivo de Trabajo, los regímenes tienden a incumplir la Recomendación establecida por la OIT que establece 98 días de licencia post maternidad (Recomendación 183). Esto limita la posibilidad de amamantar: solo el 54% de los niños entre 0 y 6 meses tiene lactancia materna exclusiva (UNICEF & SENAF, 2012).

10. El problema principal con las políticas de conciliación es que, en líneas generales, han sido aprovechadas solamente por las mujeres, dando por resultado que solo hayan servido para facilitarles la doble jornada y la doble presencia en los ámbitos públicos o privados, manteniendo el supuesto de que el cuidado es responsabilidad femenina. No toda conciliación constituye conciliación con corresponsabilidad social. Para ello, debe contribuir al traslado de responsabilidades de cuidado de las mujeres a los hombres y del ámbito doméstico al público (mercados económicos y laborales y servicios públicos) (Martínez Franzoni, 2010).

La reciente reglamentación de la Ley N° 26.873, que establece explícitamente la promoción del establecimiento de lactarios en los lugares de trabajo, constituye una buena iniciativa y una herramienta útil para avanzar sobre este tema aún pendiente.

Por otro lado, las licencias por paternidad son reducidas y las licencias familiares (o de crianza) son prácticamente inexistentes. Estos determinantes todavía impiden una distribución más equitativa de los roles en el hogar y priva a los padres de su derecho a la crianza.

En este punto, resalta el rol de los sindicatos que, en muchos casos, permitieron ampliar los derechos de sus trabajadores. A modo de ejemplo, las docentes de Tierra del Fuego cuentan con 210 días de licencias por maternidad. El Convenio Colectivo de Trabajo del empleo público nacional establece una ayuda económica para los trabajadores/as con hijos de entre 45 días y 5 años y el Régimen de Trabajo Agrario establece la creación de espacios de cuidado y contención a cargo de personal calificado o con experiencia en el cuidado de la infancia, para niños y niñas que aún no cumplieron la edad escolar y también, en contra turno, a los que asisten a la escuela hasta cubrir la jornada laboral de los adultos a cuyo cargo se encuentren (Aulicino et al., 2013).

Por otro lado, el rol de las empresas también merece mayor análisis: mientras que solo un 63% de las empresas ofrece licencias por maternidad de 90 días, el panorama es muy distinto en lo relativo a las licencias por paternidad: mientras que el 11% de las empresas no ofrece licencia por paternidad, el 82% ofrece licencias extendidas, mayores a lo que exige la legislación (Empresas por la infancia, 2012). Por otra parte, las empresas presentan un elevado nivel de incumplimiento de la normativa en lo relativo a lactancia materna (49% de incumplimiento) y son pocas las que ofrecen jardines maternos o lactarios (el 72% de las empresas no ofrece ningún beneficio)¹¹. Sí se observa una propensión a otorgar horarios flexibles (73% de las empresas lo ofrecen) y capacitaciones en temas de crianza, escolarización, y salud (86% lo hace) (Empresas por la infancia, 2012).

En términos del dinero para cuidar, han existido importantes avances en los últimos años a través de transferencias monetarias. En particular, se destaca la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) como pilar no contributivo del sistema de Asignaciones Familiares (en 2013 alcanzaba a 1.300.788 niños de entre 0 y 5 años según datos del Observatorio ANSES). A su vez, más de 80.000 mujeres gestantes recibían

11. La Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744) que explicita la obligatoriedad de proveer servicios de cuidado a aquellas empresas con más de 50 trabajadoras, no se encuentra reglamentada y, por ende, el beneficio no es obligatorio.

la Asignación Universal por Embarazo (AUE) en 2014. En términos monetarios, la AUH es equiparable a las Asignaciones Familiares (que son percibidas por los trabajadores formales con hijos) y se observa cierta movilidad permanente entre ambas prestaciones.

La Asignación Universal por Hijo consiste en un pago mensual en pesos (no retributivo) otorgado a uno solo de los padres, tutor, curador o pariente por consanguinidad hasta el tercer grado por cada menor de 18 años que se encuentre a su cargo o sin límite de edad cuando se trate de un hijo con discapacidad. Su monto se equipara al máximo percibido por Asignaciones Familiares a los trabajadores en dependencia del sector formal (\$640). Además, en marzo de 2015 se anunció la incorporación del pago de ayuda escolar anual a los titulares de la AUH. La Asignación Universal por Embarazo consiste en una prestación monetaria, no retributiva, que se abona mensualmente a la mujer embarazada desde la semana 12 de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo, siempre que no exceda las seis mensualidades. El derecho de estos niños se encuentra condicionado al cumplimiento de requisitos en salud (cumplimiento del calendario de vacunación y de los controles pediátricos) y en educación (asistencia al sistema educativo formal). Las transferencias fueron creadas como mecanismos de sostén de ingresos y no de cuidados, por lo que muchas veces pueden reforzar la división sexual de los roles de género que sobrecarga a las mujeres con estas tareas y constituyen instrumentos limitados para abordar la temática del cuidado si no son complementados con la expansión de los servicios (Esquivel, 2014).

2.2. Servicios de cuidado y educación

La Ley N° 26.233/07 de Promoción y Regulación de los Centros de Desarrollo Infantil Comunitarios ha generado avances en términos del reconocimiento y consolidación de estos espacios. Los Centros han contribuido a mejorar la oferta de cuidado, especialmente para los niños menores de 3 años (para quienes el sistema educativo formal ofrece pocas alternativas) al ofrecer aquellos servicios que el sistema formal público no logra satisfacer (Rozengardt, 2014). Además, destaca el hecho de que el 70% de los educadores que trabajan en estos centros estudia o ha completado el nivel terciario o universitario (Rozengardt, 2014).

Sin embargo, aún existen importantes desafíos: espacios físicos no adecuados, materiales inapropiados y malas condiciones salariales de los cuidadores (lo que genera una alta rotación del personal) (Repetto, Veleda, Mezzadra, Díaz Langou & Aulicino, 2014) y falta de regulación (Rozengardt, 2014). En particular, la problemática a nivel de infraestructura supone un desafío particular, dado que la informalidad institucional, la falta de titularidad de los espacios y las características de los mecanismos de rendición de gastos del sector privado comunitario dificultan la implementación de transferencias por parte del sector público (Rozengardt, 2014).

Una experiencia educativa de calidad puede compensar parte de las diferencias de desarrollo entre niños pobres y ricos (Rodríguez Enríquez, 2007): tendrán impacto en términos del desarrollo de su capacidad cognitiva, desarrollo neuronal, nutricional y desempeño escolar y laboral (Rossel, 2013). La importancia de estandarizar la prestación de los servicios de cuidado para la primera infancia radica en que estos efectos positivos están ligados a la calidad de la prestación. Para avanzar en procesos de estandarización debe existir consenso dentro de la organización, tanto respecto de los objetivos como de los procedimientos a seguir (Marcó Navarro, 2014)¹². Esto supone importantes desafíos de coordinación, que en el contexto argentino deben tomar en cuenta las particularidades propias del federalismo realmente existente.

Por otro lado, es preciso destacar que el Ministerio de Educación, tiene a su cargo el nivel inicial (45 días a 5 años) con el mandato de ampliar su cobertura y mejorar su calidad. Para ello, se ha avanzado en la expansión de la infraestructura educativa en las salas de 4 y 5 años con el Programa de Apoyo a la Política de Mejoramiento de la Equidad Educativa, Subprograma II, expansión de la infraestructura educativa (PROMEDU II). El programa prevé la construcción, entre 2011 y 2014 de 255 escuelas de nivel inicial (aproximadamente 756 aulas) pero al momento no se cuenta con datos sobre la cantidad efectivamente construida a través de este programa¹³. Por otro lado, a nivel nacional se ha avanzado en el Plan Nacional para la Educación Inicial, que estipula los objetivos y modalidades de organización específicos para la educación inicial y busca mejorar la formación y condiciones de trabajo de los docentes del nivel inicial. Este Plan, aprobado por unanimidad por el Consejo Federal de Educación, se propone la construcción de 3.000 nuevas salas en todo el territorio nacional, que recibirán a 145.000 niños y niñas, y la puesta en funcionamiento de 750 jardines maternos completamente equipados.

Finalmente, es preciso mencionar otros programas dependientes del Ministerio de Desarrollo Social que promueven mejores servicios de cuidado como el programa Jugando Construimos Ciudadanía que tiene por objetivo la producción y entrega de juguetes para mejorar la atención de los Centros de Desarrollo Infantil, Centros Integradores Comunitarios y espacios de primera infancia.

12. Es importante reconocer que todo concepto de *calidad* implica una dimensión política-ideológica acerca de qué significa la calidad. Así, la estandarización hará operativa una determinada concepción de la calidad siguiendo un enfoque ideológico en particular.

13. Según datos del Ministerio de Educación Nacional, mencionados por el Ministro Sileoni en ocasión del envío del proyecto de ley al Congreso de obligatoriedad de la sala de 4 años, entre 2001 y 2013 se construyeron 4.213 salas de 3 años y 9.232 salas de 4 años.

3. A modo de síntesis: principales brechas y desafíos

Argentina realizó avances significativos en los últimos años en la ampliación de los derechos del niño. La sanción de la Ley N° 26.061 y la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño establecen un nuevo paradigma de protección integral y reconocimiento de los niños como sujetos de derecho plenos.

Estos avances en lo normativo, han estado acompañados también por avances tendientes a generar un abordaje integral al cuidado y la atención de la primera infancia. En los últimos años, y especialmente a partir de 2009, también se fortalecieron fuertemente las transferencias a las familias en situación de vulnerabilidad social, con la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo para Protección Social. Esto ha tenido importantes implicancias en la reducción de la pobreza (estimada en torno al 30%) y la desigualdad (que, medida por la brecha de ingresos entre los deciles 1 y 10, experimentó una caída de alrededor del 13%), especialmente ligada a una mejora de la situación de las familias con niños (Cruces & Gasparini, 2012).

A pesar de estos avances, persisten desafíos en tres planos.

- En primer lugar, de la situación actual se desprenden retos institucionales, esencialmente vinculados a la generación de articulaciones. Es necesario fortalecer la coordinación institucional intersectorial con el objetivo de mejorar el ejercicio de una rectoría en la materia y generar articulaciones que tiendan a la integralidad en las políticas implementadas. Las resistencias políticas e institucionales-culturales al trabajo intersectorial constituyen uno de los factores clave de las brechas de implementación de sistemas de protección social integrales que dan cuenta de obstáculos cuyo enfrentamiento requiere de procesos de mediano y largo plazo. Los vínculos entre el nivel nacional y los niveles subnacionales (gobiernos provinciales y locales) también pueden ser fortalecidos para superar las superposiciones y vacíos en la prestación de servicios en los territorios. Finalmente, sería positivo también avanzar en una mayor articulación del sector público, en sus distintos niveles y sectores, con el sector privado y la sociedad civil, que cumplen un rol relevante en la oferta de servicios de cuidado.
- En segundo lugar, se evidencian una serie de desafíos ligados a la oferta concreta de políticas, programas y servicios de cuidado de la primera infancia. A pesar de la multiplicidad de intervenciones implementadas en los últimos años, los retos persistentes redundan en que los niños siguen experimentando brechas para la realización de sus derechos. En la situación actual, el cuidado al que un niño recién nacido tiene acceso está determinado por la inserción laboral de sus padres, la provincia en la que viven y la situación socioeconómica del hogar que habitan. Los sectores con menores ingresos siguen siendo los más desprotegidos.

Para superar estos desafíos sería necesario fortalecer la oferta de servicios de cuidado, con foco en sus estándares de calidad, promoviendo especialmente el acceso de las familias más vulnerables. Esto implicaría priorizar la profesionalización de las cuidadoras y educadoras a cargo de los servicios, atendiendo a la calidad de sus empleos. A su vez, sería positivo cerrar las brechas de acceso al Régimen de Asignaciones Familiares, avanzando en la incorporación de los sectores actualmente excluidos, que representan al 25,5% de la población: 13,1% excluidos por normativa y un 12,4% no cubiertos (MTEySS, 2011).

La debilidad de las políticas de conciliación provoca que las familias lleven adelante estrategias que no son producto de elecciones racionales sino el resultado posible de opciones y realidades (Martínez & Camacho, 2005). La problemática del cuidado infantil requiere políticas de redistribución de la carga no solo al interior del hogar sino también entre las familias, el Estado, el mercado y la comunidad. En este punto, la intervención del Estado es central. La provisión de servicios de cuidado infantil por parte del Estado tiene la ventaja de otorgar legitimidad y reconocimiento a estas tareas, facilitar su desfamiliarización y crear oportunidades de trabajo protegido a las mujeres (Repetto et al., 2012). Además, la incorporación de las mujeres al mercado laboral tiene efectos positivos en la reducción de la pobreza en los hogares y, consecuentemente, en el desarrollo infantil de los niños y niñas. Estos déficits en la oferta de servicios de cuidado y de distinta calidad según el tipo de servicio se suman al hecho de que la mitad de los trabajadores no cuentan con acceso a licencias por maternidad, paternidad o familiares.

- En tercer lugar, existen retos también ligados a las herramientas de gestión de las políticas de cuidado de la primera infancia. Asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de los niños requiere avanzar hacia una política integral. Los avances en este sentido son, aún, incipientes y requieren ser acompañados de un adecuado sistema de información y de la incorporación de mecanismos de monitoreo y evaluación desde el propio diseño de la política.

Además de las implicancias de las políticas relacionadas con el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas en sus primeros años de vida, debe considerarse que esta etapa es crucial en la determinación del desarrollo emocional, físico e intelectual de las personas. Se trata, por lo tanto, de una franja etaria fundamental para el desarrollo económico y social del país. La Argentina ha realizado importantes avances en los últimos años en fortalecer la forma en la que el Estado cuida a la primera infancia. Sin embargo, quedan pendientes algunos retos por delante que son necesarios abordar, recorriendo gradualmente un camino de esfuerzos políticos, técnicos y fiscales hacia un sistema que asegure el goce pleno de todos los niños a sus derechos.

Referencias bibliográficas

- Alegre, S. 2013. *El desarrollo infantil temprano. Entre lo político, lo biológico y lo económico*. Cuaderno (4). Buenos Aires, SIPI (Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina).
- Aulicino, C., Cano, E., Díaz Langou, G. & Tedeschi, V. 2013. *Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado*. Documento de Trabajo CIPPEC (106). Buenos Aires, CIPPEC.
- Calero, J. (dir.), Escardibul, J., Waisgrais, S. & Mediavilla, M. 2007. *Desigualdades socioeconómicas en el sistema educativo español*. Buenos Aires, Centro de Investigación y Documentación Educativa, Ministerio de Educación y Ciencia.
- Calero, J., Choi, Á. & Waisgrais, S. 2009. *Determinantes del rendimiento educativo del alumnado de origen nacional e inmigrante en PISA-2006*. Cuadernos Económicos ICE (78), pp. 281-310.
- Cerrutti, M. 2003. Trabajo, organización familiar y relaciones de género en Buenos Aires. En Wainerman, C.H. (ed.). *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- CIPPEC. 2014. *El costo de las políticas prioritarias destinadas a la primera infancia en la Argentina*. Período 2016-2019. Serie Primera Infancia. Buenos Aires, CIPPEC.
- Cruces, G. & Gasparini, L. 2012. *Políticas sociales para la reducción de la desigualdad y la pobreza en América Latina y el Caribe*. México, Fundación Vidanta.
- Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa (DINIECE). 2012. *Anuario Estadístico 2012*. Buenos Aires, DINIECE.
- Empresas por la infancia. 2012. *Situación de la RSE y la infancia en la Argentina*. Buenos Aires, Empresas por la infancia.
- Esquivel, V., Faur, E. & Jelin, E. 2009. *Hacia la conceptualización de la "Organización social del cuidado"*. Buenos Aires, UNICEF-UNFPA-IDES.
- Esquivel, V. 2014. *La pobreza de ingreso y tiempo en Buenos Aires, Argentina. Un ejercicio de medición de la pobreza para el diseño de políticas públicas*. Ciudad de Panamá, PNUD.
- Filgueira, F. & Aulicino, C. 2015. *La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia*. Documento de Trabajo (130). Buenos Aires, CIPPEC.
- Kagan, L. 2013. *¿Qué es calidad en el desarrollo infantil temprano y en la educación? Diálogo Regional de Política. Calidad en los servicios de atención a la primera infancia*. Washington D.C., BID.
- Marcó Navarro, F. 2014. *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: Igualdad para hoy y mañana*. Serie Políticas Sociales (204). Santiago de Chile, CEPAL.
- Martínez, J. & Camacho, R. 2005. *¿Agua y aceite? Conciliación entre mundos productivo y (re) productivo en América Latina y el Caribe*. Documento de Trabajo Cohesión Social, Políticas Conciliatorias y Presupuesto Público. Ciudad de México, UNFPA.
- Martínez Franzoni, J. 2010. *Conciliación con corresponsabilidad social en América Latina. ¿Cómo avanzar? Área de Práctica de Género*. Ciudad de Panamá, PNUD.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS). 2011. *Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS)*. Buenos Aires, MTEySS.

Repetto, F., Díaz Langou, G. & Aulicino, C. 2012. *Cuidado infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ¿la disyuntiva entre pañales y pedagogía?*. Documento de trabajo (93). Buenos Aires, CIPPEC.

Repetto, F., Bonari, D. & Díaz Langou, G. 2013. *Recomendaciones para una nueva ley nacional de licencias por maternidad, paternidad y familiares*. Documento de Políticas Públicas (126). Buenos Aires, CIPPEC.

Repetto, F., Veleda, C., Mezzadra, F., Díaz Langou, G. & Aulicino, C. 2014. *Primera infancia*. Documento de apertura. Buenos Aires, Argentina Debate.

Rodríguez Enríquez, C. 2007. *La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay*. Serie Mujer y Desarrollo (90). Buenos Aires, CEPAL.

Rossel, C. 2013. *Desbalance etario del bienestar: el lugar de la infancia en la protección social en América Latina*. Serie Políticas sociales (176). Buenos Aires, CEPAL.

Rozengardt, A. 2014. *Estudio sobre el rol de los servicios no formales de cuidado y educación de la primera infancia como dispositivos de inclusión social*. Buenos Aires, FLACSO.

UNICEF. 2010. *Inversión en primera infancia*. Montevideo, UNICEF y Presidencia de la República Oriental del Uruguay.

—. 2012. *Integrated Social Protection Systems: enhancing Equity for Children*. UNICEF Social Protection Strategic Framework. New York, UNICEF.

UNICEF & Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF). 2012. *Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia: principales resultados 2011-2012 ECOVNA*. Buenos Aires, UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Wainerman, C.H. (ed.). 2003. *Familia, trabajo y género*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

PARTE I

Grupos poblacionales prioritarios

El Cuidado de Adultos Mayores

José Florito
CIPPEC

Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la transición demográfica generada por cambios en la fecundidad, en la mortalidad y, en menor medida, en las migraciones. Se define como un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, caracterizado por el aumento del peso relativo de las personas en edades avanzadas y la disminución del peso relativo de los más jóvenes. Esto se refleja en la inversión de la pirámide poblacional por edades.

El proceso de envejecimiento es, sin dudas, diferente para cada persona que lo transita. Surgen diferencias según el sector social al que pertenece, su nivel educativo, su grado de autonomía, su género, las cargas de trabajo que haya soportado a lo largo de su vida, su ámbito de residencia, entre otros factores. De aquí que lo que prevalezca sea la naturaleza del concepto social de envejecimiento diferencial (Oddone & Salvarezza, 2001). La falta de consenso acerca de lo que significa ser un adulto mayor con dependencia, por un lado, y de las políticas de cuidado que se deben implementar para la protección y promoción de los derechos de estas poblaciones, por otro, contribuyen a que ésta sea una problemática compleja.

Respecto al cuidado, también prevalecen discusiones conceptuales. ¿Qué es el cuidado? ¿Quién lo necesita? ¿Cuánto lo necesitan? ¿Quién se debe hacer cargo de esa necesidad? Estas son preguntas que, tanto desde la academia como desde la función pública aún se intenta responder de forma consensuada. Es necesario aclarar que la edad avanzada no implica necesariamente dependencia. Sin embargo, se observa una correlación positiva entre ambas. Para operacionalizar el nivel de dependencia se evalúa la capacidad de las personas para desarrollar actividades de la vida diaria. La valoración funcional se divide en básica e instrumental. La primera refiere a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios dentro de su hogar, llevar a cabo actividades de la vida cotidiana como alimentarse, bañarse o vestirse. La segunda, en cambio, refiere a actividades de mayor complejidad, como el uso del dinero y la administración de medicamentos. Algunos especialistas prefieren hablar de apoyo más que de cuidado, al concebir que de esta forma se captura mejor la idea de que el adulto mayor mantiene la autonomía que le permite decidir acerca de los servicios que necesita y en la medida en que los necesita, a pesar de que pueda disminuir su independencia funcional.

En función del concepto de dependencia que se adopte, pueden existir diferentes enfoques en los sistemas de cuidados para personas mayores con dependencia. En términos generales, pueden existir dos tipos ideales de servicios: los servicios de atención médica (perspectiva sanitarista) y los servicios personales y ambientales

ofrecidos por familias o por personal contratado en los hogares particulares, como también por las instituciones de larga estadía (perspectiva social). Se verifica el crecimiento de la oferta de servicios médicos en domicilios que están dirigidos a pacientes con morbilidades complejas, deterioro funcional severo, ancianos con criterios de fragilidad o dificultades en el seguimiento ambulatorio. En cuanto a los elementos imprescindibles del cuidado social, están la higiene y el aseo personal, la nutrición adecuada, la higiene ambiental, la movilización o ejercitación sistemáticas, la correcta forma de tomar los medicamentos, la provisión de insumos y cosmética y la vivienda con adecuada ventilación y calefacción (Redondo, 2014).

Hasta la década de 1980, el cuidado de las personas mayores con dependencia era conceptualizado como una problemática a resolver estrictamente en el ámbito privado. Las familias, y esto es decir las mujeres, eran consideradas las responsables de prestar apoyo. El internamiento en asilos, hogares o residencias geriátricas era el único servicio público o privado disponible en caso que las familias no pudieran garantizar la prestación suficiente.

Desde la declaración de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991) y la declaración política del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento de 2002, el tratamiento de los derechos de las personas mayores desde el Estado ha sufrido un cambio paradigmático (Flores-Castillo, 2013). Actualmente, el enfoque de derechos basado en estos instrumentos proporciona una perspectiva conceptual y metodológica, pero no operativa, dado que ambos documentos no son vinculantes.

En 2010 se creó el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con la función de evaluar la situación de las personas adultas mayores en el mundo y la adecuación de las normas internacionales para la promoción y protección de sus derechos. El Grupo identificó cuatro dimensiones sobre las que se debe actuar: invisibilidad; dispersión y no aplicación de los instrumentos; falta de seguimiento; y falta de información. Por su parte, en el 24° período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, el 25 de septiembre de 2013, se decidió nombrar por un período de 3 años a un experto independiente que investigue sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas mayores de edad y que evalúe la aplicación de los instrumentos legales vigentes.

Un avance reciente fue la aprobación, el 15 de junio de 2015, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la primera de este tipo en ser aprobada en el mundo, por parte de la Organización de los Estados Americanos. Argentina, junto con Uruguay, Brasil, Chile y Costa Rica

la ratificaron, mientras que Canadá y Estados Unidos se mostraron contrarios a la misma. La Convención, vinculante, obliga a los estados miembros a tomar acciones concretas para priorizar la atención a los adultos mayores en numerosas dimensiones de política. Este instrumento supone un gran avance dado que, como se especificó anteriormente, las particularidades del envejecimiento poblacional en un contexto de “crisis del cuidado” (CEPAL, 2009), obligan a que el Estado asuma un rol más protagónico en la articulación de ofertas programáticas destinadas al apoyo de las personas mayores y sus redes de ayuda. Una política integral de cuidado para esta parte de la población debe partir de la conceptualización del “diamante de cuidado” (Razavi, 2007), es decir, de la integración de las intervenciones del Estado, la familia, la comunidad y el mercado. Cada uno de estos actores cumple funciones diferentes pero imprescindibles; el desafío consiste en articular sus acciones para garantizar servicios de calidad.

1. Diagnóstico

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento demográfico se ha expresado con celeridad desde la segunda mitad del siglo XX. Según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050 una de cada cinco personas tendrá más de 65 años¹⁴. En nuestro país, este proceso se inició alrededor de 1920 y se intensificó a mediados de la década de 1970 (Recchini de Lattes, 2001). En la actualidad, Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. Según el censo 2010, un 14,3% de la población tiene 60 años y más, lo que implica una proporción elevada de personas mayores con relación a la población total.¹⁵ Este es un proceso que avanza en función del aumento de la esperanza de vida y de la disminución de la tasa de fecundidad, que en Argentina es de 2,18 (Banco Mundial, 2014). Por su parte, en el período comprendido entre 1950 y 2100, la tasa de crecimiento será cero para el grupo de personas menores de 15 años, 0,3% para aquellos de entre 15 y 64 años de edad, y del 1,4% para aquellos mayores a 64 años (Banco Mundial, 2015) Esta situación plantea nuevos desafíos tanto a las estrategias del Estado como a las de las familias y la sociedad civil, a la vez que se ponen en evidencia las limitaciones de las políticas sociales orientadas a los adultos mayores por estar este grupo propenso a sufrir carencias derivadas del acceso a recursos básicos materiales e inmateriales. El aumento de la proporción de adultos mayores representa una presión considerable sobre los sistemas de seguridad social, concebidos inicialmente sobre la base de períodos de jubilación relativamente breves.

14. CEPAL/ECLAC/Naciones Unidas (2009): Proyección de población. Publicación del Observatorio demográfico para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile. Disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/28297/OD7_Proyeccion_Poblacion.pdf

15. Naciones Unidas clasificó a los países en tres grupos: los estructuralmente jóvenes (menos del 4% de población de 65 años y más); aquellos con poblaciones maduras (entre 4% y 7%); y los países con poblaciones envejecidas (más del 7% de población con 65 años y más).

En el ámbito de la salud, se observa un incremento de la demanda de servicios de prevención, rehabilitación, cuidados de enfermería y tratamiento de las enfermedades crónicas. La edad avanzada representa, además, un reto para la asistencia social: la necesidad de garantizar un ingreso a los adultos mayores ha conducido a la expansión de programas de protección social no contributivos (Jaccoud, 2010).

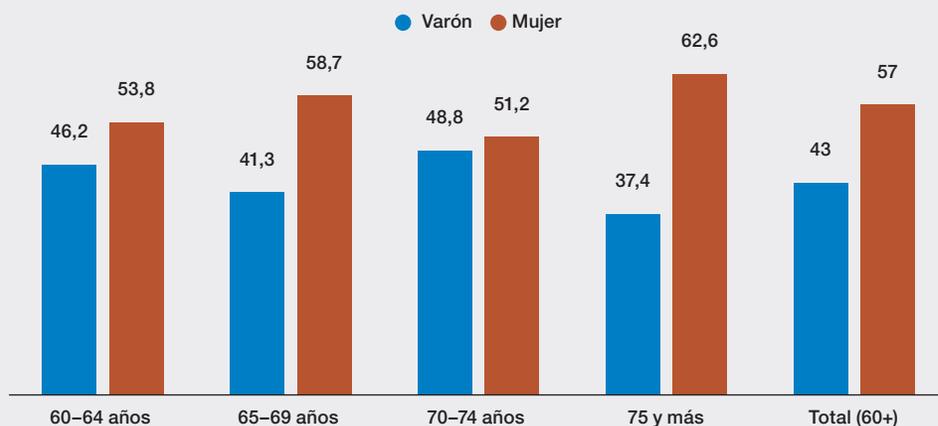
La presencia de más de 5,7 millones de adultos mayores en Argentina y la proyección de que llegarán a 13 millones en 2050 hacen que sea necesario tomar medidas concretas desde las políticas sociales en un contexto de creciente reducción del tiempo de las familias para prestar apoyo y cuidados a esta población. A pesar de que este envejecimiento poblacional acelerado puede ser concebido como un riesgo que pone en peligro la solvencia fiscal de los sistemas contributivo y no contributivo de la protección social, es preciso notar que, a través de una serie de políticas públicas adecuadas y articuladas entre sí, el Estado debe garantizar el goce de los derechos de este sector de la población, que son un capital fundamental de la sociedad.

En primer lugar, es preciso reconocer que no se puede hablar de una única “vejez”. Existen problemas conceptuales a la hora de definir “qué es ser viejo”, que se han resuelto con el indicador más objetivo posible, la edad cronológica. Así, es posible identificar dos subgrupos: uno relativamente más joven (adultos mayores entre los 60 y 74 años), y uno mayor (de 75 años en adelante). Una importancia adicional de esta clasificación surge de la tendencia poblacional de aumento de la esperanza de vida de los propios adultos mayores. El subgrupo de 75 y más que en 1950 representaba aproximadamente el 17% de las personas en edad avanzada en América Latina, a comienzos de este siglo ya constituía la cuarta parte de esa población. Por otra parte, existe consenso acerca de que el proceso de envejecimiento no es idéntico para todas las personas que lo transitan y, en consecuencia, la percepción de la vejez no será la misma en uno u otro caso. Por estas consideraciones, prima la idea de que lo que existen son distintos tipos de “vejezes” más que una “vejez” unívoca (Repetto, 2011). A continuación, se presenta un breve diagnóstico acerca de la situación de las personas adultas mayores en Argentina en una serie de dimensiones críticas.

1.1. ¿Qué perfil tienen los adultos mayores en Argentina?

Según el Censo 2010, en Argentina hay 5.725.838 personas mayores de 60 años, lo que significa que dan cuenta del 14,3% de la población total. De ellos, el 43% son varones (2.435.056 personas) y el 57% son mujeres (3.290.782 personas). Esto implica que la población adulta mayor posee un mayor índice de femineidad que la población total (en la que el 49% son varones y el 51% son mujeres). Este fenómeno se explica por la mayor esperanza de vida de las mujeres. La tendencia queda manifiesta cuando se observa la brecha de género por subgrupo de edad.

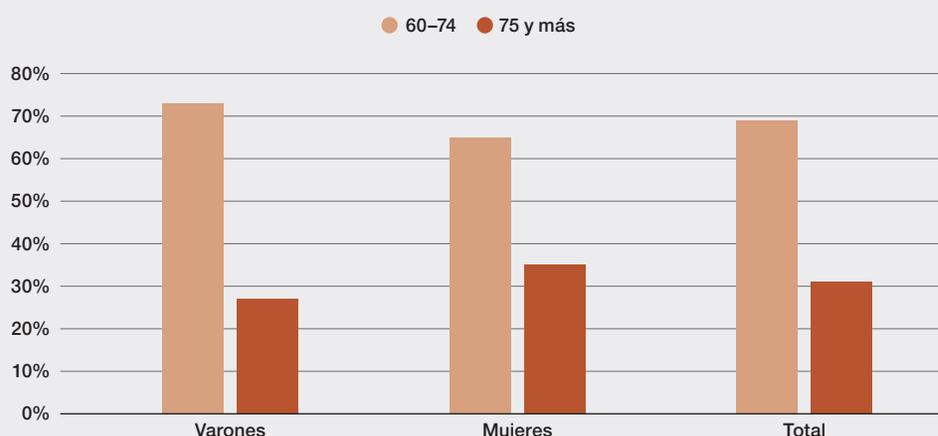
GRÁFICO 2.1.
Brecha de género en la población adulta mayor por subgrupos de edad, en porcentaje.
Total nacional. Año 2012.



Fuente: INDEC (2014).

Si se observa el grupo de personas mayores de 60 años, se nota que la gran mayoría pertenecen al subgrupo contenido entre los 60 y los 74 años. No obstante, casi un tercio de la población adulta mayor tiene más de 75 años, y en el caso de las mujeres, este guarismo asciende al 35%.

GRÁFICO 2.2.
Proporción de adultos mayores por subgrupo de edad y por género, en porcentaje.
Total nacional. Año 2012.

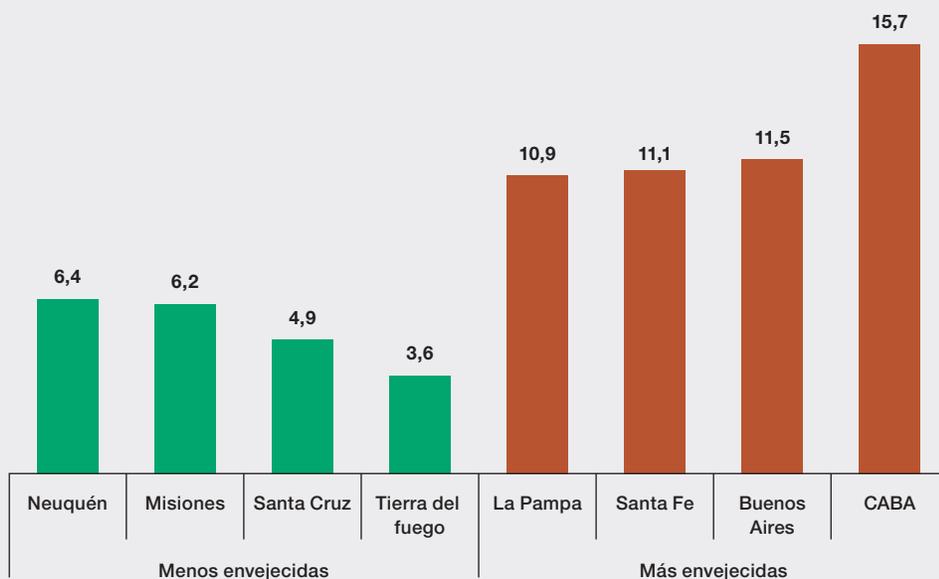


Fuente: INDEC (2014).

La población adulta mayor no se distribuye homogéneamente entre las jurisdicciones subnacionales, sino que se observan importantes brechas. El perfil del adulto mayor es fundamentalmente urbano (INDEC, 2014), con gran concentración de estas poblaciones en las principales ciudades del país.

GRÁFICO 2.3.

**Proporción de adultos mayores por jurisdicción, en porcentaje.
Jurisdicciones seleccionadas por mínimo y máximo. Año 2012.**

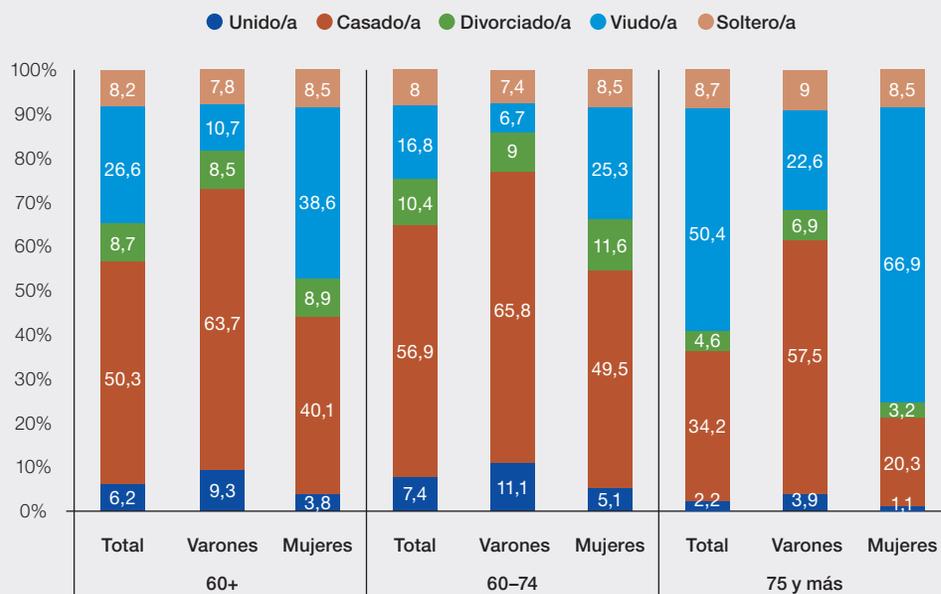


Fuente: INDEC (2014).

En cuanto a nivel educativo alcanzado, se observa un porcentaje importante de adultos mayores que no han finalizado la primaria (18%) y un porcentaje bajo que tienen educación superior o universitaria completa (13%). El grupo más numeroso es el conformado por aquéllos que han completado la primaria (39%), mientras un porcentaje relativamente bajo tiene secundaria completa (15,5%).

Un elemento que es clave para evaluar la situación de los adultos mayores es su situación conyugal, en la medida en que este dato indica la potencial disponibilidad de una persona que los acompañe o cuide. En la población total (60 años y más), la mayor proporción está representada por quienes están casados. Sin embargo, cuando se divide por subgrupo etario, se observa que los mayores a 75 años presentan diferencias de género en cuanto a la situación conyugal: mientras que la mayoría de los hombres están casados, la mayoría de las mujeres han enviudado.

GRÁFICO 2.4.
Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según situación conyugal, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.



Fuente: INDEC (2014).

1.2. Características de los hogares de adultos mayores

El fenómeno de envejecimiento poblacional implica importantes cambios en las dinámicas de los hogares, dado que las necesidades derivadas interpelan la naturaleza de las relaciones intergeneracionales y familiares (INDEC, 2014). A su vez, el tipo de hogar en el que vive un adulto mayor tiene un efecto importante en la probabilidad de sufrir vulneraciones de derechos, carecer de apoyo en situaciones de dependencia y disfrutar de un bienestar mínimo.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos reconoce los siguientes estratos de hogares con adultos mayores:

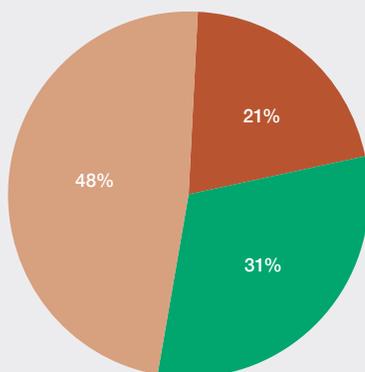
- Hogares unipersonales de adultos mayores
- Hogares unigeneracionales de adultos mayores
- Hogares multigeneracionales de adultos mayores

Cuando se analiza la distribución de la población adulta mayor en estratos de hogares, se observa que 2 de cada 10 son unipersonales; 3 de cada 10, son unigeneracionales y la otra mitad, multigeneracionales.

GRÁFICO 2.5.

Población de 60 años y más por estrato de hogar. Total nacional. Año 2012.

- Unipersonal
- Unigeneracional
- Multipersonal



Fuente: INDEC (2014).

Cuando se analiza el grupo etario en detalle, se observa que hay una mayor proporción de adultos mayores de 75 años viviendo en hogares unipersonales que adultos entre 60 y 74 años. A su vez, en todos los casos, las mujeres muestran una mayor participación que los hombres en el estrato unipersonal. Esto es importante porque la unipersonalidad está asociada, por lo general, a mayor vulnerabilidad, en la medida en que no se puede recurrir a otra persona en caso de una urgencia o necesidad acuciante, a la vez que se carece de una compañía permanente.

GRÁFICO 2.6.

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según estrato de hogar, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.

- Unipersonal
- Unigeneracional
- Multigeneracional

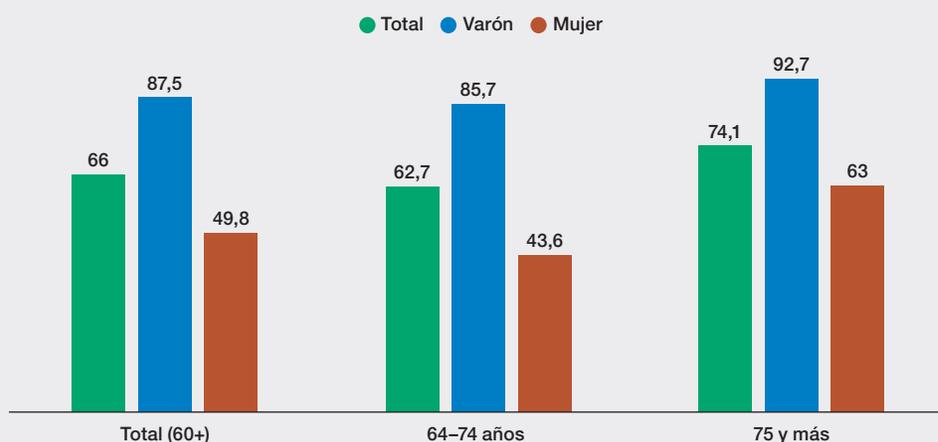


Fuente: INDEC (2014).

Si los hogares unipersonales muestran una mayor proporción de jefatura femenina, la situación se revierte en el caso de los hogares unigeneracionales. Estos muestran una mayor prevalencia de jefatura masculina. Suelen estar integrados por parejas de adultos de edad avanzada. Por su parte, los hogares multigeneracionales también manifiestan una mayor proporción de jefatura masculina, y suelen concentrarse en el grupo de 60 a 70 años. En ese último tipo de hogar, la convivencia de distintas generaciones funciona como una fuente potencial de apoyo para satisfacer las necesidades de los adultos mayores (INDEC, 2014).

GRÁFICO 2.7.

Población de 60 años y más por estrato de hogar y sexo, según condición de jefatura del hogar, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.



Fuente: INDEC (2014).

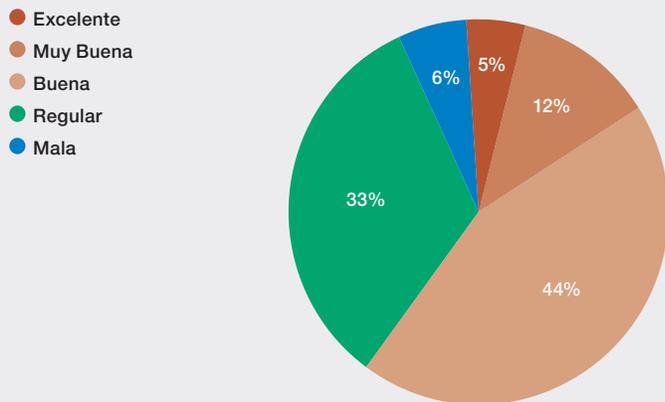
1.3. La salud de los adultos mayores

El avance de los años suele estar correlacionado a un deterioro de la salud, por lo que esta es una dimensión crítica de análisis. El malestar físico o mental puede llevar a situaciones de dependencia, debido a lo cual la percepción del estado de salud de las personas mayores debe ser un insumo fundamental en las políticas de cuidado.

Los resultados de la encuesta nacional sobre calidad de vida de los adultos mayores muestran que un 42,5% del total de personas mayores de 60 años y más considera que su salud es buena, y un 16,9% la percibe como muy buena o excelente, mientras que el resto la percibe como mala (6,7%) o regular (34%). Al observar los resultados por subgrupos etarios, se nota que la autopercepción de la salud empeora con la edad. En cuanto a distribución por sexo, no se encuentran diferencias significativas (INDEC, 2014).

GRÁFICO 2.8.

Población de 60 años y más por autopercepción de salud. Total nacional. Año 2012.

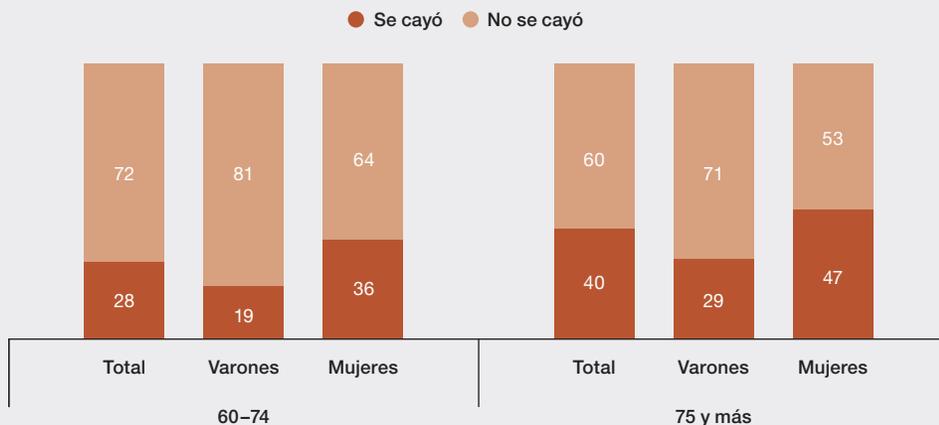


Fuente: INDEC (2014).

Las caídas son un fenómeno más frecuente en edades avanzadas de la vida, y sus consecuencias, especialmente cuando causan fracturas óseas, son mucho más graves entre las personas mayores, dado que pueden llevar a distintos grados de deterioro funcional (González, 2001). El 32% de los entrevistados en la ENCaViAM manifestaron haberse caído en los últimos dos años, y de ese total, el 56% se cayó más de una vez. El mayor porcentaje de caídas ocurre entre los que tienen más de 75 años.

GRÁFICO 2.9.

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según ocurrencia de caídas en los últimos 2 años, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.

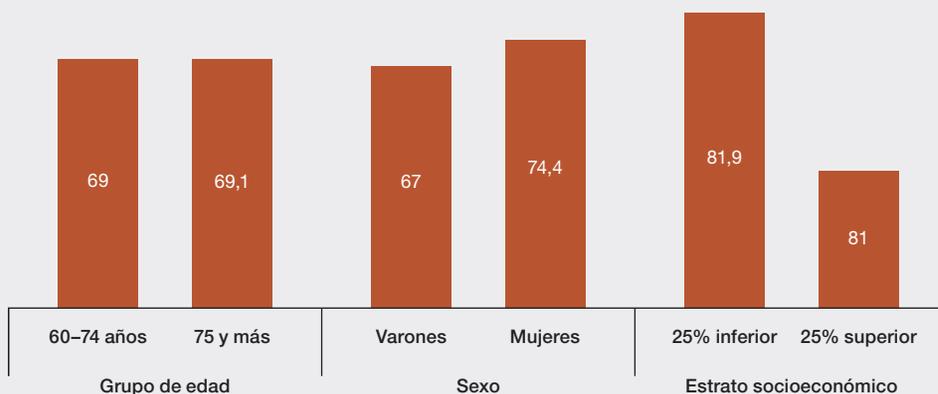


Fuente: INDEC (2014).

Finalmente, en lo que refiere a salud y vida saludable, es necesario considerar la práctica de actividad física de las personas adultas mayores. Esta se encuentra vinculada con la prevención de varios problemas de salud, e incluso con la prevención de caídas y el mejoramiento de las funciones cognitivas. Su práctica es un elemento central del denominado “envejecimiento activo” (IMSERSO, 2011). En Argentina, el Observatorio de la Deuda Social Argentina, de la Universidad Católica Argentina, indagó sobre la recurrencia con la que las personas mayores realizan ejercicio. El resultado fue el descubrimiento de un grave déficit: 69% de la población mayor de 60 años no realiza ninguna actividad física. Este guarismo es, no obstante, apenas mayor que el que describe a la población en general (66,7%). Un hallazgo curioso es que la edad más avanzada dentro de las personas mayores no se correlaciona con una disminución en la práctica del ejercicio físico: las personas entre 60 y 74 años presentan el mismo índice de sedentarismo que las mayores de 75 (Amadasi & Tinoboras, 2015).

GRÁFICO 2.10.

Población mayor de 60 años que no realiza actividad física por grupo de edad, sexo y estrato socioeconómico, en porcentaje. Total nacional urbano. Año 2014.



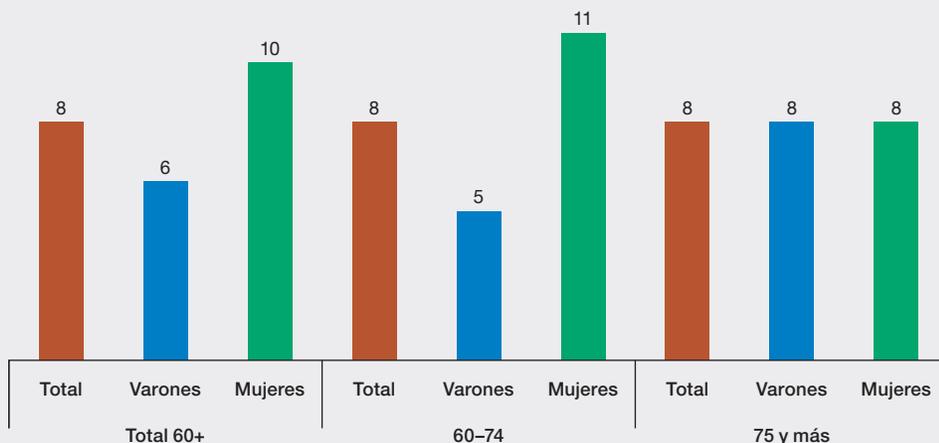
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016).

Sí se observan diferencias de género, con una mayor participación de los varones en las actividades físicas. La mayor brecha, no obstante, se manifiesta entre estratos socioeconómicos: mientras que el 38% del cuartil superior de la población adulta mayor manifestó no realizar ejercicio, este indicador asciende a más de 80% entre la población adulta mayor del último cuartil de ingreso.

La salud mental es tan importante como la física en la prevención de situaciones de dependencia. Uno de los males que aqueja a las poblaciones de adultos mayores es la depresión, cuyos síntomas (presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración) tienen consecuencias en la salud. La depresión en los adultos mayores frecuentemente es subdiagnosticada porque sus manifestaciones se confunden con el deterioro cognitivo frecuente en la edad avanzada (Gil Gregorio, 2004)

GRÁFICO 2.11.

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según recepción de diagnóstico de depresión en el último año, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.



Fuente: INDEC (2014).

Un indicador relacionado con este último dato es el que rescata el Observatorio de la Deuda Social Argentina a través de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA). Ciertas particularidades propias de la edad avanzada se entrelazan con un contexto cargado de prejuicios hacia la ancianidad, causando sentimientos de infelicidad y soledad entre las personas mayores (Iacub, 2012). La EDSA incluyó una pregunta para capturar la felicidad subjetiva de los adultos mayores, con cuatro opciones graduales.

GRÁFICO 2.12.

Infelicidad subjetiva (“Se siente poco o nada feliz”) de las personas mayores de 60 años según grupo de edad, sexo y estrato socioeconómico, en porcentaje. Total nacional urbano. Año 2014.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016).

Se observa que la felicidad subjetiva disminuye a medida que aumenta la edad. A su vez, hay una pequeña brecha de género y una mucho más amplia entre estratos socioeconómicos. Mientras que la primera es de menos de 2 puntos porcentuales, la segunda es de 10, siendo el doble la proporción de adultos mayores que se sienten poco o nada felices en el último cuartil de ingreso que en el primero.

Otro indicador de la EDSA que se relaciona con el bienestar psíquico, pero también con la prevalencia de la dependencia, es la autopercepción de encontrarse en una situación de soledad.

GRÁFICO 2.13.

Sentimiento de soledad de los adultos mayores de 60 años por grupo de edad, sexo y estrato socioeconómico. Total nacional urbano. Año 2014.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016).

Nuevamente, se observa una diferencia entre subgrupo etario (siendo la prevalencia del sentimiento de soledad un punto porcentual mayor en los adultos mayores de edad avanzada), de género (siendo la incidencia mayor por casi tres puntos porcentuales entre las mujeres) y, fundamentalmente, por estrato socioeconómico (casi cuadruplicándose el sentimiento de soledad entre los adultos mayores del último cuartil de ingreso en comparación con los del primero).

Es importante señalar que la disponibilidad y organización de los recursos monetarios de los hogares condiciona la satisfacción de las necesidades de salud. En el caso de las personas de edad avanzada, la necesidad de recursos monetarios para atenderse adecuadamente tiende a ser mayor. Según los últimos datos de la Encuesta del Bicentenario de la Deuda Social de la UCA, se verifica que el 15,9% de las personas mayores declara haber tenido que practicar recortes de gastos en consultas a profesionales de la salud. La diferencia más notoria es por estrato socioeconómico, casi de 5 a 1: se encuentran recortes en atención médica en el 23,6% de las personas mayores del estrato más bajo y solamente en el 4,7% de las pertenecientes al más alto. Uno de cada cinco adultos mayores que viven en el Conurbano Bonaerense declara haberse visto obligado a hacer este tipo de recortes. En las villas y asentamientos precarios, este indicador alcanza el 33,3% (Amadasi & Tinoboras, 2015)

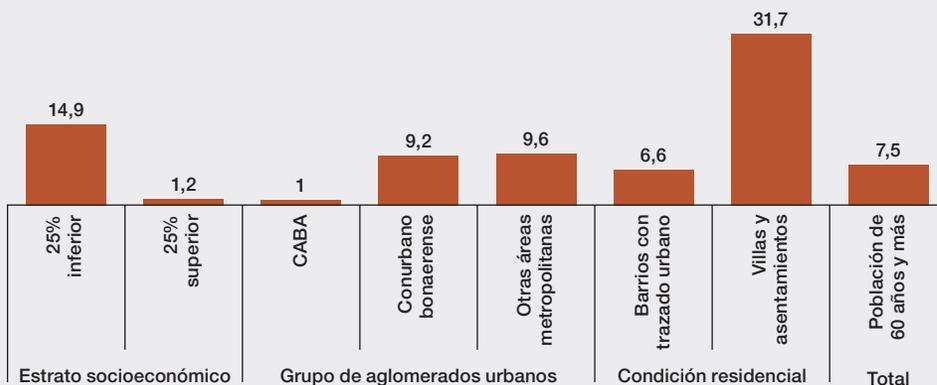
1.4. Hábitat y vivienda

Como se ha mencionado, la vejez tiene en Argentina un perfil esencialmente urbano, por lo que las características de la ciudad y los factores asociados a su accesibilidad revisten enorme importancia para el bienestar de los adultos mayores. Sin embargo, los datos de la EDSA señalan que existen importantes carencias en esta dimensión, que a su vez impactan sobre el efectivo uso que hacen las personas de más de 60 años de los servicios, públicos y privados, que le están disponibles.

En primer lugar, es necesario observar los déficits de calidad de vivienda, los cuales pueden encontrarse en el 7,5% de los hogares de este grupo poblacional, como muestra el siguiente gráfico. Este guarismo, no obstante, esconde grandes heterogeneidades geográficas y sociales.

GRÁFICO 2.14.

Déficit en la calidad de la vivienda según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial, en porcentaje. Total nacional urbano. Año 2014.



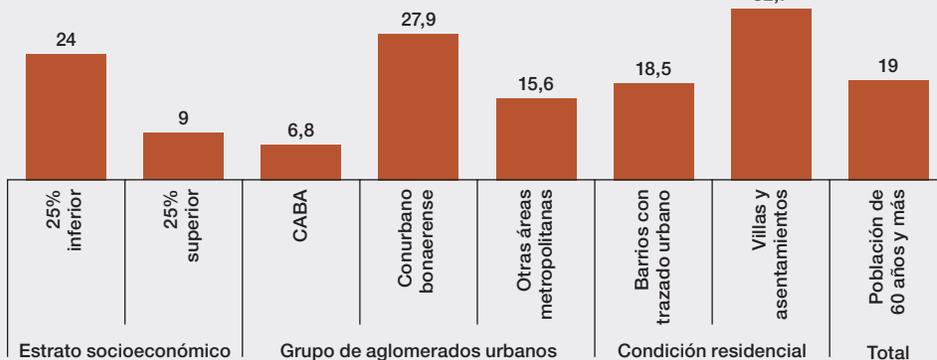
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016).

Los déficits se concentran en los adultos mayores de menores ingresos (siendo la brecha más importante), en la población del conurbano bonaerense y de áreas metropolitanas del interior del país, y en la población adulta mayor que habita en villas y asentamientos.

Finalmente, se incluye un dato sobre la presencia de espacios verdes, dado que estos poseen particular importancia para el fomento del envejecimiento activo a través de la actividad física y el bienestar subjetivo. Las tendencias son las mismas que para los otros indicadores, lo que apunta a la estrecha correlación de vulnerabilidades de derechos.

GRÁFICO 2.15.

Déficit de espacios verdes de recreación y esparcimiento en el barrio según estrato socioeconómico, grupo de aglomerados urbanos y condición residencial, en porcentaje. Total nacional urbano. Año 2014.



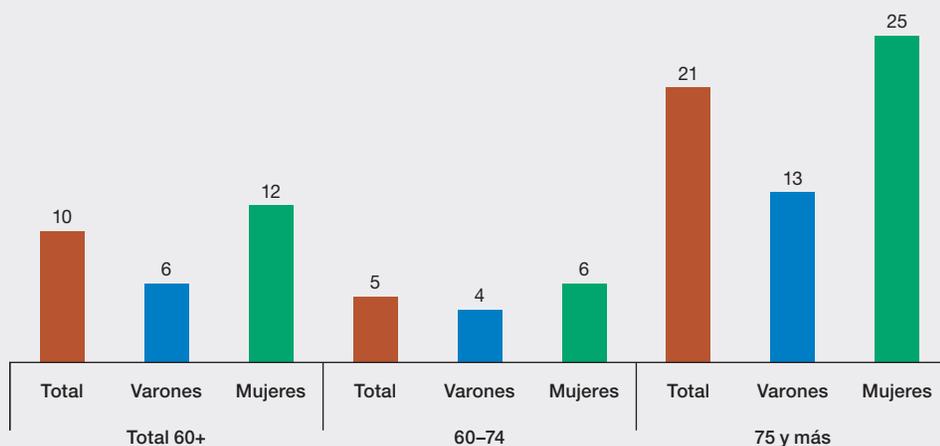
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016).

1.5. Dependencia y redes de ayuda

A la hora de diseñar e implementar políticas para los adultos mayores, es clave considerar que no todos los mayores de 60 años están en situación de dependencia. Uno de los paradigmas más importantes para distinguir cuándo son necesarias intervenciones públicas para paliar la situación de dependencia es el de la edad sociofuncional. Este diferencia dos etapas: la primera de ellas está delimitada principalmente por la salida del mercado laboral; la segunda se define por el deterioro de las condiciones de salud, el aumento de la dependencia y la reducción de la autonomía funcional (Lalivé D'Épinay, 1998). El Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina divide a la valoración funcional en básica e instrumental. La primera de ellas refiere a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa, realizar actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse o alimentarse. La segunda, en cambio, refiere a la realización de actividades de mayor complejidad, tales como el uso de dinero, efectuar compras, cocinar o administrar sus medicamentos (INDEC, 2014).

GRÁFICO 2.16.

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de dependencia básica, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.



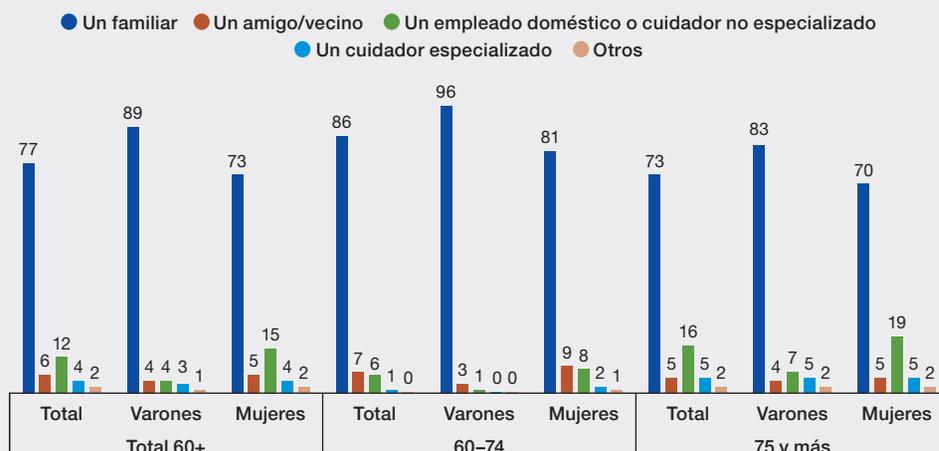
Fuente: INDEC (2014).

El 10% de los adultos mayores presenta una dependencia básica. La proporción de mujeres en esta situación duplica la de hombres. Esta brecha de género se mantiene entre la población de edad más avanzada (75 años y más). Por otro lado, la incidencia de la dependencia básica en el grupo de 75 años y más se cuadruplica con respecto de la que se observa en adultos mayores jóvenes (60 a 74 años).

Las tareas de cuidado de adultos mayores sin suficiente autonomía recaen fundamentalmente en la familia. En mucha menor medida, son llevadas a cabo por empleados domésticos o cuidadores no especializados, amigos y vecinos, y cuidadores especializados. La presencia de cuidadores, formales o no, es mucho mayor en la población adulta mayor de edad avanzada con un nivel de dependencia básica.

GRÁFICO 2.17.

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según persona que le ayuda principalmente en las actividades básicas, en porcentajes. Total nacional. Año 2012.

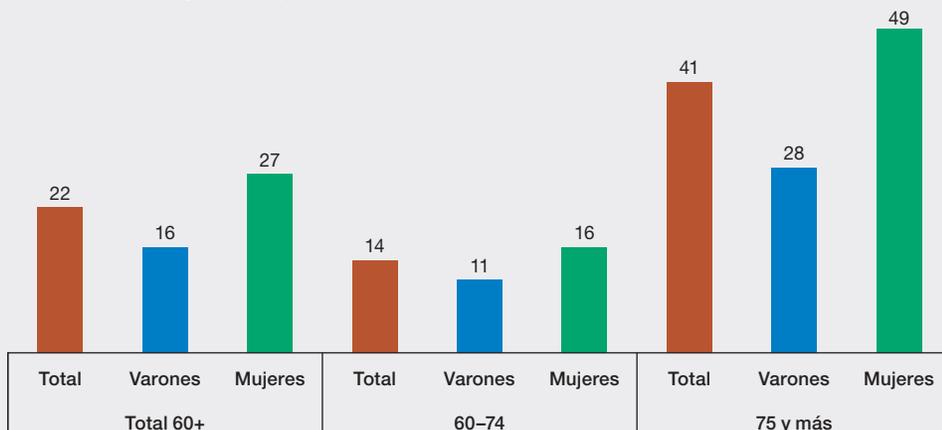


Fuente: INDEC (2014).

Respecto de la dependencia instrumental, un 22% de los adultos mayores presenta al menos una de las limitaciones que la caracterizan. De ellos, un 13% necesita ayuda para hacer las compras, un 12% para hacer las tareas del hogar y un 11% para viajar en transporte público, taxi, remís o auto particular. Las mujeres presentan, nuevamente, una mayor prevalencia.

GRÁFICO 2.18.

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de dependencia instrumental, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.

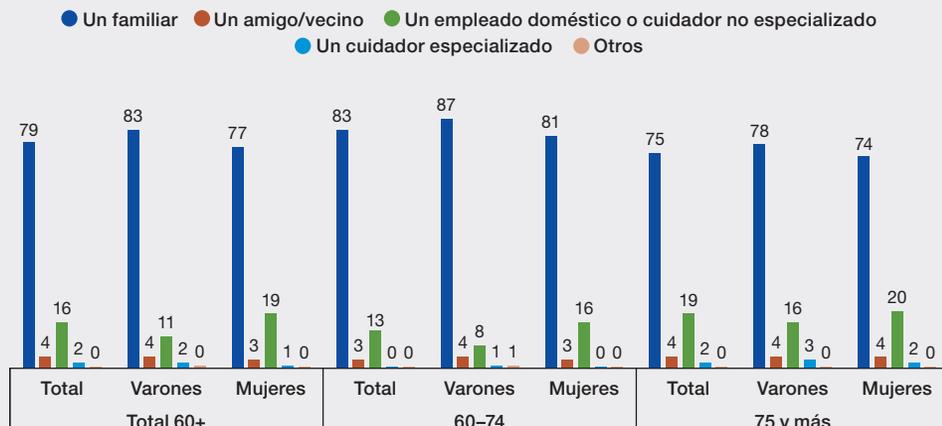


Fuente: INDEC (2014).

La dependencia instrumental también crece a medida que aumenta la edad, triplicándose entre adultos mayores de edad avanzada. Si bien este incremento se observa tanto en varones como en mujeres, la brecha de género entre ambos subgrupos etarios se agranda, probablemente como consecuencia de la sobremortalidad masculina (INDEC, 2014).

GRÁFICO 2.19.

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según persona que le ayuda principalmente en las actividades instrumentales, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.



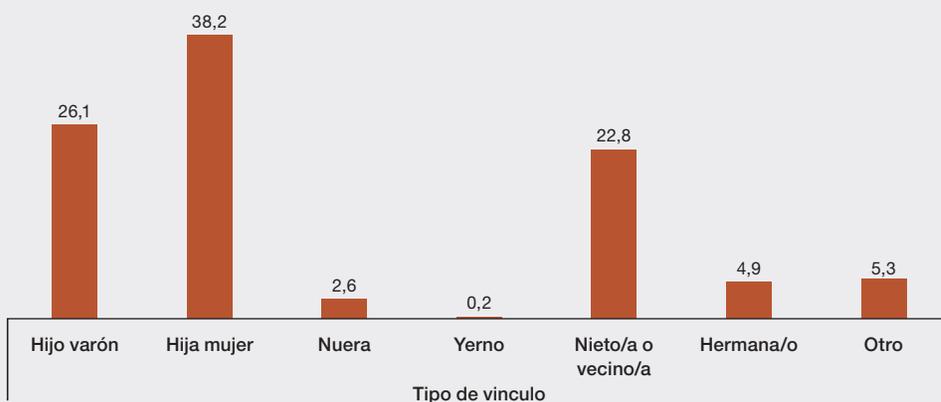
Fuente: INDEC (2014).

Nuevamente, tal como sucede en situaciones de dependencia básica, el cuidado reposa principalmente en las familias, seguido de cuidadores o empleados domésticos no especializados.

Un 41% de los adultos mayores recibe habitualmente ayuda de algún familiar o conocido que no vive con él. Estos ayudantes suelen ser las hijas mujeres, seguidas de los hijos varones, nietos y vecinos. El tipo de ayuda más habitual es la compañía (sea en el hogar o cuando tiene que desplazarse), pero también en las compras, mandados y con las tareas del hogar.

GRÁFICO 2.20.

Población de 60 años y más que recibe habitualmente ayuda de algún familiar o conocido que no vive con él por tipo de vínculo con la persona de la que principalmente recibe ayuda, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.

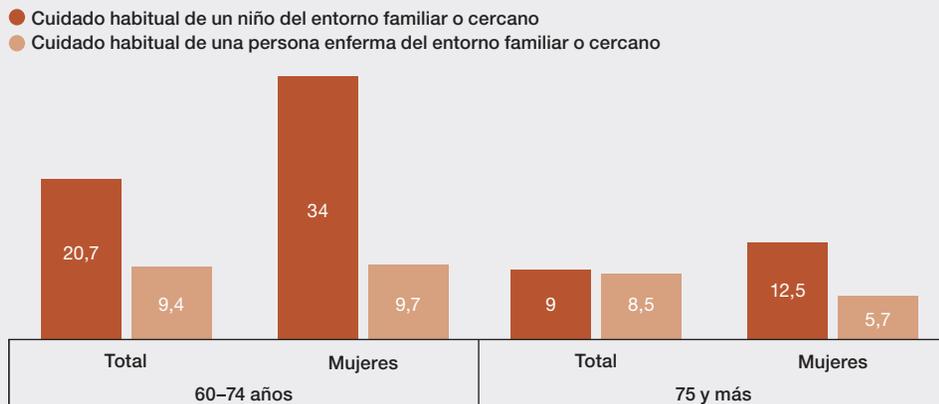


Fuente: INDEC (2014).

Es importante destacar que, así como algunos adultos mayores son sujetos pasivos de cuidado, también cuidan y ayudan a sus familias y comunidades. Según la ENCaViAM, uno de cada cuatro adultos mayores cuida a algún niño del entorno familiar o cercano, sin recibir remuneración. Los adultos mayores jóvenes son los que más participan de estas tareas, siendo las mujeres las que, a su vez, participan más en estas actividades dentro de ese grupo. Al mismo tiempo, un 9% de las personas mayores está a cargo del cuidado de algún enfermo de su entorno.

GRÁFICO 2.21.

Población de 60 años y más por sexo y grupo de edad, según cuidado habitual de un niño y/o persona enferma del entorno familiar o cercano, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.

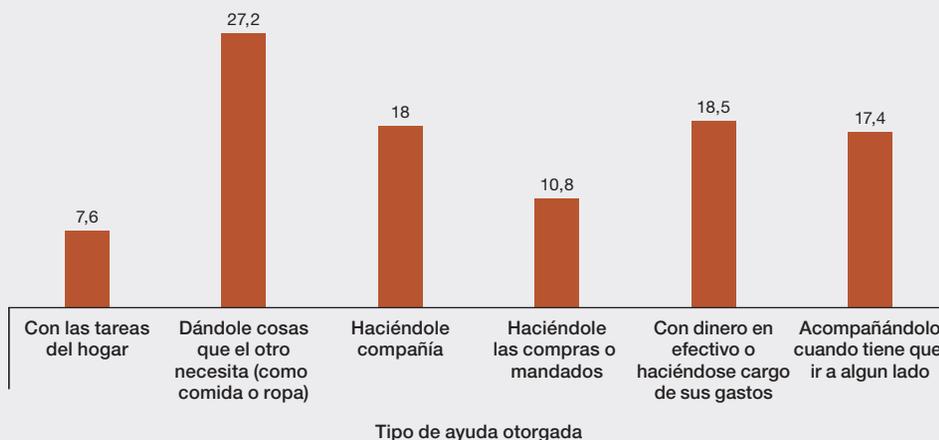


Fuente: INDEC (2014).

A su vez, cerca del 44% de los mayores de 60 años colabora con un familiar o conocido que no vive con él. La principal ayuda está relacionada con dar objetos materiales que el otro necesita (27%). Le sigue el ofrecimiento de dinero o pago de algún gasto (18,5%). Y, finalmente, la compañía en el hogar o para ir a algún lado (18%) (INDEC, 2014). Las mujeres mayores suelen prestar colaboración en tareas relacionadas con el ámbito doméstico, mientras los varones colaboran económicamente.

GRÁFICO 2.22.

Población de 60 años y más por tipo de ayuda otorgada a algún familiar o conocido que no vive con él, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.

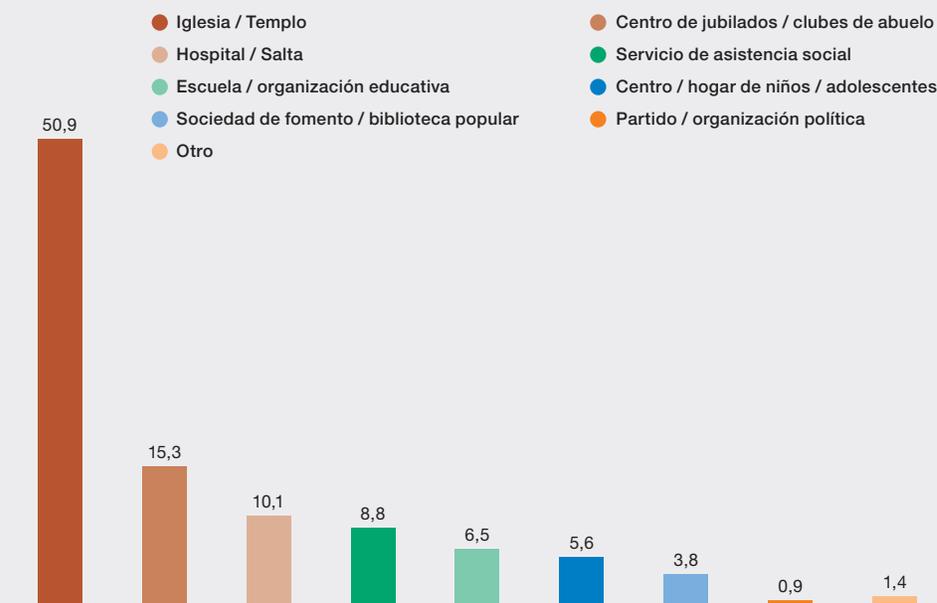


Fuente: INDEC (2014).

Finalmente, un 15% de los mayores de 60 años prestó algún tipo de servicio de forma voluntaria o gratuita a una organización de la comunidad. La mayoría de ellos participa en actividades en una iglesia o templo, seguido por colaboraciones en hospitales o salitas y en centros de jubilados o clubes de abuelos.

GRÁFICO 2.23.

Población de 60 años y más que prestó servicios de forma voluntaria o gratuita a alguna organización de su comunidad por tipo de organización. Total nacional. Año 2012.



Fuente: INDEC (2014).

2. Mapeo de políticas

En Argentina, existen varias instituciones públicas dedicadas al cuidado de adultos mayores. A nivel nacional, se pueden mencionar la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI), la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), la Comisión Nacional de Pensiones, la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el Consejo Federal de Adultos Mayores. Algunas de estas cuentan con sedes a nivel provincial y local, mientras que otras implementan sus programas en articulación con organismos locales.

La ANSES ejecutaba, en 2011, el 88,7% del gasto en el grupo de población de adultos mayores, seguido por el PAMI (11,2%) y los recursos que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación destina a la DINAPAM y a las pensiones a la vejez (0,1%) (Ministerio de Economía de la Nación, 2011).

La ANSeS, muestra una llegada territorial fuertemente institucionalizada a través de una amplia red de más de 300 dependencias que cubren todas las provincias del país. Ejecuta cerca del 40% del presupuesto nacional, del que, en 2011, casi 85% se destinó a los adultos mayores mediante pensiones y jubilaciones, complemento a las pensiones previsionales, atención a las ex Cajas Provinciales y Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados¹⁶.

El PAMI es el mayor efector de atención sanitaria de las personas mayores. Cuenta con más de 4,5 millones de afiliados, de los cuales aproximadamente más del 80% son mayores de 60 años. Sus recursos provienen de retenciones obligatorias a los propios jubilados, de los trabajadores activos y de los empleadores. El PAMI ha mostrado una gran recuperación en términos de cobertura y calidad desde la década del '90, a medida que su oferta programática también se expande para cubrir necesidades más variadas de la población de adultos mayores.

El presupuesto actual del PAMI se ha incrementado gracias al mejor registro laboral y aportes a la Seguridad Social, lo que ha permitido aumentar la protección. Para el año 2013, se observó un ingreso aproximado de \$35.613 millones o \$7.914 por cada beneficiario, lo que reflejó un incremento del 30% respecto a lo proyectado en 2012 (Banco Mundial, 2015) Este aumento de financiamiento se vio reflejado en el incremento de la población beneficiaria. A partir del 2005, a través del Programa de Inclusión Previsional (Moratoria), se incorporó a la seguridad social a ciudadanos que se encontraban fuera del régimen contributivo. El PAMI brinda varios servicios sanitarios y sociales en forma directa, sin períodos de carencia ni el cobro de coseguros. El Banco Mundial ha destacado la provisión de servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención, la cobertura de medicamentos (que en algunos casos llega al 100%), la asignación de subsidios por situaciones de alto riesgo y acciones relativas a la seguridad alimentaria (Banco Mundial, 2015).

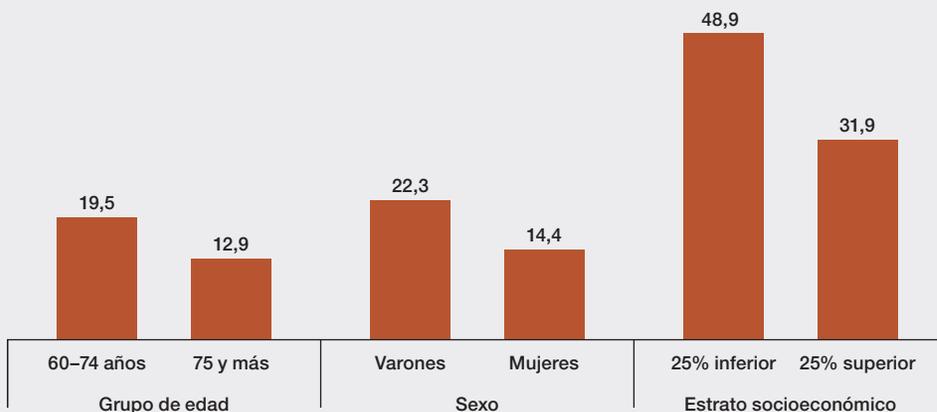
A pesar de la enorme cobertura del PAMI, una proporción significativa de adultos mayores no realiza consultas médicas. La ESDA del Observatorio de la Deuda Social de la UCA relevó que cerca del 16% de la población mayor de 60 años no acudió al

16. Las Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados incluyen las transferencias al PAMI.

médico durante el año previo a la administración de la encuesta (Amadasi & Tinoboras, 2015). Este dato esconde heterogeneidades de género, edad y nivel socioeconómico. Los varones, los adultos mayores jóvenes y los de menores ingresos manifiestan una menor tasa de consulta.

GRÁFICO 2.24.

No realizó consulta en el último año según grupo de edad, sexo y nivel socioeconómico, en porcentaje. Total nacional urbano. Año 2014.

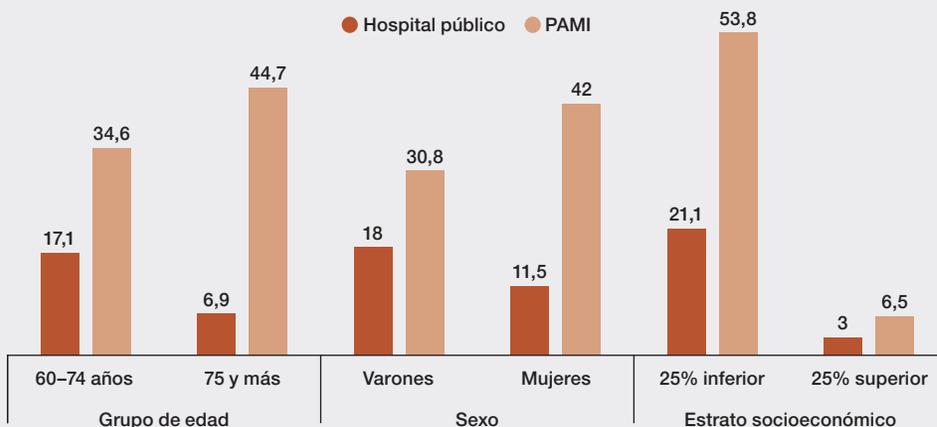


Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016).

Por su parte, de los que si realizaron al menos una consulta, alrededor del 12% fueron a un hospital público, mientras que cerca del 39% lo hicieron a través del PAMI.

GRÁFICO 2.25.

Tipo de prestador de la última consulta según grupo de edad, sexo y nivel socioeconómico, en porcentaje. Total nacional. Año 2014.



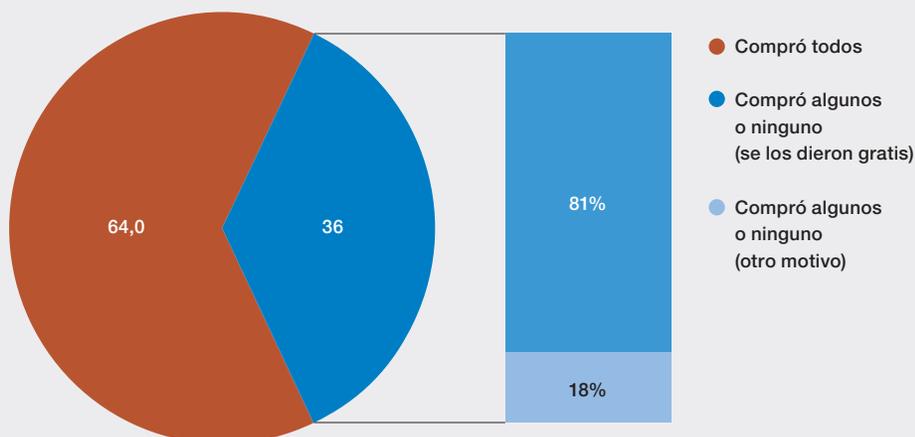
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016).

Se observa que los adultos mayores jóvenes tienden a asistir más al servicio público, mientras que los adultos mayores de edad avanzada utilizan efectores de salud a través del PAMI. Por su parte, los varones asisten más a hospitales públicos que las mujeres. La mayor brecha, no obstante, se observa en la dimensión de nivel socioeconómico: mientras que solo el 3% de los adultos mayores del primer cuartil de ingreso realizó consultas por hospital público, este guarismo asciende a 21,1% entre los del último cuartil.

En lo referido a la compra de medicamentos indicados, el 64% de los adultos mayores compran todos los medicamentos indicados por el médico, mientras que el 36% restante solo compra algunos o ninguno (INDEC, 2014). De ese porcentaje, no obstante, el 82% manifestó haber tomado esa decisión porque le entregaron los medicamentos que necesitaban de forma gratuita (el PAMI es uno de los actores clave para la obtención de medicamentos sin costo).

GRÁFICO 2.26.

Población de 60 años o más según motivo de no compra de medicamentos indicados, en porcentaje. Total nacional. Año 2012.



Fuente: INDEC (2014).

La DINAPAM depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Los programas que lleva adelante son de dos tipos: a) orientados a la promoción y protección de derechos a partir de acciones de capacitación y difusión, como es el caso del Programa “La experiencia Cuenta”; y b) formación de cuidadores especializados y posterior articulación con los prestadores de servicios, a través del Programa Cuidadores Domiciliarios. En Argentina, la formación de cuidadores domiciliarios es una de las principales líneas de acción desarrolladas desde el gobierno nacional. En este marco, este programa instruye a quienes desarrollan cuidados informales a fin de nutrirlos en capacidades clave para llevar a cabo las tareas necesarias. Por otro lado, realiza actividades de intermediación laboral para ubicar a esos cuidadores en contextos donde sean requeridos, tanto en hogares como en las instituciones de larga estadía del estado a adultos mayores de 60 años que acrediten insuficiencia económica, que no cuenten con personas que puedan cuidarlos o que presenten algún tipo de discapacidad y/o enfermedad crónica. Estos dos ejes de intervención se implementan a través de una gestión descentralizada mediante convenios con provincias, municipios, universidades, cooperativas y organizaciones sociales. Se han capacitado más de 35.000 cuidadores a través de este programa, y se esperaba llegar a 50.000 a final de 2015. Uno de los elementos destacados desde la DINAPAM es la inclusión de mujeres de la comunidad trans en las prácticas de formación.

Además de implementar estos programas, entre otros, la DINAPAM está encargada de conformar el Consejo Federal de Adultos Mayores y promover la constitución de los Consejos Provinciales. A pesar de la existencia de estos espacios de coordinación, se ha señalado que no cumplen su función integralmente, que las reuniones son esporádicas y no todos los miembros participan activamente.

La Secretaría de Seguridad Social depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Bajo su órbita, se encuentra la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, la Administración Nacional de la Seguridad Social y dos Subsecretarías: la de Políticas de la Seguridad Social y la de Coordinación de los regímenes de Seguridad Social. Durante la última década, los avances en la formalización laboral han permitido incrementar en un 95% la cantidad de tributarios al componente contributivo de la protección social, lo que se ha visto reflejado en la posibilidad de una mayor inversión social en políticas, programas e intervenciones hacia la población de adultos mayores. A esto se suma un reconocimiento de la solidaridad en el financiamiento de la política social no contributiva, lo que supone avances en la lucha contra la dualización tradicional de la protección social argentina (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2013).

La Comisión Nacional de Pensiones es un organismo desconcentrado que funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Transfiere prestaciones monetarias a quienes están sin amparo previsional o no contributivo, que no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo. La cantidad de titulares de pensiones por vejez ha ido disminuyendo desde 2010, como producto de la ampliación de la cobertura del sistema previsional. Si en 2010 existían 54.834 beneficiarios, en 2013 hubo 27.335 (Ministerio de Economía, 2014). Más allá de las intervenciones realizadas por el Estado nacional, es importante recalcar que existen otros actores que generan oferta de servicios y otras prestaciones dirigidas al cuidado de los adultos mayores con dependencia.

Las organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades destinadas a los adultos mayores son muy heterogéneas e incluyen centros de jubilados, clubes de abuelos, federaciones provinciales y nacionales, entre otras. Se estima que existen miles de instituciones que incorporan un número elevado pero desconocido de afiliados. La mayoría de ellas desarrollan actividades de iniciativa propia que son financiadas por el Estado o por los afiliados, pero también tienen una importante participación en el desarrollo de acciones y actividades de promoción o gestión asociada de programas sociales o socio-sanitarias que se diseñan desde el ámbito estatal. Más allá de todas las particularidades que se puedan encontrar en estas instituciones, cumplen un rol fundamental para el desarrollo de determinadas actividades que colaboran con la protección y promoción de los derechos de las personas mayores.

Por otro lado, existen instituciones dedicadas al cuidado de este sector de la población, ya sean públicas, privadas, comunitarias o mixtas, y se centran en la atención socio-sanitaria de los adultos mayores. Entre ellas se pueden mencionar las Unidades de Cuidados Domiciliarios, las Residencias Tuteladas o Protegidas, los Hogares de Día, los Centros de Media y Larga Estancia, los Centros de Rehabilitación, los Hogares de Ancianos y los Hospitales Generales con unidades de geriatría. Cada uno de estos tipos de instituciones ofrece actividades y servicios diferentes con niveles de calidad muy heterogéneos.

El universo de las prestaciones provinciales y municipales también es sumamente heterogéneo, algo que se puede explicar en buena medida por la ausencia de una normativa nacional específica que reconozca como función del Estado la protección y promoción de los derechos de esta parte de la sociedad. Así, existen jurisdicciones que cuentan con una unidad administrativa abocada específicamente a la población mayor, como los casos de Mendoza, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Corrientes. La Pampa, por ejemplo, cuenta con la Ley Provincial N° 2.351 de Prevención de Abusos y

Maltratos a Personas Mayores. La ciudad de Buenos Aires, por su parte, cuenta con una serie de ofertas de recreación en parques públicos donde los adultos mayores pueden desarrollar actividades que van desde la danza aeróbica hasta el yoga. Otras unidades subnacionales en cambio, subsumen las acciones destinadas a la ancianidad en subsecretarías de familia o direcciones de discapacidad. Esta heterogeneidad supone un reto a un tratamiento territorialmente equitativo para las poblaciones de adultos mayores. Algo similar sucede con las cooperativas, organizaciones comunitarias que cuentan con un número incierto de afiliados y que desarrollan estrategias y actividades destinadas al sector de la población en cuestión. No existe un marco regulatorio lo suficientemente específico para reglar los servicios que prestan, por lo que es posible encontrar excelentes ejemplos, como el de SOLTRECHA, de la Comunidad Trentina de Chaco, y otros que no cumplen con requisitos mínimos de salubridad.

3. A modo de síntesis: principales brechas y desafíos

Argentina es uno de los países de América Latina que mayor tasa de envejecimiento poblacional evidencia. Los cambios en las dinámicas sociodemográficas, la inserción laboral femenina y la falta de un abordaje integral en materia de cuidados ponen en peligro el bienestar y el ejercicio de derechos de los más de 5 millones de adultos mayores que actualmente integran la población.

La enorme cantidad de personas mayores solo suponen un riesgo para la sustentabilidad económica y social cuando no existen políticas públicas tendientes a desfamiliarizar y desmercantilizar el cuidado. Como se puso de manifiesto, en Argentina, la atención de los adultos con dependencia básica o instrumental sigue siendo un tema inscripto en la esfera privada. La falta de una articulación entre sectores y niveles de gobierno, de estándares de calidad en los servicios de cuidado existentes (sean públicos o privados), la inexistencia de un sistema de monitoreo e información integrado y los déficits de accesibilidad en múltiples dimensiones conspiran para que el avance cronológico se dé a la par de un retroceso del autovalimiento y de un consecuente crecimiento de la dependencia.

A su vez, este escenario no es homogéneo, sino que se observan diferencias importantes en términos de género, etarios, socioeconómicos y jurisdiccionales. La brecha salarial entre varones y mujeres se traslada a las jubilaciones, problemática exacerbada en la medida en que las licencias por maternidad no cuentan como contribución a la seguridad social y a la mayor esperanza de vida femenina. En varias dimensiones se observan diferencias críticas entre los adultos mayores jóvenes y los adultos mayores de edad avanzada, que se manifiestan en la autopercepción de satisfacción vital menor de este último grupo, en los mayores diagnósticos de depresión y en la mayor incidencia de enfermedades mentales.

Las personas mayores del último cuartil de ingreso evidencian una prevalencia superior de déficits en términos de hábitat, cobertura de salud y hábitos saludables, entre otras. Y las diferentes pirámides poblacionales se combinan con servicios de alcance y calidad diferenciales que representan inequidades territoriales graves.

Cerrar estas brechas es responsabilidad del Estado como garante de derechos. Por lo tanto, es imprescindible avanzar en el cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos. Esta nota técnica propone la articulación de los servicios sociosanitarios y de cuidado, el desarrollo de instrumentos de medición de dependencia adaptados a la realidad argentina (que pueda medir quiénes necesitan cuidado, qué cuidados necesitan y en qué cantidad), la formación de cuidadores especializados y la institucionalización de políticas de promoción de derechos, a fin de que el envejecimiento activo pueda ser una realidad.

Se pueden identificar cuatro grandes dimensiones sobre las que se presentan desafíos a futuro en las políticas de cuidado a los adultos mayores con dependencia.

1) Identificar a los adultos mayores como un recurso para sus familias y sus comunidades

El punto de partida para cualquier política integral de cuidado a los adultos mayores con dependencia debe ser la concepción de estos como sujetos de derecho. Es preciso reconocer que, en base a un pleno goce de sus derechos, los adultos mayores pueden también constituirse ellos mismos en instrumentos de apoyo y cuidado en sus propias familias y comunidades, cuando los incentivos están dados. En esa medida, es necesario que las intervenciones de promoción de derechos logren superar la discontinuidad en el tiempo que las caracteriza. Así también, se requiere que la política busque promover integralmente el goce de los derechos de los adultos mayores. Para que su potencial en esta dimensión sea plenamente aprovechado, es necesario avanzar con su empoderamiento.

Como demuestra la sección de diagnóstico, los adultos mayores no son solo posibles sujetos pasivos de cuidado, sino que tienen un gran potencial para proveer el mismo. Esto se desprende de un concepto amplio de cuidado que reconoce que todos tienen derecho a cuidar y a ser cuidados. Por lo tanto, una red integral de apoyo involucra la noción de que cada persona puede, en un momento determinado, ser recipiente de la asistencia y, en otro, proveedor.

2) Independencia y vida activa

Uno de los principales desafíos es que los adultos mayores continúen siendo autónomos y activos durante la etapa de envejecimiento. Actualmente, todavía tiende a prevalecer lo que se ha llamado “viejismo”: el espantoso miedo a envejecer y la definición de la

ancianidad como una etapa acabada sin ningún propósito (Butler, 1969). Uno de los principales desafíos es, entonces, no confundir dependencia con autonomía: mientras que la primera se refiere a la imposibilidad de realizar determinadas acciones de la vida cotidiana por uno mismo, la segunda constituye la capacidad de tomar decisiones por uno mismo sobre el estilo de vida que quiere seguir. La necesidad de instrumentos de apoyo, cualesquiera que estos sean, no debe minar jamás la legitimidad de las resoluciones que los adultos mayores pueden tomar sobre su propia vida.

Por su parte, las intervenciones públicas deben tomar conocimiento de que, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, es preciso que éstos lleven una vida activa. En ese sentido, solo se debe proveer a los adultos mayores de los apoyos y los cuidados que realmente precisen, y permitirles e incentivarlos para que realicen el resto de las ocupaciones diarias por sí mismos.

La mejora de las condiciones del hábitat y la inversión en espacios donde se puedan realizar actividades lúdicas y físicas es fundamental para avanzar en este sentido. El sedentarismo, como se ha señalado, colabora con la pérdida de independencia, y acelera el proceso de envejecimiento y la presencia de enfermedades prevenibles. Se puede pensar en espacios multigeneracionales, como parques, plazas, centros comunitarios, entre otros, en donde poblaciones de diferentes rangos etarios puedan compartir tiempo y aprovecharse unos a otros.

3) Promover la integralidad socio sanitaria de las intervenciones públicas

El impacto del envejecimiento demográfico sobre los costos del sistema de salud todavía no es conocido. El aumento que se registra en los gastos de salud en las sociedades envejecidas se debe, en gran medida, a la creciente utilización de alta tecnología médica antes que a la mayor intensidad del uso de los servicios generales por parte de la población mayor. La comorbilidad y la plurimedicación que, con frecuencia, caracterizan la situación de los adultos mayores requieren la unificación del criterio médico. En este contexto, la fragmentación de la atención es un indicador de mala calidad en el diseño y del funcionamiento del sistema de atención médica geriátrica (Redondo, 2014). La adaptación de los servicios socio sanitarios al escenario demográfico actual requiere esfuerzos de coordinación, pero no implica importantes inversiones adicionales.

Un elemento principal que colabora con la mejora del sistema es su descentralización y la promoción de los tratamientos ambulatorios. Existe un consenso que coloca al envejecimiento en los propios hogares como el escenario ideal, por lo que resulta preciso avanzar en esquemas de prevención de las enfermedades crónicas a fin de aliviar la demanda de tratamientos agudos. Prácticas como la medición de la presión

o el nivel de glucosa son poco complejas y se pueden hacer en centros comunitarios barriales donde las personas mayores se puedan acercar sin necesidad de utilizar un medio de transporte que los desincentive a ir a las consultas.

Respecto a los servicios sociales, es preciso problematizar el abuso y maltrato del sector de la población en cuestión. Es un tema que, en la mayoría de las jurisdicciones, está invisibilizado y no se cuenta con datos sistemáticos sobre esta situación. Hay determinadas políticas que, no obstante, enfrentan este problema, como es el caso de un Refugio de la Persona Mayor Abusada en la Ciudad de Buenos Aires, donde los adultos mayores que hayan sufrido maltrato pueden hospedarse gratuitamente.

4) Ampliar la cobertura de cuidadores domiciliarios a través del Estado

La tendencia al envejecimiento en el propio hogar llama la atención acerca de la necesidad de contar con recursos humanos que puedan prestar servicios de cuidado especializado en el domicilio para las situaciones de dependencia relativa. La experiencia que desarrolla la DINAPAM de formación y profesionalización de cuidadores domiciliarios es un recurso clave para las familias. Si bien se ha logrado una cobertura importante, todavía es insuficiente el financiamiento que brinda el PAMI para que sus afiliados puedan contar con este servicio que hoy no logra cubrir las demandas actuales.

5) El diamante del cuidado de adultos mayores y la institucionalidad de la política

Los actores involucrados en el cuidado de los adultos mayores con dependencia son múltiples y diversos. Tradicionalmente, han sido las familias las principales responsables; sin embargo, la mayor inserción laboral de la mujer y el alargamiento de la esperanza de vida coloca una tensión sobre los grupos familiares y una sobrecarga que aqueja especialmente a las mujeres. Por lo tanto, es vital que las políticas públicas se presten también a apoyarlas a través de diversas intervenciones, sin que esto signifique sacar del centro de la política al mismo adulto mayor. La especificidad de estas políticas de apoyo es objeto de debate, y pueden ir desde asistencia psicológica a los parientes, hasta prácticas formativas o subsidios a la demanda.

Las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil han sido otro actor que participó históricamente en la provisión de cuidados para los adultos mayores. En la actualidad, surge el desafío de avanzar en la generación de estándares de calidad a fin de asegurar un mínimo de calidad para aquellos que son cuidados, con un foco en el alcance de la equidad territorial. En este sentido, un primer insumo indispensable es un sistema de información integrado que permita conocer cuántos adultos mayores se benefician de las intervenciones de estas organizaciones, cómo se financian y qué acciones realizan. Este sistema de información permitiría monitorear las actividades de las organizaciones a la vez que articular las prácticas y avanzar, cuando fuera conveniente, en integraciones horizontales.

El mercado es otra de las aristas del diamante de cuidado que ha jugado un rol significativo en el cuidado de las personas mayores. Este brinda servicios de cuidado a aquellos que pueden costearlo, a través de las prepagas y centros o residencias privados. Esto permite que el Estado se pueda enfocar en las familias y en los adultos mayores que no cuenten con los medios para lograr este acceso al sistema privado. Por su parte, y tal como sucede con las organizaciones civiles, es necesario que el Estado regule adecuadamente las prestaciones a fin de poder garantizar estándares homogéneos de calidad.

Finalmente, el Estado tiene por delante una serie de retos propios en materia de institucionalidad, que exceden la regulación de los servicios y prestaciones brindadas por los otros actores.

En primer lugar, dada la existencia de varios organismos públicos nacionales, es preciso plantear el interrogante de si es conveniente que alguno de ellos asuma la rectoría del conjunto de intervenciones dirigidas a la población de adultos mayores y, de ser así, definir de cuál ocuparía ese rol. En la misma línea, es necesario pensar en estrategias para la coordinación de los distintos programas e intervenciones de estos ámbitos involucrados en la materia.

En segundo lugar, es necesario fortalecer los recursos presupuestarios y humanos con los que cuenta la DINAPAM para mejorar su posicionamiento dentro del conjunto de los actores involucrados en políticas hacia la tercera edad.

En tercer lugar, es preciso fortalecer el rol del Consejo Federal de Adultos Mayores como instancia para la concertación de políticas entre niveles de gobierno. Esto implicaría promover un acuerdo federal que explicita la división de funciones entre niveles de gobierno.

En cuarto lugar, es necesario fortalecer las áreas de adultos mayores de las provincias, de tal forma que puedan posicionarse como interlocutores con saber técnico y capacidad de decisión.

En quinto lugar, es recomendable difundir información acerca de las estrategias desplegadas para la conformación de los Consejos Consultivos de Adultos Mayores a nivel subnacional, en particular, respecto de los mecanismos utilizados para la convocatoria de los participantes, su elección y la posterior rendición de cuentas que estos deben hacer antes de quienes los eligieron.

En sexto lugar, fortalecer las organizaciones sociales que trabajan con adultos mayores brindándoles información y capacitación para apuntalar su rol como difusoras y mediadoras en el acceso a la oferta de programas públicos.

Finalmente, la enorme heterogeneidad interjurisdiccional llama a la sanción de una ley nacional que afirme, en su especificidad, los derechos de los adultos mayores, especialmente de aquellos que se encuentran en situación de dependencia. Esta norma debería establecer, además, estándares mínimos de calidad en los servicios y prestaciones, para generar equidad territorial en el cuidado de adultos mayores.¹⁷

Los avances hechos en distintos aspectos, como la cobertura previsional y de salud, deben ser los cimientos para la implementación de una red pública de cuidados que adopte un enfoque sistémico. Y la participación de los adultos mayores en el diseño e implementación es clave en la medida en que constituyen un recurso valioso para la sociedad, cuyo potencial solo puede actualizarse cuando se ofrecen las condiciones para la generación de un entorno amigable. En el contexto de la finalización del bono demográfico, Argentina no puede desaprovechar esta oportunidad.

17. Existen actualmente numerosos proyectos de ley que tratan la temática de adultos mayores. Entre ellos se pueden mencionar la Comisión de Asesoramiento Legislativo para articular políticas relacionadas con los adultos mayores (8335-D-2014), la Creación de una institución para la protección y promoción de los derechos de adultos mayores (7712-D-2014), ambos del Frente para la Victoria; la Creación de un Observatorio Nacional de Adultos Mayores (7029-D-2014), el proyecto de Prevención, Detección y Erradicación del Maltrato de Adultos Mayores (7030-D-2014), ambos del GEN; y dos proyectos para la Creación de un Régimen Integral para Adultos Mayores (1954-D-2014 Y 1241-D.2014), ambos de la UCR.

Referencias bibliográficas

Amadasi, E. & Tinoboras, C. 2015. *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Buenos Aires, EDUCA.

Banco Mundial. 2014. *Más allá de las pensiones contributivas*. Washington D.C., Banco Mundial.

—. 2015. *Los años no vienen solos: oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires, Banco Mundial.

Butler, R. 1969. Age-ism: another form of bigotry. En *The Gerontologist* (9), pp. 243-246.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2009. *Envejecimiento y crisis del cuidado ¿Oportunidad o Desafío?* Santiago de Chile, CEPAL.

EDSA-Bicentenario. 2010-2016. *Observatorio de la Deuda Social*. Buenos Aires, UCA.

Flores-Castillo, A. 2013. *Transferencias no contributivas a personas mayores. Análisis comparativo de dos programas: 70 y más y Pensión Alimentaria de la Ciudad de México*. Santiago de Chile, CEPAL.

Gil Gregorio, P. 2004. *Guía de buena práctica clínica en geriatría: depresión y ansiedad*. Madrid, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría.

González, C. (2001). *Características de las caídas en el adulto mayor que vive en comunidad*. Santiago de Chile, Revista Médica de Chile.

Iacub, R. 2012. *El poder en la vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento*. Buenos Aires, INSSJP.

IMSERSO. 2011. *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid, IMSERSO.

INDEC. 2014. *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. Buenos Aires, INDEC.

Jaccoud, L. 2010. *Envejecimiento, dependencia y oferta de servicios asistenciales: un nuevo desafío para los sistemas de protección social*. Santiago de Chile, CEPAL.

Lalivé D'Épinay, C. 1998. *¿Cómo definir la edad muy avanzada? Criterio de edad cronológica o edad sociofuncional*. Ginebra, Université de Genève.

Ministerio de Economía de la Nación. 2011. *Presupuesto de Prórroga*. Buenos Aires, Ministerio de Economía.

—. 2014. *Cuenta de Inversión 2013 (Tomo II)*. Buenos Aires, Ministerio de Economía.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 2013. *Memoria Anual del Estado de la Nación. Logros de la gestión de la Coordinación*. Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Oddone, M. & Salvarezza, L. 2001. Caracterización psicosocial de la vejez. En Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social (eds.), *Informe sobre Tercera Edad en la Argentina*, pp.281-313, Buenos Aires, STECABA.

Razavi, S. 2007. *The political and social economy of care in a development context*. Londres, LSE.

Recchini de Lattes, Z. 2001. *Situación sociodemográfica de la población adulta mayor*. Buenos Aires, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social.

Redondo, N. 2014. *Los servicios integrales para las personas mayores dependientes: un desafío para el sistema sociosanitario argentino*. Buenos Aires, Voces en el Fénix.

Repetto, F.E. 2011. *Políticas y acciones orientadas a los adultos mayores*. Buenos Aires, CIPPEC.

PARTE II

Dimensiones transversales del cuidado

PARTE II

Dimensiones transversales del cuidado

**Cuidados y mercado
de trabajo: oportunidades
y desafíos de las políticas
de empleo para generar y
promover trabajo decente**

Luis Casanova
Carina Lupica
OIT

Introducción

En la 101ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de 2012 se aprobó la Recomendación número 202 sobre los pisos de protección social, donde se señala que estos deberían comprender determinadas garantías básicas de seguridad social, entre ellas, el fomento de los servicios sociales de cuidado para personas cuidado-dependientes, debido a su edad, incapacidad o estado de salud, desde la corresponsabilidad pública y social (OIT, 2012).

De esta manera, se abre una importante oportunidad para asumir los cuidados como una necesidad social básica y, por lo tanto, como un derecho de ciudadanía: el derecho universal a ser cuidado, a cuidar y al autocuidado. Cuando el cuidado se constituye en un derecho de ciudadanía, la sociedad y el Estado se obligan a atender las garantías y los mecanismos que aseguren su provisión digna a quienes lo requieren, como así también a reparar las condiciones para ejercerlo de manera adecuada.

La atención del cuidado mediante la protección social comprende la tríada de tiempo, dinero y servicios para cuidar, es decir que supone permisos laborales para que quienes trabajan de forma remunerada puedan cuidar a sus familias, transferencias monetarias para ayudar económicamente a las familias de las personas que requieren cuidados y servicios de atención directa a los asistidos.

A la vez, la ampliación y creación de nuevos servicios de cuidados presenta una oportunidad para generar nuevos puestos de trabajo, ya que se trata de tareas intensivas en mano de obra, y, a la vez, desafíos importantes para formalizar empleos ya existentes y promover su calidad. En este sentido, el Estado debe adoptar una actitud activa en relación con la protección y promoción de las condiciones de trabajo de quienes se desempeñan en la amplia gama de los cuidados. Se trata de revalorizar el rol de los trabajadores y trabajadoras del rubro, fomentar condiciones de trabajo decente, impulsar formas de trabajo que sean profesionales y estén dignamente retribuidas, lo que representa, además, una forma de incentivar la calidad de la asistencia que reciben las personas que la requieren o demandan.

El presente capítulo busca dar continuidad y profundizar el diálogo social efectivo que contribuya a la promoción del empleo de calidad en Argentina y la incorporación de los cuidados en el sistema de protección social.

1. La oportunidad de generar trabajo decente y corregir brechas de género a través de la ampliación de los servicios de cuidado

Los temas vinculados con las políticas de cuidado son transversales a los objetivos estratégicos de la agenda de trabajo decente, y a su vez relevantes para atender la dimensión de género en cada uno de ellos. Uno de los temas centrales en la agenda de la OIT es promover el trabajo decente en la economía del cuidado.

La ampliación de la oferta de servicios de este tipo constituye una oportunidad importante para generar nuevos empleos. En primer lugar, los servicios de cuidado representan una nueva fuente de empleo para aquellos trabajadores y trabajadoras que desean ejercer estas labores como un trabajo remunerado. Pero, al mismo tiempo, una mayor oferta de servicios de cuidado ofrecerá más oportunidades para que quienes se dedican al cuidado en sus hogares como un trabajo no remunerado -generalmente las mujeres-, puedan disponer de más tiempo para insertarse en el mercado de empleo.

Debido a la división tradicional (según género) del trabajo, las mujeres asumen el cuidado en sus hogares, liberando a los potenciales trabajadores de dichas responsabilidades. La medición y comparación del tiempo que las mujeres y los hombres destinan al cuidado ha generado evidencia inédita sobre las desigualdades arraigadas en las familias. El trabajo no remunerado influye entonces sobre la cantidad de personas disponibles para el trabajo remunerado y sobre la cantidad de horas asignadas al mismo. Pero no solo la oferta del trabajo remunerado está condicionada por el no remunerado de cuidado, también lo está su demanda. Basta mencionar que los empleadores tienden a escoger distintos perfiles en concordancia con las obligaciones y los estereotipos de género (CEPAL, 2012, citado en Lupica, 2015).

Tal como se muestra en el cuadro 1, las mujeres se dedican en mayor proporción y cantidad de tiempo a las tareas de cuidado, incluso cuando están ocupadas en el mercado de trabajo, lo que ocasiona que muchas de ellas se excluyan de este o se inserten en empleos a tiempo parcial o cuyo ejercicio no implica asistir a un lugar fijo de trabajo, como forma de conciliar las responsabilidades familiares con las obligaciones del trabajo remunerado. Así, la pobreza de tiempo de las mujeres impone límites a su autonomía económica presente y futura -debido a las menores cotizaciones a la seguridad social- a la vez que acarrea pobreza de ingresos para los hogares (Lupica, 2015).

De esta manera, la ampliación de la oferta de servicios de cuidados dotaría de tiempo y más posibilidades a las mujeres para insertarse en el mercado de trabajo o hacerlo en ocupaciones con mayor dedicación horaria y, probablemente, con protección social y mejores ingresos laborales. Asimismo, beneficiaría el trabajo de los jóvenes, en particular

de aquellas mujeres que no estudian ni trabajan -las mal denominadas “NiNis”- debido a las tareas de cuidado que ejercen en sus propios hogares. Nótese que el 56,9% de las mujeres entre 18 a 24 años de edad realizan trabajo de asistencia de los miembros de sus hogares, tareas a las que le destinan en promedio 7,4 horas diarias (cuadro 3.1). El acceso a los servicios de cuidado ofrecería a estas jóvenes mayores oportunidades para finalizar sus estudios y/o participar de políticas de empleo -como el Prog.r.es.ar¹⁸-, con efectos positivos en su futura inserción laboral.

Cuadro 3.1.

Tiempo dedicado a las tareas de cuidado y de vínculo con el mercado de trabajo.

Jovenes de 18 a 24 años	Tareas de cuidados (miembros de hogar)		Adultos de 25 a 39 años	Tareas de cuidados (miembros de hogar)		Adultos de 40 a 64 años	Tareas de cuidados (miembros de hogar)	
	Todos	%		Horas ²	Todos		%	Horas ²
Ninis	34,9	6,8	Inactivos y desocupados	48,4	7,1	Inactivos y desocupados	26,2	5,5
Solo estudian	12,9	5,0	Asalariados formales	33,0	4,7	Asalariados formales	18,7	4,2
Estudian y trabajan o buscan trabajo	11,9	4,4	Asalariados informales	36,8	5,4	Asalariados informales	23,6	4,4
Solo trabajan	20,1	4,8	Resto de los ocupados	32,5	5,2	Resto de los ocupados	17,6	4,2
Varones			Varones			Varones		
Ninis	13,0	4,2	Inactivos y desocupados	14,1	5,2	Inactivos y desocupados	16,1	4,5
Solo estudian	4,2	2,4	Asalariados formales	29,9	3,9	Asalariados formales	15,3	3,6
Estudian y trabajan o buscan trabajo	7,8	3,5	Asalariados informales	22,5	3,6	Asalariados informales	15,8	4,0
Solo trabajan	15,2	3,2	Resto de los ocupados	25,3	4,0	Resto de los ocupados	15,2	3,7
Mujeres			Mujeres			Mujeres		
Ninis	56,9	7,4	Inactivos y desocupados	56,2	7,2	Inactivos y desocupados	28,8	5,6
Solo estudian	19,5	5,4	Asalariados formales	37,3	5,4	Asalariados formales	23,4	4,8
Estudian y trabajan o buscan trabajo	15,2	4,8	Asalariados informales	51,7	6,2	Asalariados informales	29,4	4,7
Solo trabajan	32,4	6,7	Resto de los ocupados	45	6,4	Resto de los ocupados	23,4	4,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EAHU de 2013.

18. El Gobierno nacional estima que el programa beneficiará al 78% de los jóvenes que carecen de empleo y están en los dos niveles de más bajos recursos en Argentina. Para más información, consúltese: <http://www.progresar.anses.gov.ar>

Por otra parte, además de las desigualdades de género que giran en torno al tema de la economía de los cuidados también están presentes otras inequidades, como por ejemplo el acceso a los servicios de asistencia según estrato socioeconómico. Algunas estadísticas dan cuenta de la magnitud de esto. En el caso de los adultos mayores que presentan algún tipo de dependencia¹⁹ y necesitan ayuda para la realización de actividades diversas, se registra que son los hogares del quintil más rico quienes tienen la posibilidad de contar con los servicios de un cuidador especializado; aunque es muy bajo el porcentaje de hogares que cuentan con uno de estos (INDEC, 2014). Por su parte, respecto de la asistencia de niños y niñas de 0 a 4 años a establecimientos de cuidado, se observa una situación análoga: en el quintil de más bajos ingresos, el 21% de los niños y niñas asiste a alguno de estos espacios, mientras que entre los niños que forman parte de hogares de más altos ingresos la asistencia se eleva a más del doble (52%). Asimismo, se registran inequidades regionales: en la CABA, un 62% de los niños tuvo acceso a estos espacios, mientras que en las regiones del NEA y NOA esta situación se reduce a menos del 20% (UNICEF & SENAF, 2012). Adicionalmente, indagando por las características de los hogares que emplean trabajo doméstico remunerado, Bertranou & Casanova (2013) señalan que un 70% de estos hogares correspondían al quintil de más altos ingresos cuyos miembros presentaban inserciones laborales de mejor calidad. En todos estos casos, aquellos hogares pertenecientes a los quintiles de menores ingresos que no pueden acceder a determinado tipo de servicios de cuidados, resuelven esto asignando mayor tiempo a las tareas de asistencia y menor tiempo a otras actividades (entre ellas, la participación en el mercado de trabajo), particularmente en el caso de las mujeres.

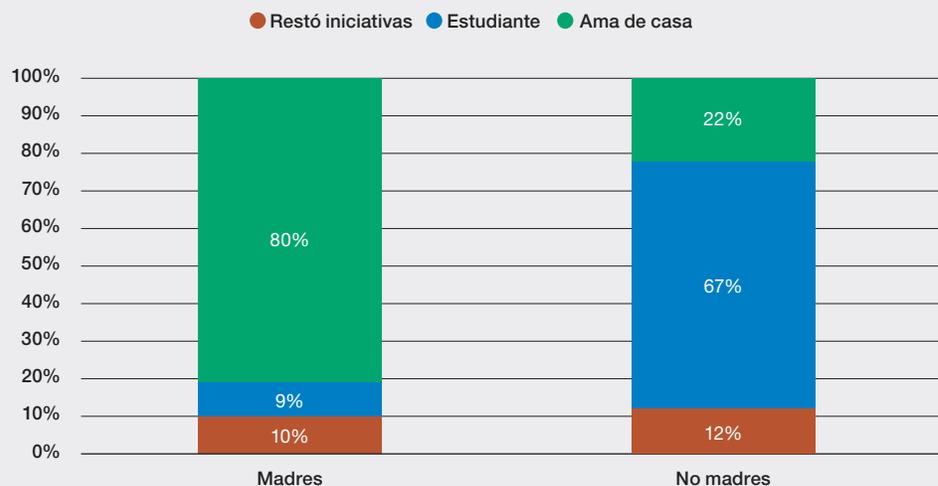
De este modo, en línea con lo planteado en los párrafos previos, la extensión de los servicios de cuidados facilitaría la mayor participación laboral de las mujeres en el mercado de empleo, lo cual no solo atenuaría las desigualdades laborales en materia de género sino además algunas otras como las relacionadas con el acceso a la seguridad social²⁰. En efecto, la inactividad incide mayormente entre las madres. Estas tienen una tasa de participación laboral del 60%, comparada con las no madres (80%) (PNUD, 2014). Asimismo, el gráfico 3.1 permite ver la causa de la inactividad entre las mujeres con hijos y las que no. Entre las primeras, un 80% son inactivas por dedicarse a las tareas del hogar (amas de casa), mientras que entre las mujeres que no son madres, solo un 22% se dedica exclusivamente a estas tareas.

19. De acuerdo a la EnCANVIAM, se define como un adulto mayor dependiente a quienes necesitan ayuda para alguna de las siguientes situaciones: comer en un tiempo razonable; vestirse o desvestirse; bañarse, peinarse, lavarse los dientes o la cara; usar el inodoro o higienizarse; acostarse o levantarse de la cama; andar de un lado a otro de su casa; subir y bajar escaleras; utilizar el teléfono, marcar los números y contestar una llamada; viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular, etc.; organizar sus medicamentos y tomarlos; manejar su dinero; hacer las compras; preparar comidas calientes; hacer las tareas del hogar (lavar los platos, tender las camas y barrer).

20. No obstante, en relación a esto también sería necesario contar con algunas otras acciones que atiendan la dimensión de género dentro del diseño de las prestaciones de seguridad social.

GRÁFICO 3.1.

Razones de inactividad de las mujeres de 16 a 49 años, por condición de maternidad. Año 2015.



Fuente: CIPPEC en base a EPH 2° trim 2015.

Por otra parte, la expansión de la oferta pública de cuidados podría generar alguna contribución en materia de formalización, ya que, como se dijo precedentemente, en algunos casos las mujeres se insertan en empleos informales de tiempo parcial o trabajan en formas más precarias para atender las demandas de cuidado de algunos integrantes de su grupo familiar (OIT, 2013).

La mayor tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo tendría un considerable potencial para el desarrollo económico, pero solo si los nuevos puestos creados (sea directos por la creación de nuevos servicios de cuidados o indirectos) son en condiciones de trabajo decente (OIT, 2013). Para lograr estos resultados no solo se requiere de una mayor disponibilidad de servicios sino también de prácticas laborales que apoyen la inserción laboral femenina, tales como los servicios de información y orientación que tomen las necesidades específicas de las mujeres, programas de capacitación y formación para mejorar su empleabilidad, programas específicos para atender las necesidades de los grupos de mujeres principalmente afectadas por la desigualdad -migrantes, mujeres rurales y trabajadoras agrícolas, mujeres jóvenes-, y las políticas de conciliación trabajo-familia para trabajadores de ambos sexos, entre otras medidas (CEPAL, FAO, ONU Mujeres, PNUD & OIT, 2013).

21. Cabe destacar que la tasa de actividad femenina creció de manera significativa entre mediados de los años ochenta y noventa; desde entonces presenta un estancamiento.

2. El desafío de mejorar la calidad del empleo de los trabajadores del cuidado

Los trabajadores del cuidado son personas cuya ocupación conlleva la prestación de un servicio de contacto personal que mejora las capacidades humanas de quienes lo reciben. Es decir que son aquellos que desempeñan actividades que contribuyen a la salud, la seguridad física, el desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas, interactuando directamente con los receptores del servicio (Buding et al., 2002, citado en Razavi & Staab, 2010).

El trabajo de cuidado comprende un abanico amplio y heterogéneo de trabajadores, de acuerdo con sus cualificaciones individuales, las características de las poblaciones a las que brindan asistencia, el ámbito laboral donde se desempeñan, las diferentes normativas que regulan su relación laboral y el reconocimiento social y económico de su labor.

En especial, son las mujeres quienes están sobrerrepresentadas en los oficios y profesiones que implican el cuidado de terceros. Como consecuencia de los estereotipos de género donde son las mujeres quienes asumen las responsabilidades de cuidado, ellas se han especializado en esas tareas, incluso en el ámbito laboral. En Argentina, el 86% de los trabajadores del cuidado son mujeres y una tercera parte de las mujeres trabajadoras lo hace en este tipo de ocupaciones, siendo aproximadamente la mitad de ellas maestras, profesoras, médicas y enfermeras, mientras la otra mitad son trabajadoras de casas particulares (Esquivel, 2010).

Como parte del esfuerzo por revalorizar el trabajo de cuidado, el Estado deberá adoptar una actitud mucho más activa en relación con la protección y promoción de las condiciones laborales de quienes se desempeñan en la amplia gama de los servicios de cuidado.

2.1. Trabajadoras de casas particulares²²

En Argentina, según datos de la EAHU 2013, 1.196.500 personas de los grandes centros urbanos se desempeña en el sector doméstico remunerado. Se trata de una actividad laboral poco profesionalizada, que presenta bajas barreras de ingreso y muy escasas perspectivas de movilidad ocupacional. De allí que participen en esta actividad principalmente las mujeres de los sectores más pobres de la población, migrantes (de países limítrofes o del interior del país)²³ y madres solas con hijos a cargo²⁴.

22. El análisis de las trabajadoras del hogar se basa en Lupica (2012).

23. Para mayor información las condiciones socioeconómicas de las trabajadoras domésticas paraguayas, los cambios normativos en la política migratoria argentina y la reciente legislación sectorial de 2013 (ver Messina, 2015).

24. Se desempeñan en el trabajo doméstico remunerado el 34,4% de las mujeres de 14 a 49 años de edad que pertenecen al 30% de los hogares con menores ingresos per cápita familiares, mientras que lo hace solo el 2,8% de las del 30% de los hogares con mayores ingresos per cápita familiares. Son trabajadoras del hogar el 15,5% de las madres con hasta 2 hijos, el 22,5% de las que tienen entre 3 y 4 hijos, y el 31,7% de las que tienen más de 4 hijos. El 22,9% de las madres ocupadas que están separadas o divorciadas se desempeñan como trabajadoras en casas particulares, porcentaje que se incrementa al 29,1% entre las que están solteras y al 30,4% entre las que son viudas (Lupica & Cogliandro, 2013).

Las tareas de las trabajadoras de casas particulares son muy abarcativas y disímiles: incluyen los quehaceres del hogar y, en muchos casos, un conjunto de labores cotidianas en pos del cuidado físico, intelectual y emocional de los miembros del grupo familiar. Esas tareas no están detalladas en la normativa que regula la actividad y, por lo general, no se establecen por escrito en los contratos de trabajo²⁵.

La modalidad de contratación de estas empleadas es diversa: desde el trabajo independiente, en el cual estas pueden negociar su horario de trabajo y las labores que llevan a cabo, pasando por el trabajo “con retiro” algunos o todos los días de la semana, hasta el servicio “puertas adentro” o “sin retiro”, en el que la trabajadora pernocta en la vivienda del hogar donde realiza sus labores, teniendo libre solo algún día del fin de semana. En el 2012, el 76,1% de las trabajadoras de casas particulares trabajaban en un solo hogar; el 14,0%, en dos hogares; y el 9,9%, en tres o más hogares; y solo el 2% lo hacía “sin retiro” (Bertranou & Casanova, 2013).

A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de los trabajadores, las de este sector tienen por empleador a una o varias familias y sus actividades se desarrollan en el interior de casas particulares, lo que contribuye a la generación de una relación personal entre quienes realizan la labor y quienes la demandan. A menudo, este vínculo involucra emociones y afectos, lo que dificulta que la actividad alcance legitimidad como “trabajo”, lo que muchas veces dificulta el reclamo y la gestión de los beneficios que le corresponden a la empleada (Hondagneu-Sotelo, citado en Lupica, 2012).

Las trabajadoras de casas particulares se encuentran al pie de la escala salarial, no obstante lo cual sus ingresos individuales representan aportes indispensables para el sostenimiento económico de sus hogares. Según datos de la EAHU 2013, el 81,2% de ellas no cuenta con los beneficios de la seguridad social y solo un porcentaje muy reducido recibe otros beneficios sociales, como aguinaldo, vacaciones pagas, días por enfermedad u obra social. Ello ocurre pese a las acciones llevadas a cabo por el Gobierno nacional para simplificar e incentivar su formalización²⁶, y la sanción del Régimen Especial de Contrato de Trabajo para Personal de Casas Particulares (Ley N° 26.844)

25. De acuerdo a la Ley N° 26.844 que regula la actividad, se considera trabajo en casas particulares a toda prestación de servicios o ejecución de tareas de limpieza, de mantenimiento u otras actividades típicas del hogar. Se entenderá como tales también a la asistencia personal y el acompañamiento prestados a los miembros de la familia o a quienes convivan en el mismo domicilio con el empleador, así como al cuidado no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad.

26. La deducción del costo de los aportes y contribuciones de las trabajadoras domésticas de la declaración del Impuesto a las Ganancias de sus empleadores (2005), el programa de regulación del trabajo doméstico para que las trabajadoras domésticas puedan tener aportes jubilatorios y obra social (2006), la obligatoriedad de registrar a los trabajadores del hogar con independencia de la cantidad de horas que trabajen y el “agravamiento indemnizatorio” para quien no tenga su personal debidamente registrado (2013), y la presunción de quienes contratan trabajadoras de casas particulares (2013).

del año 2013, que significó eliminar la normativa legal discriminatoria que regulaba este trabajo y equiparó los derechos de estas trabajadoras con los de los asalariados registrados, incluidas las garantías de protección a la maternidad en el trabajo²⁷.

Recuadro 1 | Reconocimiento y profesionalización del trabajo de cuidado

El caso de las trabajadoras de casas particulares

Mejorar la situación de las trabajadoras de casas particulares requiere aplicar un abanico de medidas que implican un esfuerzo importante por parte de todos los actores involucrados -el Estado, los empleadores y las trabajadoras domésticas-, y cuya implementación no será posible sin que la percepción del trabajo doméstico y de las trabajadoras sea modificada dentro de la sociedad. Específicamente, se debería trabajar en, al menos, las siguientes líneas de acción:

- ✓ *Formalización y registro*: el Estado debe efectuar -en forma permanente y continua- acciones de monitoreo del trabajo doméstico para eliminar progresivamente su masiva informalidad laboral. Son relevantes las acciones de prevención (campañas de información y promoción del cumplimiento de la ley) y los sistemas de acogida de denuncias, junto con procedimientos claros y expeditos de multas y sanciones para quienes infrinjan la ley. En este sentido, es interesante el rol desarrollado por el Tribunal de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (MTEySS), organismo competente para intervenir en los conflictos que se deriven de las relaciones de trabajo regladas por la Ley N° 26.844, que se hayan desenvuelto en la Ciudad de Buenos Aires. A su vez, los empleadores deben comprometerse con la mayor formalización en las relaciones laborales lo que conlleva concebir a las trabajadoras como “empleadas”, en particular, porque ellos pertenecen a los sectores de mayores ingresos y el gasto total que realizan en estas actividades representa en promedio el 9,8% de sus ingresos totales (Bertranou & Casanova, 2013).
- ✓ *Profesionalización*: es recomendable promover la capacitación de las empleadas de casas particulares en condiciones saludables de cuidado, higiene para la manipulación de alimentos, uso de aparatos electrodomésticos y de productos de limpieza, entre otras, para alcanzar una mejor productividad y calidad de servicio, así como para aumentar la seguridad y salud de las trabajadoras. En esta tarea, los sindicatos tienen un rol fundamental, al igual que la Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares (CNTCP), entre cuyas atribuciones se encuentran fijar las remuneraciones mínimas y establecer las categorías de las trabajadoras, determinar sus condiciones generales de trabajo y promover el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo.
- ✓ *Organización y asistencia*: el bajo nivel educativo de las trabajadoras, el desconocimiento de sus derechos y el aislamiento en que desempeñan su labor son obstáculos muy significativos para mejorar las condiciones de sus empleos. Por tal motivo, es aconsejable fomentar su terminalidad educativa, proporcionarles asistencia legal y social gratuita para la información de sus derechos

27. Hasta la sanción de la Ley N° 26.844, el trabajo doméstico se encontraba regulado por el Decreto Ley N° 326 del año 1956, que excluía a los trabajadores del sector de las garantías previstas en la Ley N° 11.544 (Jornada de trabajo), la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744, la Ley de Asignaciones Familiares N° 24.714, la Ley de Jubilaciones y Pensiones N° 24.241, la Ley de Obras Sociales N° 23.660 y la Ley de Riesgos del Trabajo N° 23.557.

laborales y la existencia de políticas sociales a las que pueden acceder. También es recomendable implementar servicios públicos de búsqueda de empleo y de colocación para facilitarles el acceso a más oportunidades de trabajo. Su sindicalización y la promoción de alianzas con otros actores (organizaciones de mujeres, grupos de defensa de migrantes) contribuyen al reconocimiento de sus derechos. De allí que sea auspicioso el Programa de Apoyo a la Formación Sindical impulsado por el MTEySS.

- ✓ *Sensibilización para un cambio cultural:* es aconsejable continuar desarrollando campañas con el fin de sensibilizar a la sociedad acerca de la situación de desprotección legal de las trabajadoras de casas particulares y sobre la importancia de las tareas que desarrollan. La campaña “Regularice a su empleada” y la implementación del “Trabajo Registrado Móvil” que llevó a cabo el MTEySS son ejemplos de prácticas que deben continuarse.
- ✓ *Los cuidados como un componente de la protección social:* la provisión de servicios públicos y gratuitos de cuidados para las trabajadoras del hogar es esencial, ya que muchas de ellas son madres con escasos ingresos que no tienen posibilidades de pagar un jardín privado. Por eso, es importante la extensión de la modalidad de doble jornada en las escuelas y fortalecer la oferta de servicios de cuidados para las personas que estén a su cargo.

2.2. Cuidadores domiciliarios²⁸

Mediante el Programa de Cuidados Domiciliarios implementado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se capacitan anualmente poco más de 6.100 trabajadores que brindan servicios de cuidados a aproximadamente 4.000 adultos mayores en sus domicilios²⁹ (Ministerio de Economía 2013). Se trata de trabajadores que tienen entre 25 y 50 años, pertenecen a hogares de escasos recursos y bajo nivel educativo, no poseen empleo estable ni calificación ocupacional y suelen ser beneficiarios de otros programas sociales (CEPAL, UNFPA & Ministerio de Desarrollo Social, 2009). Muchos de ellos tienen experiencia previa en el cuidado de personas mayores y buscan una acreditación para desempeñar su tarea. En esos casos, el programa opera en la práctica como una política de certificación de competencias, que legitima los conocimientos y las destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen la función laboral del cuidado.

La tarea central de los cuidadores domiciliarios consiste en acompañar a los adultos mayores en la realización de las actividades de la vida diaria, función que se traduce en un conjunto de labores muy amplias, que varían de acuerdo con la situación de

28. El estudio de los cuidadores domiciliarios se realiza sobre la base de CEPAL, UNFPA & Ministerio de Desarrollo Social (2009), informe en el que se analizan, entre otras, las características de los cuidadores del Programa de Cuidados Domiciliarios del gobierno nacional, sobre la base de un trabajo de campo realizado en el Gran Buenos Aires, Córdoba y Jujuy.

29. De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores (2012), solamente un 2% de los adultos mayores que presenta algún tipo de dependencia y necesita ayuda para la realización de actividades diversas, recibe cuidados de un trabajador especializado y un 16% lo hace de parte de un trabajador doméstico o cuidador no especializado.

vida particular de cada persona a la que se atiende, tales como: higienizar, vestir, trasladar, alimentar al asistido; atender su salud (comprar medicamentos, trasladarlo a las consultas médicas, gestionar turnos); brindar compañía, diálogo, lectura y apoyo emocional; ordenar y limpiar la vivienda, entre otras. La variedad de los quehaceres y la urgencia de las necesidades de las personas mayores complejizan la delimitación de las funciones de los cuidadores domiciliarios.

Estos trabajadores no cuentan con las garantías para la protección de la maternidad en el trabajo y el apoyo a trabajadores con responsabilidades familiares porque no están amparados por la Ley de Contrato de Trabajo.

2.3. Docentes de educación inicial

La educación inicial es una ocupación con alta preponderancia de mujeres jóvenes e instruidas: ellas representan el 95,1% de los docentes del nivel inicial, el 85,4% tiene entre 25 y 49 años (Censo Nacional de Docentes 2004) y el 97% tiene título de nivel terciario, lo que constituye una acreditación necesaria para ejercer su profesión³⁰ (Esquivel, 2010).

El Estado, además de tener a su cargo la regulación de las condiciones laborales de todos los trabajadores del cuidado, es el principal empleador de quienes se desempeñan en el nivel inicial de educación: de la totalidad de los cargos docentes de nivel inicial que hay en la Argentina (113.290), el 64,7% corresponde al sector de gestión estatal y el 35,3% al de gestión privada (DiNIECE, 2010).

La organización diaria del trabajo de los docentes del nivel inicial está fijada claramente en función del número de horas de asistencia de los alumnos a los jardines, el tamaño máximo de las salas de acuerdo con la edad de los niños y las responsabilidades de los padres y docentes, entre otros. Prácticamente todas las maestras de educación inicial están registradas, es alto el nivel de sindicalización de las que se desempeñan en el sector público³¹ y sus sueldos mensuales son superiores, en término medio, que el promedio de la remuneración que perciben las trabajadoras del cuidado (Esquivel, 2010).

Las maestras de educación inicial que trabajan en el sector público tienen derechos y obligaciones fijados por el Estatuto Docente,³² mientras que las que trabajan en el sector privado están sujetas al Régimen de Contrato de Trabajo³³. Por ejemplo, el acceso y

30. Los títulos de nivel terciario son concedidos por instituciones educativas especializadas (profesorados), y se pueden obtener después de tres o cuatro años de estudios.

31. Los salarios de los docentes de educación inicial se negocian conjuntamente con los de los docentes de escuela primaria.

32. Ley N° 14.473 (1958), aprobatoria del Estatuto Docente del Ministerio de Educación y Justicia.

33. Ley N° 20.774 (1974).

la duración de las licencias por maternidad que pueden gozar es muy heterogéneo y varía de acuerdo con la normativa vigente de la jurisdicción donde desempeñan sus tareas (CIPPEC, 2013).

2.4. Trabajadores del cuidado en organizaciones sociales y comunitarias

Las tareas de cuidado en el ámbito social y comunitario también están extremadamente feminizadas, pues la presencia de varones es ínfima y se concentra en las tareas de mantenimiento (sin contacto con los niños) y en el área de educación física (con una asistencia esporádica al centro). Las mujeres que trabajan en las salitas, centros o jardines comunitarios son, en su gran mayoría, “mamás cuidadoras” que reciben a niños del barrio, tienen experiencias laborales previas en actividades vinculadas con tareas del hogar y de cuidado: fueron trabajadoras de casas particulares, empleadas del sector limpieza de empresas y oficinas (maestranza) o efectuaron el trabajo de cuidado en el propio hogar (Zibecchi, 2013). Estas características del empleo no solo se observan en los servicios de cuidado provistos por Organizaciones no Gubernamentales, sino también en algunos servicios provistos por el sector gubernamental.

Aunque la mayoría de las mujeres han participado de algún curso de formación, solo una proporción menor (30%, aproximadamente) son maestras jardineras, generalmente las coordinadoras de los centros (Fundación C&A, 2008). Las cuidadoras de estos centros desempeñan un trabajo diario con cierta flexibilidad horaria, según las necesidades familiares de los niños. Sus ingresos son escasos, precarios e inestables: alrededor de un tercio de ellas cobra un sueldo formal, mientras que las restantes reciben incentivos o viáticos, pagos en especies (alimentos y mercadería) o prestan sus servicios a cambio de algún plan social. La precariedad laboral de estas trabajadoras dificulta la conformación de equipos de trabajo estables y al mismo tiempo esto termina afectando la calidad del cuidado que se les brinda a los niños.

Adicionalmente, se destaca que históricamente en los espacios comunitarios ha predominado el perfil voluntario y militante de los recursos humanos por sobre el “titulado” en la educación formal. No obstante, en los últimos años se han observado dos procesos simultáneos: por un lado, una mayor cantidad de educadoras comunitarias, que viven en los barrios donde se encuentran ubicados los espacios de cuidado y educación de la primera infancia, y que no cuentan con título habilitante se han volcado a completar los estudios terciarios o universitarios de educación inicial o nutrición para poder ser incorporadas como docentes en los mismos centros. Por otra parte, a partir de la articulación de políticas públicas, en diversas provincias del país se han destinado recursos humanos con formación terciaria o universitaria a los espacios no formales (Rozengardt, 2014).

El marco normativo que regula las actividades de los centros comunitarios es altamente complejo, como producto del entrecruzamiento de la normativa vigente en las distintas jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), la normativa referida a las organizaciones de la sociedad civil en general y a los jardines en particular, además de todo lo que atañe a las leyes marco de educación, incluyendo las cuestiones relativas a las personas a cargo de los niños, los derechos de los mismos y el derecho de la comunidad a asociarse. Esta situación introduce una problemática relevante al momento de abordar el tema de los cuidados en las organizaciones comunitarias: la situación legal de las personas a cargo de niños. Cualquiera que realice estas actividades, cumple con tareas o desarrolla trabajos en una organización no gubernamental encuadra su labor en la Ley de Voluntariado N° 25.855/2004, donde se establece que solo se requiere la voluntad y el consentimiento de la persona para la realización de las tareas (art. 3). Sin embargo, en las organizaciones comunitarias, muchas de las trabajadoras del cuidado no pueden ser comprendidas como voluntarias, en particular porque realizan una labor que combina asistencia con educación, por lo tanto, la discusión debe incluir también un debate acerca de la competencia, la idoneidad y el marco regulatorio que alcanza a toda tarea de enseñanza.

Asimismo, estas trabajadoras no tienen las garantías de cuidado de sus familias, pues se trata de empleos no registrados en la seguridad social (asalariados no registrados) o incorrectamente registrados en la seguridad social (por ejemplo, como monotributistas) y no contemplados en la ley del voluntariado.

3. Consideraciones para la agenda de políticas públicas

La histórica división sexual del trabajo y la consiguiente asignación del trabajo de cuidado a las mujeres, constituye una de las principales barreras que ellas continúan enfrentando en el mundo laboral. Por lo tanto, la autonomía económica de las mujeres no será posible si los cuidados no se conciben como un derecho básico de ciudadanía que la colectividad asume y garantiza para maximizar el bienestar individual y social, con directa competencia del Estado en la provisión de servicios de cuidado y en la regulación de las responsabilidades que asumen otras instituciones, incluida la calidad de los empleos de este tipo de trabajadores.

A fin de diseñar un esquema integral de protección social que incorpore la corresponsabilidad social de los cuidados, es recomendable actuar en cinco direcciones principales, que se sintetizan a continuación.

3.1. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de cuidado

El Convenio N° 156 y la Recomendación N° 165 de la OIT establecen que la provisión de los servicios de cuidado tiene que ser responsabilidad de los Estados, aunque estos puedan crear las condiciones para incentivar a que otras entidades los desarrollen, incluso las empresas. En ese sentido, los Estados deben ser proveedores activos de estos servicios, priorizando la inversión pública para ampliar la oferta de instituciones educativas básicas de jornada completa, la disponibilidad de servicios de cuidado para los más pequeños y para personas mayores o con discapacidades. Deben también fortalecer los espacios de cuidado en las organizaciones sociales y comunitarias ya existentes, promoviendo su institucionalización y formalización, brindando capacitaciones integrales y garantizando su articulación con instituciones formales educativas y de salud. Las organizaciones comunitarias deben poder otorgar certificaciones que acrediten los aprendizajes y experiencias de los niños que asisten, para que puedan proseguir su trayectoria educativa posterior.

Respecto del sector privado, además de regular y fiscalizar el cumplimiento del establecimiento de salas maternas e infantiles en las unidades productivas o la concreción de una contribución económica para los trabajadores con hijos menores de cinco años, se deberán posicionar los programas y servicios de cuidados dentro de la agenda de responsabilidad social corporativa.

Finalmente, dentro de la protección social, existen diversos programas complementarios que afectan de manera sustancial la vida de quienes requieren y quienes brindan cuidados, como los que se dedican al bienestar de la infancia y la juventud, a subvencionar viviendas, reforzar infraestructura de electricidad, agua y saneamiento o mejorar transportes, entre otros. Es preciso conocer mejor hasta qué punto los servicios prestados por estos programas apoyan o podrían beneficiar la recepción y oferta de cuidados.

3.2. El desarrollo de servicios como fuente para la creación de empleo

Los sectores vinculados con las políticas de cuidado (incluida la atención de salud, los cuidados personales a largo plazo y los servicios sociales) tienen un gran potencial de crecimiento para generar nuevas oportunidades de empleo y promover al mismo tiempo el desarrollo de servicios esenciales. Como se trata de un sector predominantemente femenino, las inversiones en servicios de cuidado también podrían fomentar un aumento de las oportunidades de trabajo para la mujer. A nivel global, se observa que en los países desarrollados que presentan elevadas tasas de dependencia demográfica producto del envejecimiento de su población existe una creciente demanda de personal para cubrir necesidades de cuidado, como por ejemplo de personal especializado en los hospitales y en los centros de cuidados, producto del aumento de la población de edad avanzada (OIT, 2013).

En este sentido, atender los desafíos vinculados con las brechas en materia de cobertura que presentan algunas áreas de las políticas de cuidado, como las vinculadas con los servicios de cuidado para familias con niños y niñas en edad preescolar, así como los futuros retos asociados con el proceso de envejecimiento de la población, brindan una oportunidad para generar nuevos puestos de trabajo (de manera directa) pero también contribuyen a remover ciertas barreras que influyen en la determinación de la participación laboral, particularmente entre las mujeres que aún registran tasas de participación relativamente bajas.

3.3. Adecuar la legislación laboral a las necesidades de los cuidados familiares de los trabajadores

Es conveniente que se extienda la licencia por maternidad establecida en la Ley de Contrato de Trabajo (LCT), que en la actualidad tiene una extensión inferior (12 semanas) al límite mínimo de 14 semanas establecido por el Convenio N° 183 de la OIT y de 18 semanas, según la Recomendación N° 191 que acompaña a dicho convenio. A la vez, se debe revisar la legislación nacional y adecuarla al Convenio N° 156 de la OIT sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, que la Argentina ratificó en 1988. En ese sentido, una deuda pendiente es la reglamentación y aplicación del art. 179 de la LCT, normativa que además deberá modificarse para que los trabajadores masculinos también puedan gozar del derecho de cuidado en el lugar de trabajo, y reglamentar la Ley N° 26.727 de trabajo agrario (2011) para prevenir el trabajo infantil. Se debe extender la duración de las licencias por paternidad y legislar sobre licencias remuneradas por motivos de responsabilidades familiares para que puedan ser tomadas indistintamente por el trabajador y la trabajadora. Estos permisos pueden consistir también en reducciones o flexibilidades horarias para atender situaciones diversas, tales como el cuidado en caso de enfermedad de los hijos o de los adultos mayores a cargo.

Es importante que la inspección laboral difunda y promueva los derechos y deberes definidos por las leyes laborales entre los empresarios y trabajadores, básicamente en el ámbito de las micro y pequeñas empresas, y detecte los factores que dificultan su cumplimiento para contribuir a superarlos.

3.4. Promover condiciones de trabajo decente entre los trabajadores del cuidado

El desplazamiento de los cuidados desde el ámbito privado de las familias a la esfera pública de las políticas debe servir para resolver el problema de la crisis de los cuidados sin menoscabar su calidad. Por el contrario, la desfamiliarización de los cuidados –en el sentido de abrir su locación hacia otros espacios– debe incluir entre sus objetivos la mejora de la calidad de los servicios prestados, para revertir la segmentación de la prestación y la desigualdad social.

El Estado desempeña un papel muy importante en la calidad del trabajo de este sector, no solo porque al proveer servicios es un gran empleador de trabajadores sino porque sus decisiones repercuten en las responsabilidades del ámbito privado y comunitario. El Estado debe desempeñar un papel activo para identificar la demanda y el potencial de creación de empleo decente y reforzar la calidad de los empleos de los trabajadores del cuidado. Con este propósito, es recomendable:

- Definir y reglamentar el rol de los trabajadores del cuidado y acotar sus tareas y responsabilidades, como en el caso de los trabajadores de las áreas de educación y salud, para que estos sepan qué se espera de ellos y puedan formarse para desarrollar mejor sus funciones y que los empleadores tengan claro qué se les pueden exigir.
- Perfeccionar el marco normativo que rige sus ocupaciones, tal como se hizo con la sanción del Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares (Ley N° 26.844). En particular, es necesario atender la compleja regulación de los trabajadores del cuidado en las organizaciones sociales y comunitarias, diferenciando el trabajo voluntario y el de cuidado.
- Promover la registración de los trabajadores del cuidado –en especial, de las trabajadoras de casas particulares–; y adoptar medidas a fin de asegurar que los trabajadores domésticos migrantes, como los demás trabajadores en general, disfruten de condiciones de empleo equitativas y de trabajo decente (Convenio N° 189 de la OIT y Recomendación N° 201).
- Analizar las posibilidades de incrementar el aporte del Estado para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores del cuidado que se desempeñan en las organizaciones comunitarias.
- Incentivar la formación continua de los trabajadores e implementar un sistema de certificación de competencias para acreditar el conocimiento de las tareas de cuidado, como mecanismo de profesionalización y promoción social de las tareas.
- Promover la incorporación de los hombres como trabajadores del cuidado.

Por otra parte, se deberá observar que los programas sociales de combate a la pobreza que actúan como políticas de generación directa de empleo de emergencia contribuyan a la inserción de los beneficiarios en el mercado de trabajo formal, como se incentiva con el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios mediante la firma de los convenios con el PAMI y con algunos gobiernos locales.

3.5. Fortalecer el diálogo social como mecanismo para construir políticas

Durante el proceso de diseño de las políticas de cuidado, los Estados deberían hacer partícipes a los actores sociales relevantes (familias, empresas y sociedad), mediante sus representantes: organizaciones sociales, de empleadores, de trabajadores y de mujeres, entre otras.

Es importante que las organizaciones de empleadores adopten un rol proactivo, impulsando medidas concretas de corresponsabilidad de los cuidados, como las siguientes:

- Incorporar en las agendas de recursos humanos de las empresas y de responsabilidad social empresaria la promoción de una mejor conciliación de la vida laboral y familiar para trabajadores de ambos sexos.
- Promover la prestación de servicios de cuidados en las unidades productivas cuando la escala de personal (varones y mujeres) lo justifique, o subsidios para facilitar el acceso de los trabajadores a servicios de cuidados del mercado.
- Impulsar mecanismos de distribución del tiempo de trabajo a fin de que los trabajadores puedan atender sus responsabilidades familiares y ampliar su vida extralaboral.
- Realizar estudios acerca de los costos y beneficios a corto y largo plazo de la implementación versus la ausencia de medidas que faciliten la conciliación trabajo-familia y alentar el efecto “contagio” entre empresas a partir de la difusión de experiencias exitosas.

Por otra parte, se recomienda que el sector sindical lleve adelante las siguientes acciones:

- Incentivar la incorporación del cuidado en las agendas sindicales y en las cláusulas de negociación colectiva y robustecer las capacidades sindicales en esos temas.
- Fomentar la representación de las mujeres en los sindicatos y en los espacios de negociación colectiva, enfatizando el cumplimiento efectivo de la ley de cupo en el ámbito sindical.
- Difundir información sobre los derechos de los trabajadores con responsabilidades familiares y ofrecer apoyo a los afiliados para que hagan uso de sus derechos de cuidado.

Desde la sociedad civil, en particular las organizaciones de mujeres, se debe fortalecer las capacidades de incidencia para lograr la incorporación de estos temas en las agendas de los representantes legislativos. Asimismo, pueden brindar servicios al Estado para la generación de conocimiento sobre las necesidades reales de cuidado y los arreglos y condiciones actuales de su provisión, información que debería incluir:

- El relevamiento y análisis de las demandas actuales y potenciales de cuidado, considerando la evolución demográfica, los diferentes niveles de autonomía y dependencia de los adultos mayores y personas con discapacidades, las características de las personas que realizan las tareas de cuidado en el interior de los hogares y el impacto de esas tareas sobre los grupos familiares.
- El análisis del impacto de las transferencias monetarias en el apoyo al autocuidado y el cuidado de las personas dependientes.
- Un relevamiento de la oferta pública y privada de servicios de cuidados, que considere las diferencias entre lo urbano, lo rural y entre los diferentes territorios.
- El relevamiento de las condiciones de trabajo de los trabajadores del cuidado.
- La incorporación de preguntas relativas a la organización del cuidado dentro de las encuestas de la fuerza de trabajo.
- La elaboración de encuestas de uso del tiempo, que se implementen a nivel nacional y de manera periódica, para medir la participación de los mujeres y los hombres en los cuidados.
- El desarrollo de un sistema de indicadores para monitorear y evaluar las políticas públicas.
- La estimación del costo de las iniciativas y un análisis de las reformas y los ajustes que se deberían realizar para incorporar la cobertura de cuidado en el sistema de seguridad social.

En segunda instancia, y con información certera, el Estado debe profundizar la política de sensibilización y transformación cultural para alcanzar la corresponsabilidad social de los cuidados a través de distintas instancias, como campañas de información, sensibilización de actores sociales, e incorporación de estos temas en el sistema educativo y en los medios de comunicación.

En suma, incorporar los cuidados como una necesidad social básica dentro del sistema de seguridad social requiere asumir nuevos compromisos y adoptar diversas medidas desde los distintos sectores de la sociedad. El desafío no es sencillo, pues implica deconstruir modelos culturales enraizados en el imaginario social, en la institucionalidad laboral y de protección social y en las prácticas individuales y sociales, y apoyar la arquitectura de otros enfoques más acordes con la nueva realidad familiar y laboral. En este sentido, la reciente creación del programa Prog.r.es.ar abre una oportunidad interesante para ampliar de modo progresivo las garantías, tanto de manera horizontal (hacia más personas) como vertical (con más beneficios) del sistema de protección social en Argentina. Con acciones como ésta, se incorporan de manera transversal los cuidados y se los vincula con las transferencias monetarias de ingresos y con servicios esenciales, como la formación, tal como se sugiere en la Recomendación N° 202 de la OIT relativa a los pisos nacionales de protección social, de 2012.

Referencias bibliográficas

Bertranou, F. & Casanova, L. 2013. *Informalidad laboral en Argentina. Segmentos críticos y políticas para la formalización*. Buenos Aires, OIT.

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC). 2013. *Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado*. Documento de trabajo (106). Buenos Aires, CIPPEC.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU) Mujeres, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) & Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2013. *Informe Regional. Trabajo decente e igualdad de género. Políticas para mejorar el acceso y la calidad del empleo de las mujeres de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, CEPAL, FAO, ONU Mujeres, PNUD y OIT.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. 2009. *Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile, Naciones Unidas.

Dirección Nacional de Información y Evaluación de Calidad Educativa (DINIECE). 2010. *Las cifras de la educación inicial y sus modelos de organización*. Boletín Temas de Educación (8). Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación.

Esquivel, V. 2010. *Trabajadores del cuidado en la Argentina: en el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado*. Revista internacional del trabajo. 129 (4), pp. 529-547.

Fundación C&A. 2008. *Prácticas y experiencias educativas en jardines comunitarios: programa Educación Inicial*. Buenos Aires, Fundación C&A.

INDEC. 2014. *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. Buenos Aires, INDEC.

Lupica, C. 2012. *Trabajadoras domésticas: ¿cómo cuidamos a quienes proporcionan cuidados?*. Boletín de la Maternidad (16). Buenos Aires, Observatorio de la Maternidad.

—. 2015. *Instituciones laborales y políticas de empleo. Avances estratégicos y desafíos pendientes para la autonomía económica de las mujeres*. Serie Asuntos de Género (125). Santiago de Chile, CEPAL.

Lupica, C. & Cogliandro, G. 2013. *Maternidad en Argentina: aspectos demográficos, sociales, educativos y laborales*. Cuadernillo Estadístico de la Maternidad (7). Buenos Aires, Observatorio de la Maternidad.

Messina, G. 2015. *Inserción de las trabajadoras domésticas paraguayas a partir de las reformas laborales y migratorias en Argentina*. Documento de trabajo (10). Buenos Aires, OIT.

Ministerio de Economía. 2013. *Cuenta de inversión 2013*. Buenos Aires, Ministerio de Economía.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2012. *Recomendación sobre los pisos de protección social N° 202*. 101ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT). Ginebra, OIT.

—. 2013. *Empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico*. Informe IV. 102ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT). Ginebra, OIT.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2014. *Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Washington D.C., PNUD.

Ravazi, S. & Staab, S. 2010. *Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva de los trabajadores del cuidado*. Revista internacional del trabajo 129 (4), pp. 449-467.

Rozengardt, A. 2014, *Estudio sobre el rol de los servicios no formales de cuidado y educación de la primera infancia como dispositivos de inclusión social*. Tesis de Maestría en diseño y gestión de políticas y programas sociales. Buenos Aires, FLACSO.

UNICEF & Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF). 2012. *Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia: principales resultados 2011-2012 ECOVNA*. Buenos Aires, UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Zibecchi, C. 2013. Organizaciones comunitarias y cuidadoras: reconfiguración de responsabilidades en torno al cuidado infantil. En Pautassi, L. & Zibecchi, C. 2013. *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructuras*. Buenos Aires, Editorial Biblos.

PARTE II

Dimensiones transversales del cuidado

**¿Cómo organizar la
asignación de recursos
para financiar el cuidado
en la Argentina?**

Oscar Cetrángolo
Javier Curcio
Luis Casanova
OIT

Introducción

El efectivo avance hacia la corresponsabilidad social de los cuidados requiere que estos se incorporen en los sistemas de protección social. En tanto la protección social se relaciona directamente con el trabajo decente y éste, a su vez, con la forma en que cada sociedad atiende las demandas de trabajo no remunerado en general y de cuidados en particular, es fundamental que la expansión de este tipo de protección introduzca progresivamente la garantía de los cuidados. Al mismo tiempo, es necesario superar la dualización de la protección social, entendida como la brecha entre quienes acceden a beneficios por su inclusión en el trabajo formal y quienes no, lo cual, sumado al rol tradicional de cuidado asignado a las familias -en particular a las mujeres- ha incrementado su vulnerabilidad en situaciones de pobreza, además de acentuar las desigualdades de género.

El presente documento busca identificar aspectos sobre los cuales se requieren mayores elementos de análisis en torno al financiamiento de las políticas de cuidado, como un insumo que aliente el debate sobre esta cuestión central para el desarrollo de estas políticas en Argentina. Para avanzar en esta dirección, se hace necesario puntualizar cuáles son las políticas de cuidado vigentes en el país; cuál es su diseño y articulación con otras políticas de protección social; en qué medida permiten un acceso igualitario por parte de distintos sectores; qué poblaciones quedan desprotegidas, y cuáles son los recursos que demandan (y modalidades de financiamiento) para su efectiva ampliación³⁴. Asimismo, se requiere contemplar que estas políticas precisan una serie de importantes esfuerzos de coordinación toda vez que se quiera abordar el tema de manera integral. Estos esfuerzos deben tener en cuenta la organización federal del sistema político y de las partidas de una porción significativa del gasto público social.

Este documento no pretende dar respuesta a todas las interrogantes planteadas en el párrafo previo, sino identificar aspectos claves para nutrir al debate sobre políticas públicas de cuidado. El texto se estructura en cuatro bloques, además de esta introducción: i) un breve repaso de las políticas de cuidado destinadas a tres poblaciones (primera infancia; vejez y personas con discapacidades) en la Argentina; ii) una presentación de los problemas de financiamiento para ampliar las políticas de cuidado en particular y gasto social en general, y iii) un conjunto de reflexiones sobre aspectos necesarios para abordar el debate respecto a cómo extender la cobertura de estas acciones y mejorar su calidad.

34. Teniendo en cuenta que esta nota se concentra en el papel de las políticas públicas, el análisis se centra principalmente en los recursos que destina el sector público a las políticas de cuidado. De este modo, se debe tener presente que no se incluyen otros aspectos también relevantes como la valoración social y económica del trabajo no remunerado (realizado fundamentalmente por las mujeres) en la esfera del cuidado.

1. Las políticas de cuidado en relación con su financiamiento, como parte de un sistema de protección social

La acción de las políticas públicas, en tanto establece los derechos y responsabilidades de la ciudadanía, es de vital importancia para avanzar hacia la redistribución y el reconocimiento del trabajo de cuidado.

Las políticas de cuidado intentan, por diversos medios, aliviar el peso (temporal o financiero) sobre las familias. A la hora de revisarlas, en consecuencia, debe considerarse su costo y formas de financiamiento ya que, como toda decisión de política pública, se termina reflejando en el esfuerzo fiscal que los países realizan para su concreción y en la arquitectura institucional que las llevan a cabo (Filgueira & Aulicino, 2015). En consecuencia, lo que hace o deja de hacer el Estado y el mercado, repercutirá en cuál será el peso del cuidado que recaiga sobre la familia y la comunidad, siguiendo la ya clásica arquitectura institucional de producción y distribución del cuidado representada en la metáfora de “diamante de cuidado” (Razavi, 2007).

Las políticas de cuidado comprenden un amplio rango de prestaciones según los sujetos a quienes se busca atender (especialmente, niños y niñas; adultos mayores, o personas con discapacidad). No permiten un análisis estrictamente sectorial sino que se consideran transversales a distintos tipos de intervenciones. Estas intervenciones no siempre tienen como finalidad la satisfacción de necesidades de cuidado, sino que muestran una incidencia indirecta (un ejemplo de ello son las políticas de seguridad social, en particular las jubilaciones y pensiones). Caracterizarlas dentro del conjunto de políticas de cuidado responde a la comprensión del modo en el cual contribuyen a proveer los recursos y los servicios requeridos para el bienestar de la población. Básicamente, se trata de políticas que distribuyen tres clases de dispositivos para cubrir las necesidades de cuidado de los hogares: dotación de *tiempo para cuidar*, *dinero para cuidar* y *servicios de cuidado* (Ellingsaeter, 1999).

Esos dispositivos involucran diferentes formas de financiamiento, organización institucional del cuidado y, en definitiva, diversos grados de complejidad en la intervención pública. En primer lugar, las políticas que otorgan tiempo para cuidar refieren básicamente a regulaciones que alcanzan a los trabajadores formales. Estas regulaciones pueden implicar o no un costo. En los casos en que no tiene un costo (fiscal o privado), son las familias las que quedan a cargo de las acciones de cuidado necesarias. Es el caso, por ejemplo de los derechos a excedencia para el cuidado de recién niños por parte de las madres. Cuando tengan un costo, el mismo puede recaer sobre instituciones públicas de la seguridad social, como es el caso de las licencias por maternidad que financia el ANSES en Argentina, o pueden ser un financiamiento

privado y correr por cuenta de las empresas (el resto de licencias). Dado que en general estas regulaciones, como se anticipó, alcanzan a los trabajadores formales, pareciera no existir financiamiento no contributivo, salvo que se entienda como tal la asignación de impuestos no contributivos (IVA, Ganancias y otros coparticipables) destinados de manera específica al ANSES.

En segundo lugar, las transferencias monetarias para el cuidado pueden alcanzar a los trabajadores formales y estar financiadas por recursos contributivos (cargas sobre los salarios), como los pagos de haberes jubilatorios, asignaciones familiares, etc. En cambio, existen transferencias que no tienen como requisito la existencia de aportes a la seguridad social, como la Asignación Universal por Hijo. También puede haber financiamiento privado en virtud de alguna regulación que obligue a las empresas el reintegro de gastos de cuidado (en los casos en que no existan instalaciones de cuidado en la planta).

En tercer y último lugar, se encuentra la provisión de servicios de cuidado. En relación con su financiamiento conviene diferenciar los casos donde, en virtud de alguna regulación, se obliga al sector privado a proveer y financiar esos servicios, como es el caso de los espacios de cuidado en los lugares de trabajo. Por su parte, el financiamiento público puede estar relacionado con los servicios brindados por alguna institución de la seguridad social que se financia con recursos contributivos (PAMI) o aquellos, más universales, que brinda el estado (en sus diferentes niveles de gobierno) con financiamiento de rentas generales. Es el caso de escuelas, centros de desarrollo infantil, etc. El cuadro 4.1 resume los diferentes tipos de financiamiento por tipo de política, brindando ejemplos de cada uno de ellos. El análisis de las modalidades de financiamiento no guarda una relación directa con la población objetivo de cada política sino con el tipo de política o dispositivo utilizado para intervenir. Es por ello que se deja para la sección siguiente la clasificación de las políticas por ciclo de vida.

Cuadro 4.1.

Clasificación de políticas públicas de cuidado atendiendo al tipo de prestación y su financiamiento incluyendo ejemplos de cada tipo.

		Tiempo	Dinero	Servicios
Sin costo fiscal ni a cargo del sector privado (se hacen cargo las familias)		Períodos de excedencia para el cuidado de la niñez	NO	NO Financiamiento de servicios de cuidado privados intra o extra hogar
A cargo del sector privado		Licencias para trabajadores formales diferentes a las de maternidad	Reintegro gastos de cuidado o estipendio para guarderías (según convenio colectivo)	Espacios/centros de cuidado (cuando corresponda según convenio colectivo)
Con costo fiscal contributivo		Licencias por maternidad, paternidad y familiares	Jubilaciones, asignaciones familiares	PAMI
Con costo fiscal no contributivo (rentas generales)	Nación	NO	AUH	Hospitales Nacionales
	Provincias y municipal		Programas de transferencias provinciales	Escuelas Provisión pública de centros de cuidado Educación inicial

Fuente: Elaboración propia.

Los efectos e implicaciones de cada uno de estos dispositivos serán distintos en función de su capacidad de contribuir a la igualdad de género y también, en relación con los distintos modelos familiares que implícita o explícitamente apoyan (Batthyány, 2015). Finalmente, los costos del cuidado serán asumidos en distintas proporciones por las familias y hogares, por el Estado, las comunidades o por el sector mercantil (Jenson, 1997 citado en Razavi, 2007).

2. Políticas de cuidado en la Argentina clasificadas por ciclo de vida: primera infancia, vejez y personas con discapacidad

Este apartado retoma las principales políticas de cuidado implementadas en la Argentina, destinadas a tres poblaciones receptoras: primera infancia, adultos mayores y personas con discapacidad, desde la perspectiva de su financiamiento. Siguiendo con la caracterización propuesta en el apartado anterior, el cuadro 4.2 ofrece una síntesis de las iniciativas existentes ordenándolas según una perspectiva de ciclo de vida. Las iniciativas que involucran el tiempo de cuidado refieren a situaciones donde los beneficiarios son, necesariamente, trabajadores formales. Para el resto de ejemplos, (vinculados con dinero y servicios para cuidado) se incluye entre paréntesis si su financiamiento es “contributivo” (y, en consecuencia, los beneficiarios son trabajadores formales) o “no contributivo” (para políticas de alcance más general).

Cuadro 4.2.

Principales políticas de cuidado para primera infancia, adultos mayores y personas con discapacidad.

	Tiempo	Dinero	Servicios
Primera infancia	<p>Licencias por maternidad y paternidad.</p> <p>Permisos para lactancia.</p> <p>Derecho a excedencia (seis meses) por cuidado de hijos. Exclusivo para la mujer.</p> <p>Licencia de 30 días para trabajadores con hijos menores de edad por fallecimiento de la madre, padre o tutor. Solo para el sector público.</p>	<p>Protección de la maternidad en el trabajo (contributivo).</p> <p>Asignaciones familiares (contributivo).</p> <p>Asignación Universal por Hijo y por Embarazo (no contributivo).</p> <p>Pensiones para madres de 7 hijos o más (no contributivo).</p>	<p>Espacios de cuidado en lugares de trabajo (contributivo).</p> <p>Reintegro de gastos de jardín maternal privado cuando no se cuenta con guardería (contributivo).</p> <p>Espacios educativos en el nivel inicial. Jardines maternos (45 días a 2 años) y de infantes (3 a 5 años). (No contributivo).</p> <p>Centros de Desarrollo Infantil (0 a 4 años) (No contributivo).</p> <p>Jardines de cosecha en ámbitos rurales.</p> <p>Jardines comunitarios (con apoyo estatal) (No contributivo).</p>
Adultos mayores	<p>Asistencia justificada por cuidado familiar.</p>	<p>Jubilaciones y pensiones (contributivo).</p>	<p>Atención sanitaria vía PAMI.</p> <p>Cuidadoras domiciliarias (mix de no contributivo y contributivo).</p> <p>Instituciones dedicadas al cuidado de los adultos mayores (públicas, privadas, comunitarias o mixtas).</p> <p>Atención socio-sanitaria de los adultos mayores: Unidades de Cuidados Domiciliarios, Residencias Tuteladas o Protegidas, Hogares de Día, Centros de Media y Larga Estancia, Centros de Rehab., Hogares de Ancianos y Hospitales Generales con unidades de geriatría.</p>
Personas con discapacidad/invalidez	<p>Licencia por maternidad de seis meses por nacimiento hijo con Síndrome de Down.</p>	<p>Pensiones asistenciales por vejez (no contributivo).</p>	<p>Unidades educativas de educación especial (no contributivo).</p> <p>Cobertura de docente integradora para educación no especial.</p>

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se hace un breve repaso de las políticas existentes para cada grupo de población, considerando que en la primera parte se desarrollaron estos aspectos en profundidad.

2.1. Políticas de cuidado de la primera infancia

En el caso de la primera infancia, las políticas de cuidado hacen parte del sistema de protección social, de las políticas laborales y de las políticas sociales. Se encuentran reguladas por un prolífico marco normativo tanto en relación con Convenciones internacionales de derechos humanos (entre éstas, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres) como también por leyes nacionales (la Ley de Contrato de Trabajo; la Ley de Empleo Público, la Ley de Educación Nacional; la Ley de Financiamiento Educativo; la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Ley de Centros de Desarrollo Infantil, entre otras). Asimismo, existen leyes provinciales y acuerdos y convenios colectivos que dan forma al alcance de muchos de estos derechos. Esta diversidad refleja también una importante heterogeneidad en la protección de estos derechos, según las jurisdicciones, modalidades de inserción laboral, tipo y calidad de servicios a los que acceden los niños y niñas de distintas provincias y sectores socioeconómicos.

En términos de dinero para cuidar las prestaciones incluyen las asignaciones familiares (que llegan por la vía del empleo formal) a las que se suman la Asignación Universal por Hijo, Asignación Universal por Embarazo y las pensiones no contributivas (por ejemplo, para madres con siete hijos y más). Asimismo, se incluye en esta categoría la deducción del impuesto a las ganancias para aportantes con hijos.

El impacto de las prestaciones contributivas se concentra en los quintiles de ingreso superior. En consecuencia, la importancia de la AUH es la de haber ampliado la cobertura hacia los hogares más pobres. En total, el 74,5% de menores de 18 años se encuentra alcanzado por algún tipo de cobertura.³⁵ A pesar de ello, más de un 25% del quintil más pobre y un 20% del segundo quintil carecen de toda forma de transferencia o apoyo monetario, mientras que en el quinto quintil la cobertura llega al 89% (ENAPROSS, 2014, citado Filgueira & Aulicino, 2015).

Respecto del tiempo para cuidar el sistema de licencias en el país muestra una heterogeneidad importante en términos geográficos y por sector de ocupación (Faur, 2014; Repetto, Bonari & Díaz Langou, 2013).

35. Un 13,1% se encuentran excluidos por normativa (principalmente hijos de monotributistas) y un 12,4% no se encuentran cubiertos. Entre las razones de no cobertura, solo un 40% adujo razones específicas en la encuesta: en un 26% de los casos mencionaron "problemas con los trámites" (ENAPROSS, 2014, en Filgueira & Aulicino, 2015).

Al ser la licencia paga, que conjuga las dimensiones de tiempo y dinero, las mujeres reciben una asignación familiar igual al sueldo (remuneración bruta), que es financiada por ANSES. Se trata de una suma no remunerativa, que no se computa a efectos del cálculo de antigüedad ni jubilación. Por su parte, las licencias para los padres cubren dos días de permiso post-natal, también con algunas variaciones entre provincias y sectores. A ellos, además, no se les reconoce la posibilidad de optar por la excedencia.

Los servicios de cuidado para la primera infancia constituyen el dispositivo de política pública con mayor potencialidad para la desfamiliarización del cuidado y el que evidencia menor desarrollo.

En relación con los servicios de atención de la primera infancia, hay un mix de instituciones que ofrecen servicios: las políticas educativas las políticas de desarrollo social y las iniciativas comunitarias. Su financiamiento proviene del Estado nacional y los estados subnacionales, del mercado y de asociaciones comunitarias, y muestra distintos tipos de articulaciones entre éstos.

En el caso de la política educativa, alrededor del 40% de los jardines de infantes privados del país reciben fondos estatales, con una distribución heterogénea en las distintas provincias (Albergucci, 2006, en Faur, 2009). Esto no exime a las familias del pago de una cuota por el acceso al servicio, sino que en ocasiones, facilita la instalación del servicio por parte de organizaciones privadas. En el caso de las escuelas confesionales, el acceso a subvenciones repercute en la posibilidad de mantener una cuota relativamente baja para la población, hecho que las coloca como instituciones competitivas en el mercado de la educación privada (Faur, 2009).

En el terreno de la educación, el Plan Nacional por la Educación Inicial del Ministerio de Educación de la Nación dispone de propuestas pedagógicas específicamente diseñadas para el Nivel Inicial. La Ley de Educación de la Nación N° 26.026, sancionada en 2006, establece al Nivel Inicial como una unidad pedagógica que comprende a los niños y niñas entre 45 días y 5 años, siendo obligatorios los dos últimos años (a partir de la sanción de la Ley N° 27.045 en diciembre de 2014 que establece la obligatoriedad de la sala de 4 años y el deber del Estado de universalizar la sala de 3 años). Por su parte, a fin de nivelar las oportunidades educativas, se aprobó en 2006 la Ley N° 26.075, de Financiamiento Educativo. Con esta, se buscaba incrementar la inversión en educación, ciencia y tecnología por parte del gobierno nacional, los gobiernos provinciales y el de la Ciudad de Buenos Aires, hasta alcanzar en el año 2010 una inversión educativa equivalente al 6% del PBI. Asimismo, la Ley de Financiamiento Educativo indica como un objetivo central alcanzar al 100% de la matrícula de la sala de 5 años y “asegurar la

incorporación creciente de los niños y niñas de 3 (tres) y 4 (cuatro) años, priorizando los sectores sociales más desfavorecidos” (Ley N° 26.075, Art. 2).

Los Centros de Desarrollo Infantil promovidos por el Estado (CeDIs) atienden a niños de hasta 4 años, mientras que los jardines comunitarios reciben a los chicos desde los 45 días hasta los 5 años, aunque no todos ellos cubren la franja completa. Sus experiencias son variadas, múltiples y también heterogéneas, no solo a partir del grado de compromiso estatal y qué organizaciones las llevan adelante -ya sea una asociación vinculada a algún credo, un movimiento piquetero, una organización barrial o política-, sino en función de los espacios físicos en los que desarrollan sus actividades, la variedad de perfiles de quienes se encargan de los niños (madres cuidadoras, trabajadoras sociales, etc.), y sus criterios de aproximación y atención hacia quienes cuidan. Un ejemplo de estos espacios son algunos comedores comunitarios que incorporaron servicios de cuidado como consecuencia de la asistencia técnica y financiamiento brindado por el estado nacional. En 2014 existían 310 organizaciones que incorporaron servicios de jardines maternales o de infantes, cubriendo a 46.698 niños/as (de León, 2015).

En conjunto, se trata de un sistema que ofrece coberturas y calidad diversas en función de las modalidades y condiciones de la oferta, de las distintas instituciones que intervienen y de la heterogeneidad en las vías de acceso que tienen sus destinatarios. Asimismo, y a pesar de haberse producido distintos esfuerzos y avances en torno a los dispositivos para el cuidado infantil a lo largo de los últimos años, el sistema aún presenta limitaciones en sus coberturas (Faur, 2014; Filgueira & Aulicino, 2015).

2.2. Políticas de cuidado destinadas a personas mayores³⁶

En Argentina, existen varias instituciones públicas dedicadas al cuidado de adultos mayores. A nivel nacional, se pueden mencionar la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI), la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), la Comisión Nacional de Pensiones, la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el Consejo Federal de Adultos Mayores. Algunas de estas cuentan con sedes a nivel provincial y local, mientras que otras implementan sus programas en articulación con organismos locales.

El universo de las prestaciones provinciales y municipales también es sumamente heterogéneo, algo que se puede explicar en buena medida por la ausencia de una normativa nacional específica que reconozca como función del Estado la protección y promoción de los derechos de los adultos mayores.

36. Para un mayor desarrollo de este tema ver el capítulo 2 de este documento.

En términos de dinero para cuidar Argentina cuenta con un sistema previsional que en la actualidad presenta una alta cobertura. La cobertura es casi total en el grupo de 75 años y más (97,9%), aunque resulta considerablemente menor en el grupo de menor edad (87%) (Amadasi & Tinoboras, 2015). La estructura del financiamiento del sistema previsional se ha modificado en los últimos 20 años con la introducción del pilar de capitalización en 1993 y la reversión de esta reforma en 2008. Actualmente, el sistema de reparto se financia con recursos provenientes de aportes y contribuciones y recursos de rentas generales (asignados en su mayoría para atender el costo fiscal de la reforma del sistema a principios de los noventa).

El Ministerio de Desarrollo Social a través de la Comisión Nacional de Pensiones No Contributivas ayuda a aquellos ciudadanos que se quedaron afuera del sistema de contribución a alcanzar el mínimo nivel de jubilación aunque no hayan realizado aportes. La Comisión Nacional de Pensiones es un organismo desconcentrado. Transfiere prestaciones monetarias a quienes están sin amparo previsional o no contributivo, no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo. La cantidad de titulares de pensiones por vejez ha ido disminuyendo desde 2010, como producto de la ampliación de la cobertura del sistema previsional. Si en 2010 existían 54.834 beneficiarios, en 2013 hubo 27.335 (Ministerio de Economía, 2014).

En cuanto a la cobertura de salud, 83,8% de los adultos mayores cuenta con obra social, mayoritariamente PAMI. En cuanto a servicios de cuidado para adultos mayores, el PAMI es el mayor efector de atención sanitaria de esta parte de la población. Cuenta con más de 4,5 millones de afiliados, de los cuales aproximadamente más del 80% son mayores de 60 años. Sus recursos provienen de retenciones obligatorias a los propios jubilados, de los trabajadores activos y de los empleadores. Brinda varios servicios sanitarios y sociales en forma directa, sin períodos de carencia ni el cobro de coseguros. El Banco Mundial ha destacado la provisión de servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención, la cobertura de medicamentos (que en algunos casos llega al 100%), la asignación de subsidios por situaciones de alto riesgo y acciones relativas a la seguridad alimentaria (Banco Mundial, 2015). Es preciso destacar el programa de subsidios para atención domiciliaria, que consiste en una transferencia monetaria para la contratación de servicios de cuidado. Los subsidios para Atención Domiciliaria cubrieron a más de 95.000 afiliados.

Por otra parte, la DINAPAM, que depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, lleva adelante dos tipos de programas: a) aquellos orientados a la promoción y protección de derechos a partir de acciones de capacitación y difusión, como es el caso del Programa “La experiencia Cuenta”; y b) subsidios de servicios, como indirectamente lo hace el Programa Cuidadores Domiciliarios. En Argentina, la formación de cuidadores domiciliarios es una de las principales líneas de acción desarrolladas desde el gobierno nacional.

Por otro lado, existen instituciones dedicadas al cuidado de los adultos mayores, ya sean públicas, privadas, comunitarias o mixtas, y se centran en la atención socio-sanitaria de los adultos mayores. Entre ellas se pueden mencionar las Unidades de Cuidados Domiciliarios, las Residencias Tuteladas o Protegidas, los Hogares de Día, los Centros de Media y Larga Estancia, los Centros de Rehabilitación, los Hogares de Ancianos y los Hospitales Generales con unidades de geriatría. Cada uno de estos tipos de instituciones ofrece actividades y servicios diferentes con niveles de calidad muy heterogéneos.

En relación con políticas que brindan tiempo para cuidar, a diferencia de lo que sucede con la primera infancia, la normativa laboral ofrece escasos permisos pagos para el cuidado de personas mayores en la familia. Se otorgan tres días por año de ausencia justificada. El resto del tiempo destinado al cuidado de familiares mayores se financia como parte de los recursos con los que cuentan los hogares.

2.3. Políticas destinadas a personas con discapacidad

En cuanto al dinero para cuidar, existen dos grandes prestaciones. Por un lado, el retiro por invalidez (contributiva), se abona a todo trabajador, aportante al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), cualquiera fuere su edad o antigüedad en el servicio, que se incapacite física o intelectualmente en forma total para el desempeño de cualquier actividad compatible con sus aptitudes profesionales y que además cumpla con la condición de aportante regular o irregular con derecho. La percepción de esta prestación es incompatible con el desempeño de cualquier actividad en relación de dependencia.

Por el otro, las pensiones no contributivas por discapacidad, se asignan de acuerdo a la Ley N° 18.910 y al Decreto N° 432/1997. Está dirigida a aquellas personas con una discapacidad laboral total y/o parcial, permanente que se encuentren en estado de vulnerabilidad social, sin amparo previsional o no contributivo (ni el solicitante ni su cónyuge), que no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos de hacerlo. Además, no podrán encontrarse

detenidos/as a disposición de la Justicia. Este tipo de pensiones no requiere aportes o cotización para su otorgamiento.

Las políticas que brindan tiempo para cuidar, están establecidas en la Ley de Contrato de Trabajo (LCT) que regula la licencia por maternidad en el caso de nacimiento de un hijo con Síndrome de Down, que se amplía a 6 meses, tiempo durante el cual se percibe el 100% del salario, financiado por la seguridad social (ANSES). Además, se le permite a la madre una hora diaria de lactancia, dividida en dos descansos hasta el primer año del niño o de la niña. La licencia por paternidad, en cambio, tiene una duración de 2 días por nacimiento. Existen, sin embargo, variaciones establecidas por convenios especiales y en los diferentes regímenes de empleo público (Aulicino et al., 2013).

Respecto de los servicios, el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010) indicó que más del 90% de los niños, niñas y adolescentes entre 3 y 14 años que tienen dificultades o limitaciones permanentes asiste a la escuela. De ellos, el 90,1% asiste a una escuela común y el 9,9% a una escuela especial (Lupica, 2014). El 77,7% de las escuelas especiales son de gestión estatal, y el 22,3% de gestión privada. Disponen de los tres niveles de enseñanza básica (inicial, primaria y secundaria), y asisten más de 100.000 niños en todo el país, según los datos de la Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DiNIECE, 2011, citado en Lupica, 2014).

2.4 Políticas destinadas a mejorar las condiciones de empleo de los trabajadores del cuidado

También es importante destacar que la ampliación y creación de nuevos servicios de cuidados presenta una oportunidad para generar nuevos puestos de trabajo, ya que se trata de tareas intensivas en mano de obra, y, a la vez, desafíos importantes para formalizar empleos ya existentes y promover su calidad. Es necesario señalar que la gran mayoría de trabajadores/as del cuidado son mujeres que se desempeñan en el sistema educativo, el sector comunitario, el cuidado domiciliario, o en el empleo doméstico. Según Esquivel (2010) las mujeres representan el 86% de los ocupados en este sector. Y un importante número de estas trabajadoras (cuidadores domiciliarios y comunitarios) no están amparadas por la Ley de Contrato de Trabajo (Lupica, 2014).

En este sentido, el Estado debe adoptar una actitud activa en relación con la protección y promoción de las condiciones de trabajo de quienes se desempeñan en la amplia gama de los cuidados. Se trata de revalorizar el rol de los trabajadores y trabajadoras del cuidado, fomentar condiciones de trabajo decente, impulsar formas de trabajo que sean profesionales y estén dignamente retribuidas, lo que representa, además, una forma de incentivar la calidad de los cuidados que reciben las personas que los requieren o demandan.

En este sentido, existen acciones de formación para estos trabajadores. Sin embargo, su escala es, aún, relativamente baja en relación tanto con los que actualmente se desempeñan en tareas de cuidado, como en relación a la demanda potencial de estos trabajadores. Esto también demanda recursos financieros, servicios y articulación entre las diferentes instituciones con competencias en materia de formación y promoción de los servicios de cuidado.

3. El financiamiento como restricción a la ampliación de políticas de cuidado en Argentina

Por lo visto en las secciones previas, resulta imposible aislar el financiamiento de la totalidad de acciones vinculadas con las políticas públicas de cuidado, ya que buena parte de ellas forman parte de políticas sociales (muchas, a su vez, de protección social) más amplias. Adicionalmente, debe recordarse que algunas políticas públicas de cuidado no involucran costos fiscales ya que son acciones regulatorias con costo para las empresas.

En consecuencia, un buen punto de partida para el análisis del financiamiento de estas políticas públicas es el relacionado con el gasto social en general y, particularmente, el destinado a las acciones de protección social. Este último ha mostrado en Argentina importantes modificaciones tanto en su nivel como en su estructura durante las últimas décadas. En la presente sección, aun cuando las acciones de cuidado solo parcialmente se ven reflejadas en el gasto en protección social, se presentarán las características salientes de este agregado de gasto público.

La composición del financiamiento de la protección social está muy asociada con las características de los beneficios brindados. Puede afirmarse que la elección del esquema de financiamiento no es independiente de las características de diseño del sistema de protección social. El cuadro 4.3 presenta un breve detalle de los componentes de la protección social y las principales fuentes de financiamiento de cada uno de ellos. En todos los componentes allí presentados, con indicación de su tipo de financiamiento, están presentes políticas de cuidado de diferente tipo.

Cuadro 4.3.

Configuración de la protección social.

(Garantías de ingresos, salud y políticas de mercado de trabajo)

Conformación de la Protección Social			Financiamiento
Sistema de seguridad social nacional	Sistema único de seguridad social	Subsistema Previsional	Administrados por la ANSES. Esta institución se financia con aportes y contribuciones, impuestos con asignación específica (IVA, Ganancias, otros internos), 15% de la masa coparticipable y rentas de la propiedad.
		Subsistema de asignaciones familiares	
		Subsistema de seguro de desempleo	
	Sistema nacional del seguro de salud	Subsistema de riesgos de trabajo	Aportes de empleadores.
		Obras sociales nacionales	Aportes de trabajadores y empleadores.
	INSSJyP (PAMI)	Aportes de trabajadores, empleadores y jubilados.	
Seguridad social provincial	Previsión social (cajas no transferidas) (*)		Aportes de los Estados provinciales y de trabajadores, asignación específica del IVA, transferencias del Estado nacional por Armonización, transferencias del Estado Provincial para cubrir déficits.
	Obras sociales provinciales		Aportes de los Estados provinciales y de trabajadores.
	Asignaciones familiares		Recursos de los Estados subnacionales.
Otras acciones de protección social a nivel nacional	Ministerio de trabajo	Políticas de mercado de trabajo	Recursos del FNE (aportes patronales y de jubilados en actividad) y recursos de rentas generales del Estado.
	Ministerio de desarrollo social	Políticas de protección social	Recursos de rentas generales del Estado nacional. Transferencias internas de ANSES para financiar las PNC.
	Ministerio de salud	Políticas de protección social	Recursos de rentas generales del Estado nacional.
Otras acciones de protección social a nivel subnacional (**)	Áreas de trabajo (*)	Políticas de mercado de trabajo	Recursos de rentas generales de los Estados subnacionales. Apoyo del Estado nacional en algunas líneas específicas (como la red de oficinas de empleo).
	Áreas de desarrollo social (*)	Políticas de protección social	Recursos de rentas generales de los Estados subnacionales. Apoyo del Estado nacional en algunas líneas específicas.
	Áreas de salud	Políticas de protección social	Recursos de rentas generales de los Estados subnacionales. Apoyo del Estado nacional en algunas líneas específicas (como el Plan Sumar).

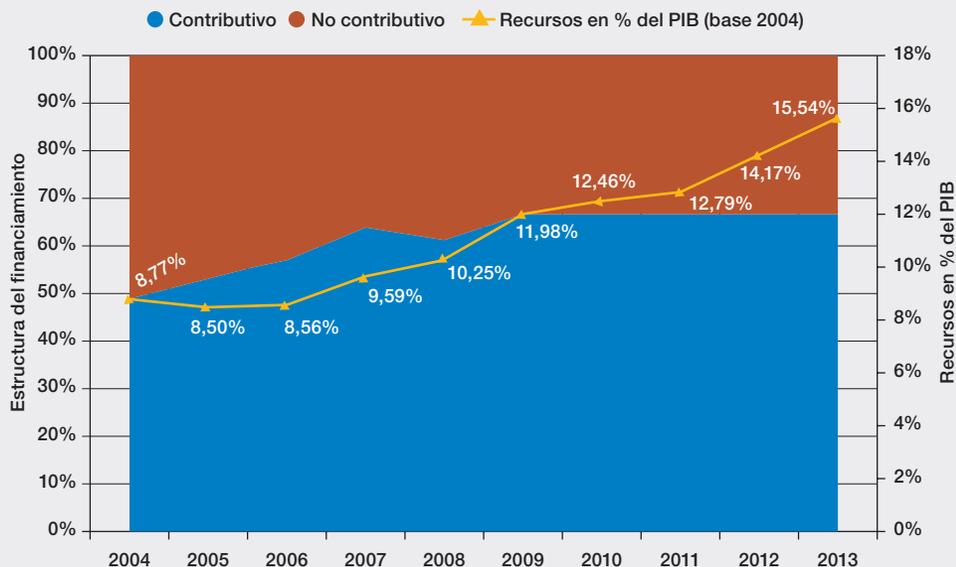
Notas: (*) no incluido en el análisis de gasto y financiamiento. (**) Si bien los municipios implementan algunas acciones en materia de protección social, en el nivel subnacional son los gobiernos provinciales los que tienen mayores responsabilidades en esta área (para mayores detalles, véase Bertranou & Bonari, 2005).

Fuente: Bertranou et al. (2015).

Más allá de las dificultades existentes en desagregar el gasto realizado de manera específica en acciones de cuidado, conviene destacar que en virtud de las reformas realizadas durante los últimos diez años el gasto en protección social registró una tendencia creciente entre 2005 y 2013. Detrás de este aumento en los recursos asignados a la protección social se observa un cambio importante en el nivel y la composición de su financiamiento. En efecto, los recursos provenientes de aportes y contribuciones, denominados aquí como “financiamiento contributivo”, se duplicaron y más entre 2004 y 2013, cuando pasaron de representar el 4,3% al 10,3% del PIB (Gráfico 4.1). Por otra parte, los recursos provenientes de impuestos y otras fuentes (por ejemplo, de la rentabilidad del FGS en el caso de la ANSES), denominados aquí “financiamiento no contributivo”, pasaron del 4,5% al 5,3% del PIB, durante el mismo período. De este modo, la estructura de financiamiento se modificó y los recursos contributivos pasaron de representar el 48,9%, en 2004, al 66,1%, en 2013, del gasto en protección social. Es importante destacar que este cambio en la estructura de financiamiento se registra en el período 2004-2009 y que luego, a partir de este último año, se mantiene casi inalterada.

GRÁFICO 4.1.

Evolución de los recursos asignados a la protección social y composición de su financiamiento, en porcentaje. Período 2004-2013(*)



Nota: (*) Los recursos considerados en este gráfico corresponden al destinado a financiar las cuatro garantías definidas en la Recomendación 202 de la OIT. Las garantías son de ingreso para hogares con niños, niñas y adolescentes; personas en edad de trabajar; adultos mayores, y servicios de salud. El gasto del componente de salud se encuentra estimado para el período 2010-2013.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del MECON, el MTEySS, INDEC y la AFIP.

Pero este comportamiento agregado oculta diferencias en la evolución de los recursos asignados a la protección social y en la composición de su financiamiento cuando se observa en particular cada una de las garantías que se deben brindar, a consecuencia del peso que tiene, dentro del gasto en protección social considerado en este documento, el gasto en previsión social. Ese componente explica en gran medida los cambios en el agregado. Como se observa en el Cuadro 4.4, el gasto en previsión social aumentó 3,7 p.p. del PIB entre 2004 y 2013, pasando de un 3,7% a un 7,4% del PIB. Luego, el financiamiento de esta expansión se explica por el comportamiento de los recursos contributivos, los cuales también aumentaron en cerca de 3.5 p.p. del PIB. Así, el financiamiento contributivo pasó de representar el 44,3% al 71,7% del gasto total en previsión durante el período. Por otra parte, si bien los recursos no contributivos de la ANSES aumentaron -como se verá más adelante-, de acuerdo con la estimación realizada para analizar el financiamiento de la previsión social, la asignación de estos al financiamiento de las jubilaciones y pensiones (contributivas, semicontributivas y no contributivas) se mantuvo sin grandes modificaciones, en torno a los 2 p.p. del PIB.

Al evaluar de manera específica la garantía de salud, se puede apreciar que los recursos de la seguridad social y del subsector público se incrementaron en algo más de 2 p.p. del PIB entre 2004 y 2013. En este caso, los recursos provenientes de los aportes y contribuciones pasaron del 2% al 3,8% del PIB, mientras que los provenientes de las rentas generales pasaron del 1,5% al 2,5% del PIB. En el caso de la seguridad social, las obras sociales en general, pero muy particularmente el PAMI, incorporan servicios y financiamiento para cuidados. En cambio, en los hospitales públicos es cada vez mayor el traslado de responsabilidades de cuidado a las familias, al reducirse los períodos de permanencia de los pacientes en los centros de atención. Sin duda, el cambio tecnológico en este sector ha sido un factor muy importante en este sentido, derivando en un efecto negativo desde el punto de vista de la igualdad de género.

En relación con los recursos destinados a dar garantías de ingresos para apoyar la manutención de los hogares, se destacan las prestaciones para grupos familiares con presencia de niños, niñas y adolescentes, los que pasaron de representar el 0,5% del PBI, en 2004, al 1%, en 2013. En este caso, el mayor incremento estuvo representado por el financiamiento no contributivo.

Finalmente, con relación a las acciones de protección social destinadas a las personas en edad de trabajar (sin considerar las prestaciones previsionales por invalidez), se percibe cierto incremento en los últimos años, hasta ubicarse en 1% del PIB, en 2013. En este caso, se observa un cambio importante en la composición y en la estructura, según cada tipo de acción. En primer lugar, se destaca el crecimiento de los recursos de origen contributivo, debido principalmente al incremento de la cobertura del sistema de riesgos

del trabajo (SST) y, en menor medida, a un aumento del excedente del Fondo Nacional de Empleo (FNE), que fue transferido de la ANSES al Ministerio de Trabajo para financiar políticas activas de mercado de trabajo. En segundo lugar, se destaca que las políticas de mercado de trabajo (PMT) se financian, en gran parte, con recursos no contributivos, si bien durante los últimos años (luego de la implementación del Plan Jefes y Jefas de Hogares Desocupados, PJJHD) la diferencia entre los recursos contributivos y los no contributivos resultó menor.

Cuadro 4.4.

Evolución de los recursos asignados a la protección social y composición de su financiamiento según garantías, períodos 2004-2013. (en porcentajes).

Garantía	Tipo de financiamiento ⁽¹⁾	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Salud ⁽²⁾	Contributivo	1,99%	2,07%	2,06%	2,14%	2,36%	2,96%	3,08%	3,07%	3,14%	3,77%
	No contributivo	1,53%	1,60%	1,59%	1,64%	1,76%	2,08%	1,95%	2,10%	2,23%	2,45%
	<i>Total</i>	3,52%	3,66%	3,65%	3,78%	4,12%	5,04%	5,03%	5,17%	5,64%	6,22%
NNyA ⁽³⁾	Contributivo	0,36%	0,42%	0,40%	0,45%	0,50%	0,57%	0,52%	0,46%	0,41%	0,44%
	No contributivo	0,17%	0,15%	0,14%	0,19%	0,22%	0,22%	0,44%	0,47%	0,48%	0,55%
	<i>Total</i>	0,53%	0,57%	0,54%	0,63%	0,72%	0,79%	0,96%	0,93%	0,89%	0,99%
Personas en edad de trabajar	Contributivo - PMT ⁽⁴⁾	0,06%	0,07%	0,08%	0,07%	0,09%	0,11%	0,09%	0,07%	0,07%	0,06%
	Contributivo - SST ⁽⁴⁾	0,25%	0,30%	0,36%	0,37%	0,40%	0,44%	0,53%	0,59%	0,66%	0,74%
	No contributivo - PMT	0,74%	0,57%	0,36%	0,25%	0,17%	0,22%	0,29%	0,25%	0,21%	0,18%
	<i>Total</i>	1,06%	0,94%	0,81%	0,69%	0,66%	0,77%	0,91%	0,91%	0,94%	0,98%
Adultos mayores	Contributivo	1,62%	1,69%	1,97%	3,06%	2,91%	3,94%	4,08%	4,36%	4,98%	5,27%
	No contributivo	2,04%	1,64%	1,58%	1,42%	1,84%	1,44%	1,48%	1,42%	1,81%	2,08%
	<i>Total</i>	3,67%	3,33%	3,55%	4,48%	4,75%	5,38%	5,56%	5,78%	6,70%	7,35%
Total	Contributivo	4,29%	4,55%	4,88%	6,09%	6,27%	8,02%	8,29%	8,54%	9,43%	10,27%
	No contributivo	4,48%	3,96%	3,68%	3,50%	3,99%	3,96%	4,16%	4,25%	4,74%	5,26%
	<i>Total</i>	8,77%	8,50%	8,56%	9,59%	10,25%	11,98%	12,46%	12,79%	14,14%	15,54%

Notas: (1) Financiamiento contributivo: recursos por aportes y contribuciones a la seguridad social; (2) los datos para el período 2010-2012 son estimaciones realizadas a partir del MECON, la AFIP y datos de gobiernos provinciales; (3) Incorpora todas las asignaciones familiares contributivas; debe tenerse en cuenta que algunas de ellas benefician a otras franjas etarias; (4) PMT: políticas de mercado de trabajo; SST: salud y seguridad en el trabajo; (5) las pensiones PNC por vejez e invalidez se han imputado en esta garantía, aunque cabe señalar que también benefician a personas en edad de trabajar. No se incluye el gasto de los sistemas de las fuerzas de seguridad ni de las Cajas provinciales no transferidas.

Para la estimación de financiamiento contributivo de las prestaciones para adultos mayores, se utilizó información del gasto por programas de la ANSES, asumiendo que otras prestaciones contributivas se autofinancian.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del MECON, el MTEySS, el INDEC y la AFIP.

Parte de los recursos de la ANSES provienen de los aportes y contribuciones realizados a la seguridad social, pero el organismo también recibe impuestos con asignación específica y el 15% de la coparticipación bruta. Estas asignaciones tuvieron su origen en los años noventa, a partir del proceso de reforma del sistema previsional, y no han sufrido variaciones durante la última década, con excepción del 30% del impuesto al cheque, que pasó a formar parte de la masa coparticipable bruta.

Resulta claro que el desafío fundamental consiste en reducir sustancialmente los niveles actuales de informalidad laboral. No obstante, aun sabiendo de la magnitud de este desafío y de las dificultades que acarrea resolverlo en el corto plazo, se requerirá de la consolidación de un mayor espacio fiscal que, sin afectar los equilibrios macroeconómicos, permita que se realicen las reformas necesarias en cada uno de los componentes de la protección social. Por otra parte, deberá lograrse que los recursos adicionales ayuden a mejorar el impacto distributivo de las políticas que financian.

En cada uno de los sectores que conforman el sistema de protección social se deben enfrentar desafíos específicos, mediante políticas de reforma que demandan la construcción de consensos que son absolutamente necesarios para que toda implementación sea efectiva. Cada una de las políticas debe incorporar esquemas financieros y reglas de acceso transparentes en cada prestación, para lograr el mayor impacto redistributivo. Asimismo, se requiere de mejoras sustantivas en la coordinación entre las diferentes áreas del Gobierno central y entre los distintos niveles de gobierno.

Recuadro 2 | ¿Cuánto cuesta expandir el régimen de licencias y los servicios de cuidado para la primera infancia?

CIPPEC realizó un ejercicio de costeo del compromiso fiscal que conlleva la ampliación de dos políticas centrales para el Cuidado. Ellas son la expansión de la infraestructura pública de cuidado de la primera infancia y la extensión del régimen de licencias. Se toma como referencia el año 2016.

- *Ampliar la oferta de servicios públicos de cuidado.* Se presentan tres escenarios para expandir la infraestructura pública de cuidados para los niños y niñas de 45 días a 2 años inclusive. El escenario de máxima comprende: 20% de cobertura adicional de educación inicial, 20% de cobertura de niños en nuevos centros de cuidado y adecuación de los centros existentes a estándares de calidad. Este escenario tendría un impacto del 0,23% del PBI, tomando como referencia el año 2016. El escenario de media comprende 15% de cobertura adicional de educación inicial, 20% de cobertura a través de centros de cuidado y adecuación de los centros de cuidado. Este escenario involucraría un costo equivalente a un 0,21% del PBI. El escenario de mínima comprende un aumento de cobertura del 10% en educación inicial, un 20% de servicios de cuidado infantil y adecuación de los servicios existentes, lo que involucraría un coste del 0,18% el PBI. Para los costos de la expansión de educación inicial, se tomaron solo los gastos correspondientes al nivel nacional.

- *Modificar el régimen de licencias y su cobertura.* El ejercicio de costeo de las diferentes opciones para incrementar la cobertura de las licencias y su extensión involucra tres escenarios. El de máxima (98 días para madres, 30 días para padres y 60 días de licencias familiares) representaría un 0,08% del PBI en un año tomando como referencia 2016, mientras el de mínima (universalización de 98 días de licencias para madres, 15 días para padres y 30 días de licencias familiares) un 0,05% del PBI para el mismo año.

Fuente: Aulicino et al. (2016).

4. Reflexión final e interrogantes que deben ser respondidos

El título de este capítulo (*¿Cómo organizar la asignación de recursos para financiar el cuidado en la Argentina?*), remite a un debate que requiere profundizar el conocimiento sobre las políticas en curso que intentan brindar servicios de cuidado, la mejor cuantificación de sus costos y la definición de políticas futuras y sus fuentes de financiamiento. En relación al primer aspecto, es de esperar que, a medida que aumente la percepción sobre la importancia de este tipo de políticas, mejore tanto la información sobre las mismas como las posibilidades de medición de sus impactos. Como se vio, se trata de un universo muy diverso que requiere un esfuerzo importante para clasificar las iniciativas de acuerdo con los grupos destinatarios y tipos de prestación.

De manera específica, se plantea a continuación una serie de temas e interrogantes que intentan orientar el trabajo futuro requerido para mejorar la comprensión y alcances de las políticas de cuidado:

- Caracterización del diseño de las políticas de cuidado, diferenciando las áreas de intervención.
- Determinación de las brechas de cobertura por tipo de cuidado.
- Costeo de servicios y prestaciones requeridas para cerrar brechas de cobertura.
- Evaluación de la conveniencia de mantener financiamiento contributivo para algunas de las políticas de cuidado.
- Pertinencia de implementar regulaciones que asignen tiempo de cuidado sin financiamiento y necesidad de revisar la posibilidad de incorporar la asignación de fondos públicos para el sostenimiento de algunas de ellas. En este caso, dimensionar el esfuerzo fiscal requerido.
- Esfuerzo fiscal adicional si se quiere reemplazar el financiamiento contributivo cuando resultara conveniente.
- Papel de los diferentes organismos y áreas de gobierno que deben instrumentar cada acción y arreglos institucionales requeridos para articular las iniciativas y asegurar su financiamiento.
- Papel de los diferentes niveles de gobierno en el financiamiento de las acciones de cuidado.

En síntesis, se trata de identificar las fuentes de financiamiento y arreglos institucionales necesarios para asignar recursos al sostén de las políticas de cuidado desde una perspectiva de derechos.

Referencias bibliográficas

- Amadasi, E. & Tinoboras, C. 2015. *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Educa.
- Aulicino, C., Cano, E., Díaz Langou, G. & Tedeschi, V. 2013. *Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado*. Documento de Trabajo CIPPEC (106). Buenos Aires, CIPPEC.
- Aulicino, C., Repetto, F., Díaz Langou, G., Acuña, M. & De Achával, O. 2016. *El Futuro es hoy: primera infancia en la Argentina*. Buenos Aires, CIPPEC y Editorial Biblos.
- Banco Mundial. 2015. *Los años no vienen solos: oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires, Banco Mundial.
- Batthyány, K. 2015. *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Serie Políticas Sociales. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Bertranou, F. & Bonari, D. (coords.) 2005. *Protección social en Argentina. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2003*. Santiago de Chile, OIT.
- Bertranou, F., Cetrángolo, O., Beccaria, A., Casanova, L. & Folgar, J. 2015. *Desempeño y financiamiento de la protección social en Argentina. Consideraciones a partir de la Recomendación N° 202 sobre Pisos de Protección Social*. Buenos Aires, OIT.
- Ellingsaeter, A.L. 1999. Dual Breadwinners between State and Market. En Crompton, R. (ed.) *Restructuring Gender Relations and Employment. The Decline of the Male Breadwinner*. pp. 40-59. New York, Oxford University Press.
- Esquivel, V. 2010. *Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado*. Revista internacional del trabajo. 129 (4), pp. 529-547.
- Faur, E. 2009. *Organización Social del Cuidado Infantil en Ciudad de Buenos Aires. El rol de las Instituciones Públicas y Privada 2005-2008*. Tesis. Buenos Aires, FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).
- . 2014. *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Filgueira, F. & Aulicino, C. 2015. *La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia*. Documento de Trabajo (130). Buenos Aires, CIPPEC.
- Lupica, C. 2014. *Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección y las políticas de empleo en Argentina*. Documento de trabajo (5). Buenos Aires, OIT.
- Ministerio de Economía. 2014. *Cuenta de Inversión 2013 (Tomo II)*. Buenos Aires, Ministerio de Economía.
- Razavi, S. 2007. *The Political and Social Economy of Care in a Development Context, conceptual issues, research questions and policy options*. Gender and Development Program Paper (3). Ginebra, UNRISD.
- Repetto, F., Bonari, D. & Díaz-Langou, G. 2013. *Recomendaciones para una nueva ley nacional de licencias por maternidad, paternidad y familiares*. Documento de Políticas Públicas (126). Buenos Aires, CIPPEC.

PARTE II

Dimensiones transversales del cuidado

**El Cuidado en clave
comparada: avances
y desafíos en la región**

Introducción

Las políticas de cuidado en Latinoamérica presentan debilidades en términos de cobertura y calidad. Los instrumentos que existen son parciales y fragmentados y deben su instalación a otras agendas. Esta debilidad abreva en la trayectoria familiarista en el diseño de los sistemas de protección social junto a la todavía vigente división sexual del trabajo (Rodríguez Enríquez & Pautassi, 2014) que da lugar a una organización social del cuidado que concentra la distribución y provisión del mismo, principalmente, en las familias.

En efecto, la arquitectura de protección social de los países de la región funciona bajo el supuesto de que las actividades vinculadas con el cuidado son de orden privado, un asunto que deben resolver los grupos familiares. Por ello, salvo algunas excepciones, contemplan débilmente este componente, lo cual impide una efectiva desfamiliarización de las personas (Esping Andersen, 1999)³⁷. En términos de políticas públicas de cuidado, salvo el caso de algunos países de la región que han dado pasos importantes en términos de visibilidad e institucionalización, en la mayoría existen instrumentos que proveen alguna solución a estas necesidades, pero no conforman un sistema integral. El presente capítulo se centra en el análisis de las principales políticas públicas de cuidado en la región y presenta algunas experiencias particulares que, en este contexto, destacan ya sea por la integralidad de la respuesta estatal frente a las necesidades de cuidado o por el grado de institucionalización que se ha logrado. En la primera sección, se analizan los instrumentos de política al servicio del cuidado existentes en la región. En la segunda se abordan los casos de Uruguay, Costa Rica y Argentina cuyas experiencias se presentaron en el “Desayuno sobre política comparada de cuidados.”³⁸ Finalmente, la última sección, presenta los logros y desafíos pendientes.

37. El concepto refiere a la posibilidad de alivianar la carga que el cuidado supone para las familias a través de una mayor presencia estatal en la materia (Esping Andersen, 1999).

38. Este Desayuno se realizó en el marco del ciclo “Diálogo sobre Políticas de Cuidado”, en Septiembre de 2015 en Buenos Aires. Participaron como panelistas Nieves Rico (CEPAL), Julio Bango (Secretario de Cuidados, Uruguay), Emilia Molina Cruz (Diputada Nacional, Costa Rica) y María del Carmen Bianchi (Diputada Nacional, Argentina).

1. Políticas públicas de cuidado: aspectos conceptuales y repertorio en la región

La región muestra un panorama heterogéneo en cuanto al alcance de la protección social en los diferentes países,³⁹ siendo los que se analizan en este documento (Uruguay, Costa Rica y Argentina) los que presentan seguros sociales extensos que cubren a un porcentaje importante de la población; se trata de sistemas de base contributiva con beneficios extendidos aunque segmentados por inserción ocupacional (Filgueira, 2007). Se puede afirmar que gran parte de la protección social en estos países ha “descansado” en los beneficios de la conformación de la familia nuclear tradicional y en la provisión de bienes y servicios vinculados con el bienestar de sus miembros, reforzando los estereotipos de género presentes en ellas (Sunkel, 2006).

Esta herencia institucional ha incidido para que el “cuidado” como área específica no constituya un componente de los sistemas de protección social en los países de Latinoamérica (Provoste Fernández, 2012). Si bien hay avances en algunos instrumentos de política, existen como respuesta a demandas de otras agendas, lo cual explica ciertos vacíos y falta de integralidad, agudizando los problemas vinculados con cambios en la estructura demográfica, complejización de las familias, cambios en los patrones de empleo y participación económica de las mujeres.

No obstante, cabe destacar que América Latina presenta un avance importante en materia de marcos normativos regionales. Los consensos generados en el marco de las Conferencias Regionales sobre la Mujer en América Latina y el Caribe (Lima 2000, México 2004, Quito 2007, Brasilia 2010 y Santo Domingo 2013) y otros mecanismos, han posicionado el tema con mayor fuerza. Particularmente, el Consenso de Brasilia destaca que “...un efecto del proceso de transición demográfica que atraviesan los países de la región es el envejecimiento de la población, que sobrecarga a las mujeres con la tarea de cuidar a las personas mayores y a las personas enfermas...” e insta a los gobiernos a “fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas.” Y el de Quito reconoce “el valor social y económico del trabajo doméstico no remunerado de las mujeres, del cuidado como un asunto público que compete a los Estados, gobiernos locales, organizaciones, empresas y familias, y la necesidad de promover la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en el ámbito familiar.”

39. Para una descripción detallada de los sistemas de protección vigentes ver Filgueira (2007).

Si bien solo Uruguay tiene un sistema integrado de cuidados (Rico, 2015), en la región existen instrumentos de política que son funcionales al cuidado, aunque distan de conformar un sistema integral. Se puede definir a una política de cuidado como aquellas acciones destinadas a atender los requerimientos físicos y emocionales de personas dependientes. En general abarcan a la población infantil, los adultos mayores con algún nivel de dependencia y la población con discapacidades. Mientras, una política pública integrada de cuidados refiere a un “conjunto de acciones públicas y privadas intersectoriales que se desarrollan en forma articulada para brindar atención directa a las personas y apoyar a las familias en el cuidado de los miembros del hogar, e incluye también acciones de atención y profesionalización de cuidadoras y cuidadores” (Salvador, 2015).

Existe un amplio consenso en categorizar las políticas que brindan algún tipo de solución al “cuidado” en medidas que garanticen dinero, tiempo y servicios para cuidar (Ellingaester, 1999 citado en Pautassi, 2007; Lister, 1997), haciendo referencia, respectivamente, a licencias o permisos laborales para el cuidado intra hogar de personas dependientes, transferencias monetarias para sostenimiento del cuidado de familiares y servicios públicos destinados al cuidado. Pero desde una perspectiva más amplia, podría considerarse también el sistema de regulaciones e incentivos a favor de una nueva división sexual del trabajo dentro del hogar, que contribuya a la conciliación entre familia y trabajo (CEPAL, 2009).

La región cuenta con diversas políticas de este tipo (de diverso grado y con diferente alcance) pero que nacieron para resolver otras necesidades distintas al cuidado. Así, las políticas relativas al tiempo emergen en el marco de los derechos laborales; las de servicios aparecen vinculadas con los derechos de la infancia y la necesidad de promover condiciones favorables para el desarrollo infantil y, finalmente, las transferencias monetarias -si bien como se discutirá más adelante no deberían considerarse apoyos al cuidado *strictu sensu*- se impulsan como medidas de lucha contra la pobreza.

El enfoque de género y la necesidad de alivianar la carga que el cuidado representa para las familias, por considerarse un “bien público,” no ha sido el fundamento de las políticas presentes en la mayoría de los países de la región, por lo que no logran constituir un sistema integrado. Como fue mencionado, todos los países cuentan con algún tipo de políticas de cuidado, aunque solo Uruguay cuenta con un Sistema Integrado de Cuidados (Rico, 2015). Y existen avances en ese camino en Costa Rica con redes de cuidado a la infancia y muy incipientemente a adultos mayores, y en Chile donde se encuentra en fase de diseño un Subsistema Nacional de Cuidados.

En relación con las *políticas de tiempo para cuidar*, destacan centralmente los instrumentos que liberan tiempo del empleo para dedicarlo al cuidado no remunerado. Se trata del régimen de licencias familiares que se genera como respuesta pública de protección al empleo formal, particularmente de protección a la maternidad. Si bien es una medida conciliatoria entre la vida laboral y las demandas que acarrea la dinámica familiar, es un instrumento que afecta exclusivamente a la población incluida en el empleo formal. Desde este punto de vista, la población que queda fuera del empleo formal o que no desarrolla actividades laborales en relación de dependencia no estaría contemplada por este instrumento. Por otro lado, se encuentran también las políticas que regulan el *tiempo* en términos de distribución entre trabajo y cuidado: regulaciones, normativas, incentivos que posibilitan a trabajadores/as una adecuada articulación entre las demandas del mundo laboral y las de cuidado (CEPAL, 2009). A estas medidas se las ha denominado también medidas “secuenciales” en tanto regulan la alternancia entre trabajo y familia (Blofield & Martínez, 2014).

Siguiendo a Batthyany (2015) y a Rico (2015), en la mayoría de los códigos laborales de la región se ha priorizado la protección de la maternidad. En 30 países existe legislación sobre licencias de maternidad (de 18 semanas en 3 países; entre 14 y 17 semanas en 6 países; entre 12 y 13 semanas en 20 países y solo en uno es menor a 12 semanas). Hay 12 países con licencias por paternidad ubicándose Argentina en un extremo con dos días por paternidad junto con Paraguay, mientras en el otro extremo está Venezuela con 14 días y Costa Rica con 15. En Colombia, Perú y Puerto Rico la legislación estipula entre 4 y 8 días. Resulta llamativo que 18 países de la región no contemplen la licencia para padres (Rico, 2015), lo cual evidencia el sesgo maternalista que se atribuye al cuidado y conspira contra un enfoque de parentalidad que promueva una mayor participación de los padres en la crianza. Cabe mencionar que en pocos países existen las *licencias de cuidado* (vinculadas con las necesidades de crianza, enfermedad o atención en situaciones familiares puntuales). Solo 2 países contemplan licencia por enfermedad de hijos menores de 18 años; 3 países estipulan licencias para controles pediátricos; 3 para familiares enfermos, no hijos; 6 para familiares con discapacidad y 4 para ancianos dependientes.

En cuanto a las *transferencias económicas para el cuidado*, se trata de prestaciones monetarias que pueden combinar bonos para la contratación de servicios u otras prestaciones que faciliten el acceso a servicios, incluyendo remuneración al tiempo dedicado al cuidado de quienes lo ejercen (Salvador, 2015). Parte de la literatura ubica a las asignaciones monetarias previstas en los sistemas contributivos (asignaciones familiares, asignación por embarazo, jubilaciones y pensiones, entre otros) y no contributivos (programas de transferencias condicionadas) con amplio alcance en Latinoamérica. Si bien estos instrumentos constituyen un aporte del Estado que permite

alivianar el costo económico que las familias destinan al cuidado, se ha resaltado que no constituyen verdaderos sostenimientos del cuidado (Esquivel, 2011). Por un lado, por los montos estipulados, ya que suponen dinero para consumir una canasta de bienes y servicios mínimos que no incluye los costos asociados al cuidado. Y, por otro lado, porque constituyen medidas generadas para alivianar la situación de pobreza de ingreso de los hogares.

Entendida como subsidios a la demanda de servicios, este instrumento existe en Argentina, Brasil, Uruguay y Costa Rica para adultos mayores, en México para población infantil y en Chile y Ecuador para personas con discapacidad. Entre los países que cuentan con algún subsidio a la oferta de servicios de cuidado, se encuentran Brasil, Colombia y México que presentan jardines infantiles, guarderías y centros de atención públicos; y Costa Rica, Uruguay y Chile que, además de esto, cuentan con residencias de larga estadía u organizaciones que prestan servicios de cuidado a las personas mayores.

Finalmente, en términos de *servicios públicos de cuidado*, puede afirmarse que este ámbito de política es el que ofrece una mayor potencialidad en términos de conciliación familia/trabajo y desfamiliarización del cuidado, alivianando el trabajo no remunerado que realizan las mujeres y posibilitando, así, una mayor inserción laboral. Sin embargo, se trata del área más rezagada; generalmente tienen baja cobertura y, sobre todo, operan en el marco de una débil institucionalidad (Batthyany, 2015). La oferta de servicios de cuidado para la primera infancia es insuficiente en la región y opera bajo otra racionalidad: en varios países existe en el marco de programas de transferencias condicionadas (PTC) o de lucha contra la pobreza. En 18 países hay servicios de cuidado extra hogar (cuidado infantil para primera infancia y centros diurnos y de larga estadía para adultos mayores). Además, algunos países (Costa Rica, Ecuador, República Dominicana y Uruguay) cuentan con centros destinados a personas con discapacidad. Por otra parte, algunos países cuentan con programas que ofrecen subsidios para la contratación de cuidadoras o asistentes domiciliarios destinados a personas con dependencia y adultos mayores (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Uruguay, Cuba y México).

Finalmente, en cuanto a la formalización del trabajo doméstico remunerado, ha habido un gran avance en toda la región en la regulación del empleo doméstico. Dieciocho países han legislado sobre los tiempos del trabajo, siguiendo el Convenio 189 de la OIT y otros 18 países tienen un régimen especial de seguridad social para las trabajadoras domésticas.

2. El cuidado en algunos países seleccionados: Uruguay, Costa Rica y Argentina

Las experiencias de Uruguay y Costa Rica son mencionadas frecuentemente como casos arquetípicos de instalación de políticas de cuidado en América Latina. En el primer caso, es el único país que ha instalado un Sistema Nacional de Cuidados con medidas destinadas a las tres poblaciones dependientes: primera infancia, adultos mayores y personas con discapacidad y un componente sobre la profesionalización de las trabajadoras del cuidado. Por su parte, Costa Rica a través de la “Red Nacional de Cuido”, ha avanzado en implementar una red de servicios de cuidado y desarrollo infantil para la niñez destinada, principalmente, a las y los trabajadoras/es.

2.1. El caso del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) de Uruguay

Fundamentos para su creación

El SNC de Uruguay fue fruto de un proceso político y técnico impulsado fuertemente por la sociedad civil y la academia. El proceso comenzó con una etapa de debate entre 2010 y 2015 la cual sentó los cimientos técnicos para construir el Sistema, considerado estratégico para el país, dados los cambios ocurridos en la sociedad uruguaya que pusieron en jaque la base sobre la cual se estructuró el sistema de protección social en ese país: el empleo formal.

Los actores que motivaron la emergencia del SNC destacaron las transformaciones vinculadas con el proceso de emancipación femenina, los nuevos arreglos familiares, el crecimiento de la participación laboral de las mujeres y otros cambios demográficos (envejecimiento poblacional y disminución de la tasa de fertilidad) que modificaron sustancialmente la manera como se organizó tradicionalmente el cuidado en el país y que generó un déficit en su provisión. En consecuencia, activaron la intervención del Estado teniendo en cuenta una serie de fundamentos.

En primer lugar, la propuesta puso en el centro del debate los derechos de aquellas personas que requieren cuidados. Más allá de los enormes avances producidos en el último tiempo, existe en Uruguay un vacío de protección social para un sector importante de la población. La sociedad cambió su configuración y, con ello, debieron repensarse en términos estructurales los dispositivos de protección y bienestar social. Asimismo, se tuvo en cuenta el derecho de las personas a cuidar.

En segundo lugar, la propuesta de un SNC apunta a atacar la división sexual del trabajo, concebida como una de las tantas bases de desigualdad entre las personas y, en este caso, entre mujeres y hombres. Ésta establece un patrón cultural, pero frecuentemente reforzado por la normativa vigente, así como el propio diseño de programas sociales

y laborales, que reserva el mundo de la producción para los hombres y el de la reproducción para las mujeres.

En tercer lugar, el SNC, en un marco de disminución de la natalidad, se considera una contribución que puede resultar determinante para garantizar el derecho de las familias a tener el número de niñas y niños que deseen tener, sobre todo en sectores trabajadores y medios, combatiendo las restricciones que hoy suponen la inexistencia o la falta de acceso a servicios de cuidados de calidad para la primera infancia.

Finalmente, en cuarto lugar, el SNC se instauró en el entendimiento de que es necesario enfrentar los “cuellos de botella” en el desarrollo del país. Por un lado, el Uruguay agota su bono demográfico y se encamina a una “crisis de los cuidados” en la cual las mujeres se ven obstaculizadas para insertarse en el mercado formal debiendo dedicarse al cuidado de dependientes en el hogar. Por otro, la posibilidad de incorporar miles de mujeres al esfuerzo productivo se considera estratégico para el crecimiento económico del país.

Componentes de la política

El Sistema contempla prestaciones para las tres poblaciones dependientes (niños/as, adultos mayores y personas con discapacidad) y acciones de mejoramiento de las condiciones de trabajo de cuidadoras/es.

Para la primera infancia, se prevé la ampliación de las licencias parentales. La norma reformada en 2013 regula el subsidio por maternidad, instaura el subsidio por paternidad y regula la reducción de la jornada laboral para el cuidado de niños y niñas. En términos de servicios, se establecen los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) dependiente del Instituto del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU) para 1 y 2 años y los jardines que dependen del área de Educación Pública (ANEP) para la población de 3 años. Asimismo, las Becas de Integración Socioeducativa están destinadas a financiar servicios de cuidados y educación para niños y niñas de 0 a 2 años (excepcionalmente 3), pertenecientes a familias integradas en los programas de Acompañamiento Familiar del MIDES e INAU, que residan en territorios con insuficiencia de oferta de servicios públicos de cuidados y educación infantil.

Para las personas mayores en situación de dependencia se ha previsto la instalación de centros diurnos gerontológico-sociales que prestan cuidados integrales durante el día a las personas mayores en situación de dependencia leve y moderada que residen en sus hogares, buscando retrasar los procesos de institucionalización y brindar alivio a la familia cuidadora. En tanto, para personas con dependencia severa, se estipula el servicio de asistentes personales que atienden el cuidado y la asistencia personal

para las actividades de la vida diaria (por ejemplo alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras).

Por último, se prevén servicios de asistencia personal para población con discapacidad. El Sistema se completa con acciones de formación profesional dirigidas a la población de cuidadoras/es. Se contemplan cursos básicos y avanzados para personas que cuidan tanto a personas en situación de dependencia, como a la primera infancia.

El Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay constituye la única experiencia de institucionalización de los cuidados en la región, con un área específica a cargo, presupuesto y la ratificación por Ley de este cometido. Significa un esfuerzo importante en términos de integralidad ya que se prevén componentes de política para todas las poblaciones afectadas por las necesidades de cuidado y una orientación fuerte hacia la universalidad, con metas graduales de cobertura.

2.2. La Red de Cuido de Costa Rica

Fundamentos para su creación

La *Red de Cuido* de Costa Rica ingresa a la agenda pública de Costa Rica como un mecanismo que permitirá a las mujeres pobres insertarse en el mercado de trabajo, obteniendo un ingreso que facilitará a sus hogares salir de la pobreza, a la vez que se brindan oportunidades de empoderamiento y autonomía económica a las mujeres. Esta orientación estuvo acompañada de una importante visión sobre los derechos de la niñez y sobre políticas destinadas a favorecer su desarrollo integral.

La Red fue impulsada fuertemente por la Presidencia de la Nación durante el ejercicio 2010-14, constituyendo una prioridad para esa gestión de Gobierno. El camino institucional para su puesta en marcha fue un decreto inicial del Poder Ejecutivo que declaró de interés público a la Red y, posteriormente, en 2012 surgió el Decreto N° 36.916 que estableció la organización general y bases operativas. Luego, fue aprobada por la Ley N° 9.220 (del 24/03/2014), generada a partir de un fuerte proceso de negociación política y consenso. El proyecto fue aprobado por unanimidad y fue apoyado por un sector de la sociedad civil organizada.

Se define como un sistema de cuidado y desarrollo infantil de acceso público, universal y de financiamiento solidario que articula las diferentes modalidades de prestación pública y privada de servicios en materia de cuidado y desarrollo infantil, para fortalecer y ampliar las alternativas de atención infantil integral. Funciona como complementariedad a los servicios de educación preescolar brindados a través del Ministerio de Educación. La población objetivo la constituyen todos los niños y niñas menores de 6 años.

Componentes de la política

La Red contempla la articulación público-privada en su implementación. Existen tres tipos de servicios de cuidados donde intervienen los actores públicos y privados en diverso grado: i) servicios prestados por instituciones públicas con financiamiento público (independientemente de que exista algún pago por parte de las familias); ii) servicios prestados por entidades privadas que se financian de forma también privada; y iii) servicios prestados privadamente pero que cuentan con financiamiento del sector público.

Respecto del financiamiento, se compromete el 4% de todos los ingresos anuales ordinarios y extraordinarios del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) y recursos provenientes de fuentes nacionales e internacionales que se le asignen a los entes que forman parte de la Red mediante convenio, directriz presidencial, derecho o Ley.

La Red cubre actualmente a 40.000 niños y niñas, cifra que constituye el doble de la cobertura existente cuando comenzó la iniciativa, en 825 instituciones públicas y privadas. Ha fortalecido las alternativas de atención existentes y creado mecanismos interinstitucionales necesarios para la apertura de nuevos centros, garantizando la ampliación de la cobertura a medida que crezca la demanda. La selección de beneficiarios de este programa considera los siguientes aspectos: a) un ingreso familiar per cápita igual o inferior al valor de la línea de pobreza; b) que los padres/madres de familia vivan o trabajen en el área de atracción del establecimiento; c) existencia de problemas de desnutrición o desarrollo; d) situaciones de riesgo social; y e) que las madres tengan necesidad de dejar al niño o niña en el centro para poder trabajar. El programa se financia con recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), así como del presupuesto del Gobierno Central, y además reciben aportes diversos de la comunidad y una cuota voluntaria aportada por los padres/madres de familia (Batthyany, 2015).

La Red también contempla un componente destinado a adultos mayores, a partir de la creación de centros diurnos para que los y las adultas mayores socialicen y resuelvan sus necesidades vitales de recreación y esparcimiento, contribuyendo a elevar la calidad de vida de esas personas. Sin embargo, el porcentaje de cobertura de este sistema es muy bajo, cubriendo alrededor de un 2% de la población adulta mayor.

Es destacable el enfoque de género presente que actuó como motor de esta política. En este sentido, un antecedente directo lo constituye la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG) de 2007 que, entre sus metas prioritarias, incluye la disponibilidad de espacios de cuidados de niños y niñas para toda mujer que lo requiera a fin de insertarse en el mercado laboral (Batthyany, 2015).

La Red de Cuido enfrenta desafíos en torno al incremento de la cobertura a fin de incluir a todos los niños y niñas que requieren de cuidados (actualmente se estima que su cobertura es del 10% de quienes requieren cuidados), pero es destacable el esfuerzo por institucionalizar la política que se expresa en su aprobación por Ley y en el establecimiento de un presupuesto previsible.

2.3. Proyecto de Ley Federal de Cuidados para la Primera Infancia en Argentina

Fundamentos para su creación

El Proyecto de Ley Federal de Cuidados para la Primera Infancia fue presentado en 2015 por el entonces oficialismo (Frente para la Victoria) y cuenta con media sanción de la Cámara de Diputados de la Nación. Su finalidad es promover e implementar un sistema institucional de cuidados para todos los niños y niñas desde los 45 días de edad hasta su ingreso al sistema educativo formal, procurando el pleno bienestar de estos y la igualdad de oportunidades mediante la prestación de servicios de calidad. Se entiende que el cuidado es un derecho de todos los niños y niñas de gozar de un desarrollo pleno y satisfactorio que contemple su protección afectiva, psíquica y física, su socialización temprana, así como la atención y satisfacción de todas las necesidades que requieren de acuerdo a su edad.

El fundamento central que dio origen a la propuesta de ley es la constatación de una baja cobertura de cuidados para niños y niñas de 0 a 4 años de edad. Según lo relevado por la Encuesta de condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes en Argentina (UNICEF & SENAF, 2012), del total de niños residentes en zonas urbanas en el país, solo un 32% asiste a algún centro de desarrollo infantil. Asimismo, esta participación en servicios de cuidado muestra una segmentación por nivel socioeconómico muy grande. Mientras en el quintil de más altos ingresos el 52% de los niños y niñas de 0 a 4 años asiste a algún establecimiento, esta cifra disminuye a 20% para los del quinto quintil. Por otra parte, este proyecto tuvo en cuenta el marco normativo existente en materia de cuidados y educación de la primera infancia, con vistas a lograr armonía y concordancia con la legislación vigente. Estos antecedentes son:

- La Ley de Contrato de trabajo que establece 90 días de licencia y salas maternales cada 50 o más trabajadoras.
- La Ley N° 23.849 de aprobación de la *Convención sobre derechos el niño* que recoge el principio de corresponsabilidad en los cuidados, entre familia, estado y mercado para favorecer el desarrollo integral de niñas, niños adolescentes.

- La Ley N° 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- La Ley de Educación N° 26.206 (2006), reformada en 2014 por la Ley N° 27.045 donde se establece la obligatoriedad desde los 4 años y la universalidad para los 3 años. Actualmente, la cobertura para 5 años es universal, para 4 años alcanza al 85,7% de los niños/as en esa franja y para 3 años se ubica en el 41,8%.
- La Ley N° 26.233 de creación de Centros de Cuidado Infantil (CDI) que establece la creación de centros de desarrollo infantil en todo el país, priorizando las zonas de mayor vulnerabilidad.
- La Ley N° 27.064 de regulación y supervisión de los centros de desarrollo infantil no incluidos en la enseñanza oficial.

Es destacable que la propuesta legislativa se realizó con la colaboración y acompañamiento de diversas organizaciones sociales y sectores de la comunidad que se ocupan del desarrollo infantil, las políticas familiares y la igualdad de género. Asimismo, en su elaboración se tuvieron en cuenta las sesiones realizadas en el marco del ciclo *Diálogo sobre Políticas de Cuidado* organizado por PNUD, OIT, UNICEF y CIPPEC.

Componentes de la política:

El eje central del proyecto es la ampliación de cobertura y oferta de cuidados, garantía de calidad del cuidado, apoyo a familias en corresponsabilidad del cuidado, adecuación de la oferta a necesidades de trabajadores y la profesionalización y formación de cuidadores y cuidadoras. Si bien la propuesta tiene como destinatarios principales a los niños y niñas de 45 días a 3 años son también beneficiarios directos los padres y madres de esta población que dedican muchas horas a su cuidado y que hoy no cuentan con servicios de cercanía prestados por el Estado de manera directa o indirecta.

Este proyecto debe enmarcarse como un componente más de un sistema que debería tener como norte la consolidación de un entorno propicio para el desarrollo de la primera infancia contemplando la ampliación de las licencias parentales; la instalación de lactarios; la creación de servicios de cuidado para la primera infancia de empresas ya obligadas por ley y el impulso a empresas y grupos de empresas no obligadas aún; la consolidación de servicios de cuidado extra domiciliarios a través de programas de desarrollo social, centros de desarrollo infantil públicos y privados, junto con los centros que se creen a instancias de esta ley. En este sentido, el proyecto parte de reconocer los servicios existentes e integrarlos en un solo sistema.

Se prevé una implementación articulada entre nación, provincias y municipios, con la intervención de empresas y empleadores, gremios y sindicatos, sociedad civil y centros de formación de cuidadores. Asimismo, se crea un órgano independiente, el Observatorio, como instancia de carácter técnico que cumpla funciones de evaluación y monitoreo y produzca recomendaciones que mejoren el sistema. Por otra parte, se contempla un componente de profesionalización de cuidadores, a través de instancias de capacitación y formación permanente y salario acorde a las tareas realizadas.

En cuanto a los recursos previstos para el financiamiento, se mencionan los principios de corresponsabilidad, solidaridad y progresividad, en el entendimiento que se trata de una inversión a largo plazo tendiente a fortalecer el desarrollo de capital humano. En cuanto a la cobertura, hay una impronta de universalidad, mencionándose la progresividad con un alcance paulatino comenzando con los territorios que más lo requieren.

Este proyecto contempla la igualdad de género; menciona la redistribución de las responsabilidades del cuidado, en este caso entre las familias y el Estado. En este sentido, avanza en sentar una presencia más fuerte del Estado en la solución de un tema que ha sido un asunto privado, que ha estado largamente a cargo de las familias y dentro de ellas, particularmente, de las mujeres. Se menciona la relación entre la oferta de cuidados y las necesidades de los trabajadores y trabajadoras (en cuanto a coordinación de horarios, espacios, etc.). Esta vinculación se considera apropiada dada las potencialidades de una oferta de cuidados en términos de conciliación familia-trabajo.

Recuadro 3

Trayectorias de universalización del Cuidado: la experiencia de los países europeos*

El ámbito de las políticas familiares y de infancia es un área de gran desarrollo en Europa, siguiendo la idea de que el Estado social debe instrumentar mecanismos que permitan la conciliación de la vida familiar y la vida laboral, facilitando la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y adaptando las políticas sociales a la progresiva desaparición del modelo en el que solo el hombre trabajaba y la mujer cuidaba (*male breadwinner model*) (Esping Andersen, 1999). Esto solo puede lograrse mediante medidas de apoyo a las familias, y el desarrollo de sistemas de educación y cuidado infantil de alta calidad y de amplia cobertura.

Lógicamente, este principio encuentra matices en los diversos países. En un extremo se encuentra el caso de los países nórdicos donde los instrumentos de política dan cuenta de una verdadera desfamiliarización y apoyo a las familias en las actividades vinculadas con el cuidado y la crianza. Los instrumentos conjugan licencias generosas, infraestructura de servicios de calidad y apoyo económico a las familias para financiar el cuidado extra hogar, y expresan la responsabilidad que el Estado tiene en esta materia.

En los países de Europa continental, por otra parte, hay avances importantes en políticas de licencias familiares más o menos generosas destinadas fundamentalmente a las madres, mientras que el escenario de licencias compartidas es más desigual. Asimismo, respecto de la provisión de servicios públicos, el panorama muestra una mayor diferencia en cuanto a alcance y modalidad. A continuación se ejemplifican ambos modelos con el caso de un país.

El modelo escandinavo ofrece servicios generosos y financiados con recursos públicos. En el marco del modelo de régimen de bienestar social-demócrata prevalecen los sistemas universales entendidos como sistemas donde los ciudadanos tienen un nivel básico y relativamente alto de seguridad social (Esping Andersen, 1990).

Las políticas para fortalecer a las familias y brindar condiciones favorables para el desarrollo infantil han tenido un auge notable. En el caso de Noruega, los servicios de cuidado para la población infantil menor de seis años son universales y su acceso se establece como un derecho. En la base de estas medidas están la búsqueda de condiciones favorables de crianza, pero también la posibilidad de facilitar la participación en el mercado de trabajo para ambos padres. De hecho, en ese país, las mujeres participan en un 75,8% en el mercado laboral mientras los hombres lo hacen en un 80% (Sonneland, 2014).

Estas medidas también tienen su correlato en los permisos post natales que están concebidos para que cualquiera de los padres pueda permanecer en el hogar al cuidado de su hijo durante el primer año de vida. El sistema establecido en Noruega busca explícitamente la igualdad de género, entregando 12 semanas al padre y 14 semanas a la madre. El resto de las 59 semanas se pueden distribuir de acuerdo a la preferencia de la pareja.

Este modelo ha logrado, entre otras cuestiones, un alto grado de conciliación entre responsabilidades familiares y un involucramiento importante de los padres en la crianza, debilitando los conflictos en la división del trabajo doméstico (Sonneland, 2014). Es destacable que la búsqueda de una alta participación de las mujeres en el empleo ha sido explícita y las medidas de política implementadas han tendido a facilitar este objetivo de política, donde ha primado, asimismo, la igualdad de género.

Por su parte, consistentes con una trayectoria corporativa-familiarista de sus regímenes de bienestar, los países de Europa continental ofrecen políticas de cuidado siguiendo una orientación diferente de la implementada por el modelo nórdico. En los diferentes países se ofrecen alternativas entre utilizar los servicios públicos o recibir un estipendio para contratar una cuidadora o para que el cuidado esté a cargo de alguno de los padres (Etchebehere et al., 2011). En el caso de España y Francia, por ejemplo, las políticas dirigidas a ayudar a las familias en el cuidado de los hijos en edades comprendidas entre los 0 y 6 años pueden ser de cuatro tipos: 1) permisos de maternidad o parentales para permitir que la madre y el padre interrumpan su empleo para cuidar de sus hijos; 2) servicios de cuidado colectivo extra-familiares; 3) servicios de cuidado individuales extra-familiares y 4) ayudas monetarias (directas o fiscales) para ayudar a sufragar los costos derivados del cuidado de los hijos (Jurado Guerrero, 2007).

*Fuente: De León (2017).

3. Reflexiones finales

A pesar de los adelantos importantes en materia de inclusión social de la última década en América Latina, los avances en la implantación de políticas de cuidado han sido modestos. La experiencia regional muestra un panorama heterogéneo, aunque algunos rasgos característicos son comunes entre los diferentes países. Así, salvo algunos casos excepcionales que fueron mencionados, destaca el rezago en la implantación de políticas integrales, que contrasta con la visibilidad que ha comenzado a tener el tema, impulsada en parte por el marco normativo internacional, así como por el rol y la producción de conocimiento de la academia, la sociedad civil y organismos de cooperación internacional que destacan y subrayan la necesidad de avanzar hacia una política integral de cuidados en la región.

Una política integral de cuidados debe concebirse en el marco de un enfoque de derechos, a partir del cual se garantice el acceso al cuidado a todo aquél que lo requiera, así como condiciones dignas de trabajo en las labores. Aunque se sobreentiende, debe contemplar también las desigualdades de género en la producción y distribución del cuidado, a través de políticas que tiendan a su redistribución, a fin de aliviar la carga que éste representa para las mujeres y que condiciona sus posibilidades de desarrollo personal y profesional.

En términos de políticas concretas para avanzar, la prioridad es la expansión de la oferta de cuidados para población infantil en la franja que no está cubierta por el sistema educativo formal, área de intervención pública que muestra más retraso en la región y cuya potencialidad para desfamiliarizar el cuidado es mayor, con el beneficio que tendría en la igualdad de género.

Por otra parte, es notable también el atraso que muestra la legislación referida al sistema de licencias. Como pudo observarse, un gran número de países no contemplan norma alguna referida a licencias para padres. Este dato sorprendente, no solo deja a esos países al margen de las recomendaciones internacionales, sino que refuerza el sesgo maternalista que se le ha dado a esta política, convalidando la idea de que son las madres quienes deben estar a cargo, exclusivamente, del cuidado de sus niños. Esta situación, más acuciante para los países en la situación mencionada, también afecta a países que han previsto esta licencia para padres, pero cuya extensión es prácticamente simbólica, como Argentina. Asimismo, también es necesario instalar licencias familiares “de cuidado” desvinculadas de la situación post natal.

Los cambios en la realidad social y demográfica no han permeado aún el contenido de la política social que sigue anclada en estructuras y arreglos familiares que hoy resultan inviables. Pero, además de este factor fundamental, no se ha logrado instalar aún en la agenda pública la importancia estratégica que tiene un sistema de cuidados para la resolución de un conjunto de problemas estructurales: la finalización del bono demográfico, el estancamiento de la participación laboral femenina y la pobreza de los hogares. Se trata de un enorme desafío para la política social de la región frente al cual los organismos involucrados en esta iniciativa debemos contribuir a instalar.

Referencias bibliográficas

Batthyany, K. 2015. *Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales*. Serie Asuntos de Género 124. Santiago de Chile, CEPAL.

Blofield, M. & Martínez F.J. 2014. *Trabajo, familia y cambios en la política pública en América Latina: equidad, maternalismo y corresponsabilidad*. Revista CEPAL (114), pp. 107-125.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2009. *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL.

De León, G. 2017. *Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social*. Documento de trabajo (158). Buenos Aires, CIPPEC.

Esping-Andersen, G. 1990. *The three worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press.

—. 1999. *Social Foundations of Post-industrial Economies*. Oxford, Oxford University Press.

Esquivel, V. 2011. *La Economía del Cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. El Salvador, PNUD.

Etchebehere, G., Artía, A., Cambón, V., De León, D., Duarte, A., Silva, P. & Silva, F. 2011. *Sistema de cuidados, 2011 documentos base/esquema de documentos base por población/infancia*. Montevideo, MIDES.

Filgueira, F. 2007. *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina*. Serie Políticas Sociales (135). Santiago de Chile, CEPAL.

Jurado Guerrero, T. 2007. Trabajo, familia y Estado: Francia ¿un modelo de conciliación a seguir? En Carbonero Gamundi, M.A. & Levín, S. (eds.). *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*. Rosario, Homo Sapiens Ediciones.

Lister, R. 1997. *Citizenship: feminist Perspectives*. Houndmills, Basingstoke, Macmillan.

Pautassi, L. 2007. *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Serie Mujer y Desarrollo (77). Santiago de Chile, CEPAL.

Provoste Fernández, P. 2012. *Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas*. Serie Mujer y Desarrollo (120). División de Asuntos de Género. Santiago de Chile, CEPAL.

Rico, N. 2015. "Institucionalidad y Políticas de cuidado en América Latina", *presentación realizada en el ciclo Diálogo sobre Políticas de Cuidado, El cuidado en clave comparada: avances y desafíos en la Región*. Buenos Aires, Septiembre 2015.

Rodríguez Enríquez, C. & Pautassi, L. 2014. *La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*. Buenos Aires, ADC, CIEPP, ELA.

Salvador, S. 2015. *Política de cuidados en El Salvador, opciones, metas y desafíos*. Serie Asuntos de Género (129). Santiago de Chile, CEPAL.

Sonneland, A. 2014. El sistema de protección social en Noruega. En Cecchini, S. & Lavigne, M. (ed.), *Políticas Públicas para la Igualdad: Hacia un sistema de protección social universal*. Serie Seminarios y Conferencias (78). Santiago de Chile: CEPAL.

Sunkel, G. 2006. *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. Serie Políticas Sociales (120). Santiago de Chile, CEPAL.

UNICEF & Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF). 2012. *Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia: principales resultados 2011-2012 ECOVNA*. Buenos Aires, UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

