

MAESTRÍA EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES - FLACSO

**Trabajo de cuidado en tiempos de pandemia:
Cuidadoras domiciliarias de personas mayores en la Ciudad de
Buenos Aires**

Autora: Carolina Higgins

Directora de tesis: Camila Arza

Resumen

La pandemia de COVID-19 puso de relieve desigualdades históricas en el ámbito de los cuidados: la familiarización, feminización y estratificación social de este trabajo y la precariedad laboral de las trabajadoras del cuidado en domicilio, en su mayoría mujeres que no acceden a la protección social y reciben salarios bajos. Esta investigación ofrece nueva evidencia para comprender el trabajo de las cuidadoras domiciliarias en el marco de la pandemia y de una sociedad que envejece, y frente a un Estado que brinda respuestas restringidas, fragmentadas y focalizadas. Analiza la experiencia laboral y los significados y sentidos atribuidos a su trabajo por 18 cuidadoras domiciliarias que se desempeñaron en la Ciudad de Buenos Aires durante el período de aislamiento social preventivo y obligatorio. Los hallazgos de este estudio muestran el fuerte impacto que tuvo la pandemia sobre su trabajo, en los ámbitos de desempeño público, privado y comunitario. Las cuidadoras entrevistadas se adaptaron rápidamente a los cambios y dificultades prácticas y sanitarias impuestas por la pandemia, y asumieron los costos físicos y económicos de continuar trabajando. Las medidas tomadas por el Gobierno durante este período no lograron proteger sus derechos laborales, y en sus discursos, las cuidadoras señalaron la falta de reconocimiento social y económico. En línea con la organización social del cuidado que prevalece en nuestra sociedad, identificaron a la familia como principal responsable del cuidado de las personas mayores, a pesar de ser ellas mismas las cuidadoras principales. A su vez, denunciaron el malestar experimentado por las personas cuidadas durante la pandemia, en términos físicos, mentales y emocionales, y en relación a su autonomía para realizar acciones y tomar decisiones.

Palabras claves: trabajo de cuidado, cuidadoras domiciliarias, cuidado de la vejez, cuidados y género.

Agradecimientos

A mis hermanas y a mis amigas, por inspirarme con sus experiencias y escucharme incansablemente.

A Vanesa, Alejandra, Jessica, Lucila, Marina, Lidia, por acercarme a las cuidadoras, y a Eduardo, por la lectura sensible de sus discursos.

A mi tutora por acompañarme en el proceso, siempre con la palabra justa.

A todas las cuidadoras, por su enorme trabajo diario.

INDICE

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| 1. El trabajo de cuidado en tiempos de pandemia: estado del arte | 6 |
| 2. Objetivos y metodología del estudio | 20 |
| 3. El cuidado de las personas mayores en Argentina | 25 |
| El proceso de envejecimiento poblacional | 25 |
| Condiciones de vida de las personas mayores | 27 |
| La institucionalidad del cuidado de personas mayores | 28 |
| Necesidades de cuidado, interdependencia y autonomía | 30 |
| Familiarización del cuidado de personas mayores | 33 |
| 4. Las cuidadoras de personas mayores | 36 |
| Participación de las mujeres en el mercado laboral | 36 |
| Condiciones de trabajo de las cuidadoras domiciliarias | 38 |
| Ámbitos de trabajo de las cuidadoras domiciliarias | 40 |
| a) Ámbito público | 41 |
| b) Ámbito privado | 47 |
| c) Ámbito comunitario | 48 |
| 5. La experiencia laboral de cuidadoras domiciliarias en la pandemia | 50 |
| Un día de trabajo en la experiencia de Viviana | 50 |
| Cuidar personas mayores en tiempos de pandemia | 52 |
| Repactar con las familias | 53 |
| Adaptarse a las dificultades | 55 |
| Redistribuir el trabajo en el hogar | 59 |
| Autonomía de las personas mayores en tiempos de pandemia | 62 |
| Síntesis de resultados | 65 |
| 6. Significados y sentidos de las cuidadoras sobre su trabajo | 67 |
| Reconocimiento del trabajo en tiempos de pandemia | 67 |
| El cuidado como trabajo, obligación y ayuda | 67 |
| Relaciones sociales afectivas y de servicio | 70 |
| Tareas de cuidado invisibles | 72 |
| La mirada pública sobre su trabajo | 72 |
| Responsabilidades de cuidado y responsabilizarse por el cuidado | 76 |

| | |
|---|-----------|
| El malestar de las personas mayores durante la pandemia..... | 80 |
| Síntesis de resultados..... | 81 |
| 7. Conclusiones | 83 |
| Referencias citadas | 91 |
| Bibliografía | 99 |

Introducción

Cuidar personas mayores es un trabajo con escaso reconocimiento económico y social. Se trata de una actividad de larga data, desempeñada por las mujeres en el hogar sobre la base de la tradicional división sexual del trabajo. Como ocupación en el mercado laboral es más reciente y las trabajadoras que la desempeñan reciben el nombre de cuidadoras domiciliarias¹. El cuidado de personas mayores forma parte del trabajo de cuidado, que engloba el cuidado directo de otras personas y el cuidado indirecto (tareas domésticas consideradas precondiciones de cuidado), y es desempeñado de modo remunerado y no remunerado, en el mercado laboral y en el hogar. El trabajo de cuidado atraviesa las trayectorias vitales de las mujeres con escasa o nula visibilidad, debido a que implica tareas desvalorizadas que requieren de cualidades y competencias consideradas naturales y adjudicadas a las mujeres (Borgeaud-Garciandía, 2017a). Refuerza esta invisibilidad el profundo desconocimiento de las competencias, saberes y habilidades que adquieren las mujeres que cuidan en distintos ámbitos (Zibecchi, 2014a).

En Argentina, alrededor de cuatro de cada diez mujeres que trabajan, lo hacen en ocupaciones del cuidado (Esquivel y Pereyra, 2017). Aquellas pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos realizan mayoritariamente trabajo doméstico², en condiciones de alta informalidad y precariedad. El cuidado de personas mayores se diferencia de otros trabajos domésticos debido a que es relacional, es decir, se asienta sobre una relación social establecida entre la cuidadora, la persona mayor, y en ocasiones, el/la empleador/a (generalmente la hija). Entre las y los integrantes del vínculo de cuidado se establecen relaciones de dependencia cruzadas, de empleo, de trabajo, afectivas, generadoras de expectativas, esperanzas, reconocimiento o decepción, que se apoyan sobre las especificidades del trabajo (Borgeaud-Garciandía, 2017b). A su vez, el trabajo de cuidar personas mayores es definido como un “trabajo sucio”, debido a las representaciones sociales asociadas a las actividades que implica (Hugues 1996 citado por Borgeaud-Garciandía, 2016), y un “trabajo emocional”, dada la intensa actividad emocional involucrada en su desempeño (Hochschild 2003 citado por Borgeaud-Garciandía, 2016).

¹ A lo largo del trabajo se utiliza el femenino genérico dado que la gran mayoría de las/os cuidadoras/es son

² El sector de trabajo doméstico engloba trabajo de cuidado directo e indirecto desempeñado en los hogares.

Este estudio analiza el trabajo de cuidadoras domiciliarias durante la pandemia de COVID-19, en el marco de una organización social del cuidado injusta, un proceso de acelerado envejecimiento poblacional, y si bien el cuidado comienza a incorporarse en la agenda de políticas públicas, las políticas orientadas al cuidado de las personas mayores son insuficientes, restringidas y residuales. La injusta organización social del cuidado, es producto de una desigual distribución de las responsabilidades de cuidado entre los actores sociales (Estado, mercado, familia y comunidad), y entre varones y mujeres. El cuidado en general, incluyendo el cuidado de personas mayores, está familiarizado, feminizado y estratificado socioeconómicamente. Esta injusta distribución genera una sobrecarga de trabajo de cuidado no remunerado en el hogar que recae sobre las mujeres, y condiciona su plena participación en el mercado laboral (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015a).

Actualmente la Argentina atraviesa un proceso de envejecimiento poblacional, es decir, un aumento del porcentaje de personas mayores en la población total que genera un incremento de la demanda de cuidados, especialmente en la etapa de vejez frágil (75 años y más). A la vez, las principales responsables del cuidado (las mujeres) están menos disponibles para cuidar, como consecuencia de su mayor participación en el mercado de trabajo en comparación con décadas atrás, y debido a cambios en la conformación de las familias (aumento de familias monoparentales y hogares con jefatura femenina, entre otros). La problemática del cuidado en la vejez adquiere así una dimensión cada vez mayor.

El reconocimiento del cuidado como un derecho está en la agenda política y social. Desde la perspectiva del enfoque de derechos, se plantea el reconocimiento del cuidado como un derecho universal y desvinculado de una relación asalariada. Implica una triple dimensión: derecho a cuidar en condiciones dignas, a recibir cuidados de calidad y a cuidarse uno mismo (Pautassi, 2007a). Sin embargo, a pesar de los avances en materia de derechos, en Argentina las personas mayores acceden a cuidados en función de los recursos económicos y de los lazos sociales con los que cuentan (Alonso y Marzonetto, 2019). Las políticas orientadas a su cuidado son insuficientes, restringidas y residuales (Rodríguez Enríquez, Alonso y Marzonetto, 2019). Los programas públicos de cuidado domiciliario están focalizados en las personas mayores con mayor grado de vulnerabilidad socioeconómica, y presentan limitaciones desde el diseño (monto del subsidio, tipo de prestación y requisitos de acceso). Más aún, la irrupción de la pandemia de COVID-19 a principios del año 2020, pone en evidencia el papel subsidiario que ha tenido el Estado en la provisión y regulación de

cuidados orientados a las personas mayores, quienes son consideradas población de riesgo durante este período.

En este marco, el presente trabajo ofrece nueva evidencia para comprender el trabajo de las cuidadoras domiciliarias, en un mercado laboral que segrega a las mujeres, una sociedad que envejece y un momento particular que evidencia la centralidad del cuidado, a la vez que su injusta distribución social. El objetivo general que se plantea es analizar el trabajo de las cuidadoras domiciliarias de personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires durante la pandemia de COVID-19. Los objetivos específicos apuntan a (1) caracterizar el trabajo de las cuidadoras domiciliarias en los distintos ámbitos de desempeño, desde una perspectiva de género; (2) analizar las necesidades de cuidado de las personas mayores con dependencia, en relación con la oferta de programas públicos de cuidado domiciliario disponibles en la Ciudad de Buenos Aires; (3) conocer los cambios, dificultades enfrentadas y estrategias implementadas por cuidadoras domiciliarias durante la pandemia, en la Ciudad de Buenos Aires; (4) conocer los significados atribuidos a su trabajo y los sentidos asociados a la responsabilidad y el reconocimiento de su labor durante este período. Como hipótesis de trabajo se plantea que dadas las características y condiciones precarias de su trabajo, las cuidadoras domiciliarias asumen de modo unilateral los riesgos, dificultades y costos de trabajar en la pandemia. En segundo lugar, el rol subsidiario del Estado en los cuidados refuerza las condiciones de precariedad del trabajo de las cuidadoras, y del cuidado recibido por las personas mayores durante la pandemia.

Se trata de un estudio exploratorio que utiliza una metodología cualitativa basada en fuentes primarias y secundarias. El análisis se centra en los discursos de cuidadoras domiciliarias que se desempeñan durante la pandemia en los ámbitos público, privado y comunitario, en la Ciudad de Buenos Aires. Esta información es complementada con la revisión sistemática de la literatura, datos estadísticos e informes que describen la situación del trabajo de cuidado durante la pandemia. El estudio adopta un enfoque interdisciplinario que se nutre del enfoque de la economía feminista para analizar las implicancias del trabajo de cuidado en la vida económica de las mujeres, y de la sociología para analizar la pluralidad de formas y relaciones sociales que implica este trabajo, en las experiencias y los discursos de las cuidadoras entrevistadas. El trabajo de cuidado permea la esfera pública y privada, las relaciones familiares, mercantiles y comunitarias, y en todos estos espacios presenta una constante, es

realizado en mayor medida por mujeres, y con mayor intensidad entre aquellas que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos.

Los hallazgos de este estudio muestran el fuerte impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 sobre el trabajo de las cuidadoras domiciliarias. Las trabajadoras entrevistadas se adaptaron rápidamente a los cambios y dificultades prácticas y sanitarias, y asumieron los costos físicos y económicos de seguir trabajando. Las medidas tomadas por el Gobierno durante este período no lograron proteger sus derechos laborales en ninguno de los ámbitos de desempeño. Si bien trabajar en el ámbito público se asoció a una mejora en el salario y un mayor reconocimiento de los procesos formativos (en comparación con el ámbito privado), el tipo de contratación precaria se mantuvo. Las cuidadoras entrevistadas continuaron realizando trabajo de cuidado no remunerado en sus hogares durante la pandemia, y asumieron en gran medida el acompañamiento de sus hijos/as para mantener el contacto con la escuela de modo virtual. Cuando la cuidadora compartía el hogar con otros miembros, estos últimos aumentaron su participación en las tareas domésticas, como consecuencia de su mayor presencia en el hogar.

Los resultados de la investigación ofrecen evidencia también acerca de la dimensión emocional de la labor de las cuidadoras durante la pandemia y se observó un incremento de tareas de cuidado invisible: “estar”, “acompañar” “escuchar” “contener” “preservar”. Las cuidadoras advirtieron además la falta de reconocimiento social, que se sumó a una histórica falta de reconocimiento económico reflejado en la precariedad laboral y bajos salarios. En línea con la distribución social de las responsabilidades de cuidado en nuestra sociedad, los discursos de las cuidadoras identificaron a la familia como principal responsable del cuidado de las personas mayores, incluso cuando ellas asumieron el rol de cuidadoras principales o exclusivas. Cabe destacar que las cuidadoras dieron cuenta de situaciones de vulneración de la autonomía de las personas mayores, debido a que las decisiones sobre su cuidado no siempre incluyeron su voluntad. Asimismo, evidenciaron el malestar físico, mental y emocional sufrido por las personas mayores durante la pandemia.

La estructura de la tesis es la siguiente. En el primer capítulo se presenta el estado del arte del tema, a partir de la revisión de la literatura especializada de la región y de estudios internacionales relevantes. En el segundo capítulo se describen los objetivos y metodología utilizada, las características de la muestra seleccionada, sus sesgos, y las limitaciones en la información obtenida. En el tercer capítulo se analiza el estado de situación de la vejez en

Argentina, particularmente en la Ciudad de Buenos Aires. A partir de fuentes secundarias, se da cuenta del proceso de envejecimiento poblacional y de las condiciones en que viven las personas mayores. Se contrastan sus necesidades de cuidado con la oferta pública disponible, y se analizan las relaciones entre autonomía, fragilidad y dependencia. En el cuarto capítulo se describen las principales características de las mujeres en el mercado laboral, y se analizan las inserciones laborales y condiciones de trabajo de las cuidadoras domiciliarias en los distintos ámbitos de desempeño (público, privado y comunitario). Asimismo, se destacan similitudes y diferencias entre las cuidadoras domiciliarias y otras trabajadoras domésticas. Los capítulos quinto y sexto dan cuenta de los resultados del trabajo de campo. En el capítulo quinto se analizan las experiencias laborales de las cuidadoras domiciliarias, particularmente los cambios, dificultades y estrategias implementadas durante la pandemia. En el capítulo seis, se analizan los significados atribuidos a su trabajo y los sentidos asociados a las responsabilidades y el reconocimiento de su trabajo durante la pandemia. Por último, las conclusiones resumen los hallazgos de la investigación y proponen algunos lineamientos de política para contribuir a mejorar la experiencia de cuidado, tanto para las cuidadoras como para las personas cuidadas.

1. El trabajo de cuidado en tiempos de pandemia: estado del arte

Las teorías del cuidado son desarrolladas por diferentes disciplinas y abordadas desde diversas perspectivas, en sintonía con la polisemia de la palabra cuidar. Si bien se asocia instintivamente a una dimensión afectiva, “cuidar” proviene del latín *cogitāre*, que significa pensar. En las definiciones de “cuidar” o “cuidado” aparecen alternativamente estas dos dimensiones y se añade una tercera dimensión práctica: la solicitud y la atención, la asistencia, la conservación y la preocupación (Borgeaud-Garciandía, 2009). Dependiendo de las corrientes teóricas y los marcos disciplinares, se utiliza un amplia gama de términos y conceptos, entre ellos, “cuidado” que ha reemplazado a la expresión más concreta de “trabajo de cuidado” probablemente porque transmite significados más amplios; “economía del cuidado” en el campo de la economía feminista, para enfatizar el cuidado como piedra angular de la economía y de la sociedad; y “organización social del cuidado” para analizar el papel del Estado en el acceso al cuidado, en los estudios sociológicos y de políticas sociales (Esquivel, 2015).

Este estudio se centra en el trabajo de cuidado, específicamente en el cuidado de personas mayores en domicilio, que implica una relación social mercantil y una retribución monetaria a cambio. Este capítulo parte de un recorrido histórico para conceptualizar el trabajo de cuidado, anclándolo en un tema central de los estudios feministas: la división sexual del trabajo. Aborda las principales características que asume en el mercado laboral, y caracteriza el trabajo de las cuidadoras desde la perspectiva sociológica. Luego amplía el foco, describe el trabajo de cuidado en el marco más amplio de la organización social de los cuidados, y se enfoca en el otro extremo de la relación social: las personas mayores que reciben cuidados. Finalmente, describe brevemente el camino transitado en relación al reconocimiento del cuidado como un derecho y desarrolla el contexto en el cual se sitúa la investigación: la pandemia de COVID-19.

Conceptualización del trabajo de cuidado

Esquivel (2011) realiza un recorrido histórico y describe la evolución de “trabajo doméstico” a “trabajo reproductivo” y más tarde a “trabajo de cuidado”. Durante las décadas de los 60 y 70, el foco estuvo puesto en el “trabajo doméstico”, en pos de incorporarlo en

conceptualizaciones de origen marxista, orientadas a comprender la relación entre capitalismo y división sexual del trabajo. Más adelante se instala el concepto de “trabajo reproductivo”, entendido como aquel necesario para reproducir la fuerza de trabajo. Su contenido no difiere del trabajo doméstico, pero pone el énfasis en visibilizar su desigual distribución y sus costos. En los últimos 15 años hubo un desplazamiento conceptual hacia el “trabajo de cuidado”, que pone mayor énfasis en el proceso de trabajo y extiende sus fronteras más allá del ámbito del hogar.

Rodríguez Enríquez (2015) señala que la economía del cuidado permite visibilizar el rol sistémico del trabajo de cuidado en la dinámica económica, en el marco de sociedades capitalistas, y dar cuenta de las implicancias de la organización de este trabajo en la vida económica de las mujeres. Define este concepto como “todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia de las personas en la sociedad en que viven. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros)” (Rodríguez Enríquez, 2015, p. 36). De esta definición se desprende que el trabajo de cuidado puede ser directo o indirecto, realizarse de modo remunerado o no remunerado, y desempeñarse en la esfera pública o privada (los hogares). A su vez, engloba un aspecto material (un trabajo), un aspecto económico (un costo económico), y un aspecto psicológico (un vínculo afectivo, emotivo y sentimental) (Batthyány, 2015).

Históricamente, el trabajo de cuidado ha sido realizado mayormente por mujeres, está estratificado según nivel socioeconómico y se interrelaciona con la raza/etnia y el estatus migratorio. Estos atributos expresan distintas percepciones en torno al cuidado, no sólo en quienes los brindan, sino también en quienes los reciben; y estas percepciones también varían en el género masculino, el gran ausente en el trabajo de cuidado (Carrasquer Oto, 2013).

Orígenes anclados en la división sexual del trabajo

La división sexual del trabajo da cuenta de la distribución de los tiempos y tipos de trabajo entre varones y mujeres, y sitúa a las mujeres como principales responsables del trabajo de cuidado no remunerado. Este trabajo ha sido invisibilizado a lo largo de la historia, dando

lugar a un mundo público aparentemente autónomo, cuyo protagonista se ha denominado el “hombre económico”, “racional” o “político”; que oculta la responsabilidad de las mujeres en la subsistencia y el cuidado de la vida (Carrasco, 2003). Paradójicamente, esta invisibilidad ha conducido a las mujeres a desempeñar dobles (o triples) jornadas laborales, combinando trabajo remunerado en el mercado laboral y trabajo no remunerado en el hogar. Se trata de una doble presencia–ausencia, que refiere a “ese estar y no estar en ninguno de los dos lugares y el sufrimiento y limitaciones que tal situación comporta” (Izquierdo, 1998, p.220 citado por Pérez Orozco, 2006). En pos de conciliar sus múltiples responsabilidades de cuidado, las mujeres optan por modalidades de inserción laboral flexibles, con menor carga horaria; y realizan negociaciones cotidianas al interior del hogar para redistribuir tareas, que generalmente no incluyen la delegación de las tareas de gestión. Esto resulta más evidente cuanto más débiles son sus recursos para el empleo (nivel de educación, calificaciones, trayectorias previas), cuanto más importantes son sus demandas de cuidado por la presencia de menores en el hogar, y cuanto más escasas son las posibilidades de derivar el cuidado a instancias extra-domésticas públicas o privadas. Como consecuencia, las mujeres ven limitada su plena participación en el mercado de trabajo y su autonomía económica. Se mantienen las brechas de género en la participación laboral, en el desempleo, en la informalidad y precariedad laboral, y por ende, en los ingresos. (Rodríguez Enríquez, 2014, 2018).

El trabajo de cuidado en el mercado laboral

Varios estudios internacionales constatan las desventajas laborales que sufren las personas que se desempeñan dentro del mercado laboral, en un conjunto de ocupaciones vinculadas al cuidado (Razavi y Staab, 2010; England, 2005; England Budig y Folbre, 2002). Estos estudios evidencian una penalización en el trabajo de cuidado, que se traduce en salarios bajos y precios elevados, servicios de mala calidad, o ambas cosas. A su vez, advierten que los salarios de las personas cuidadoras son más bajos en aquellos países donde hay más desigualdad, menos negociaciones colectivas centralizadas y un sector público más pequeño. Entre los motivos de esta penalización señalan una brecha de salarios atribuida a presiones competitivas propias del mercado laboral, que sitúan el cuidado personal como una actividad comparativamente costosa debido al uso intensivo de mano de obra. Asimismo, estos estudios señalan supuestos normativos, que dan por sentado que el trabajo de cuidado de otras personas lleva implícito su propia recompensa (independientemente del dinero o incluso a pesar de este); y teorías de segregación que muestran una devaluación general de las

ocupaciones en que predominan las mujeres, vinculadas a significados simbólicos adscritos a los cuidados y su identificación con una tarea propiamente femenina, más cercana a atributos genéticos que a cualificaciones y conocimientos.

Estos hallazgos son constatados en estudios realizados en Argentina. Alrededor de cuatro de cada diez mujeres insertas en el mercado de trabajo (el 38% de las ocupadas y el 43% de las asalariadas), son trabajadoras del cuidado. Se desempeñan en ocupaciones en el sector de salud, educación y servicio doméstico³, en condiciones de segregación, alta informalidad y precariedad (Esquivel y Pereyra, 2017). Esquivel y Pereyra (2017) comparan las características de inserción laboral de tres ocupaciones (docencia, enfermería y servicio doméstico), y advierten que el principal motivo de penalización salarial de las trabajadoras es el hecho de no estar registradas. Especialmente la posición de extrema vulnerabilidad de las trabajadoras domésticas se vincula con la situación extendida de no registro. También se relaciona con el escaso nivel de calificación requerido para desempeñar el trabajo, que devalúa el valor socialmente asignado a la labor y deprime sus remuneraciones. Pereyra (2018) analiza las experiencias de diálogo, negociación, organización sindical y medidas adoptadas en las últimas dos décadas por el Estado, en pos de promover la formalización de las trabajadoras domésticas en Argentina. Entre los hitos de este proceso destaca la sanción de la Ley 26.844 en el año 2013 (el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares), que incluye el trabajo de cuidado de personas, y equipara sus derechos con los establecidos por la Ley de Contrato de Trabajo. Lupica (2014) advierte, sin embargo, que las cuidadoras insertas en el programa público nacional de cuidados (el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios) no están amparadas por esta ley y, por ende, no cuentan con las garantías previstas para la protección de la maternidad y el apoyo a trabajadoras con responsabilidades familiares. Esta situación se replica en el programa público de la Ciudad de Buenos Aires (el Servicio de Atención Gerontológica Domiciliaria y Hospitalaria - Programa AGD⁴), y el análisis de las condiciones laborales de las cuidadoras en ambos programas se amplía más adelante, en el capítulo cuarto de esta investigación. Por su parte, Micha y Monsalvo (2017) abordan las dimensiones relacionadas con las salidas del mercado de trabajo de las mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos; y Micha y Pereyra (2019) analizan la baja participación laboral de estas mujeres. Este último estudio es un

³ El sector de servicio doméstico engloba a las trabajadoras domésticas que realizan tareas de cuidado directo (como las cuidadoras) e indirecto. Se utiliza el femenino genérico dado que la gran mayoría de las trabajadoras domésticas son mujeres.

⁴ El nombre del programa reviste variaciones según la fuente de consulta. A lo largo de esta investigación se opta por el nombre utilizado por la coordinadora durante la entrevista “Programa AGD”.

análisis cuali-cuantitativo que evidencia las dificultades de estas trabajadoras para combinar trabajo remunerado y no remunerado, a partir de datos estadísticos y la exploración de una dimensión subjetiva (percepciones, significados y expectativas). En esta última línea, Freidin (1996) analiza las interpretaciones que hacen mujeres migrantes pobres sobre sus propias trayectorias laborales, partiendo de la categoría “trabajo” como un objeto social, cultural y biográficamente construido.

Caracterización del trabajo de las cuidadoras

En la literatura se describe el vínculo de cuidado como un vínculo asimétrico, en la medida que se asienta sobre una relación de dependencia, en la que una persona es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento (Aguirre, Batthyány, Genta y Perrotta, 2014). A la vez, como consecuencia de la naturaleza misma del trabajo, las trabajadoras del cuidado son más vulnerables a ser explotadas debido al compromiso que generan con la persona que están cuidando (Tronto, 2013). Borgeaud-Garciandía (2012), señala que el cuidado introduce una triangulación en la relación (entre hijo o hija empleador/a, persona mayor y cuidadora). Se trata de relaciones de dependencia cruzadas, relaciones de empleo, de trabajo, afectivas, generadoras de expectativas, esperanzas, reconocimiento o decepción, que se apoyan sobre las especificidades del trabajo (Borgeaud-Garciandía, 2017).

La labor realizada por las cuidadoras es definida como un “trabajo emocional” y un “trabajo sucio”. El trabajo emocional fue conceptualizado por la socióloga Russell Hochschild, en referencia a la intensa actividad emocional que desarrollan las cuidadoras para tratar de mantener cierto equilibrio entre “su identidad como cuidadoras (en base a un conocimiento íntimo de su labor), las expectativas sociales relacionadas con su quehacer y su ser y una imagen de ellas mismas que no rompa con estas expectativas” (Hochschild 2003 p.2 citado por Borgeaud-Garciandía, 2016). Por otra parte, el concepto de trabajo sucio fue elaborado por Everett C. Hugues, para caracterizar las representaciones sociales de actividades consideradas físicamente repugnantes o simbólicamente degradantes y humillantes, como la sexualidad, la intimidad del contacto del cuerpo del otro, la demencia y la muerte (Hugues 1996 citado por Borgeaud-Garciandía, 2016). Confrontar la vulnerabilidad humana implica un compromiso, una apertura de la cuidadora hacia el otro, sin la cual el trabajo no podría realizarse. Borgeaud-Garciandía (2020), advierte que preguntar por el “cómo” de ese cuidado es realizar la pregunta más incómoda, porque remite a las dimensiones vinculadas con el

afecto, la moral, la sexualidad, la intimidad del trabajo, las resistencias y su vínculo con la distribución del poder.

En otro de sus estudios, Borgeaud-Garciandía (2012) identifica elementos propios del trabajo de la cuidadora domiciliaria que tienden a invisibilizar la labor. Entre estos elementos señala las poblaciones concernidas, las condiciones de empleo, el espacio de desempeño, las actividades desarrolladas y el tipo de relaciones que implica. Zibecchi (2014a), vincula la invisibilidad del trabajo con la naturalización de las actividades de cuidado como propias de las mujeres; y con el desconocimiento y escasa valoración de las competencias, saberes y habilidades que las mujeres incorporan en diversos ámbitos. Borderías, Carrasco y Torns (2015) añaden que esta naturalización enmascara la capacitación técnica que requiere el trabajo. En contraste, la profesionalización se constituye en un proceso que les permite a las cuidadoras disociar las cualidades “naturales” de las competencias y saberes aprendidos, e identificarlos como calificaciones (Arango Gaviria, 2010).

En otro estudio, desde el enfoque del curso de vida, Zibecchi (2014b) analiza cómo el trabajo de cuidado atraviesa las trayectorias vitales de las cuidadoras. Se trata de trabajo realizado en el mercado laboral, al interior de la familia, en el ámbito barrial y a través de redes de ayuda mutua, que se manifiesta en la expresión “yo siempre cuidé”. A su vez, Guimarães (2019) identifica, a partir del discurso de cuidadoras en Brasil, que la misma actividad de cuidar es significada algunas veces como trabajo, otras como obligación y en ocasiones como ayuda. Con el fin de entender la pluralidad de formas y relaciones sociales sobre las cuales se asienta este trabajo, trae a discusión la noción de “circuitos de cuidado”.

Organización social del cuidado

Este estudio analiza el trabajo mercantil que desempeñan cuidadoras domiciliarias, con diversas modalidades y tipos de contratación, en los ámbitos público, privado y comunitario; en relación con la política pública de cuidado hacia la vejez. Se trata de un recorte de la organización social del cuidado, es decir, del modo en que los distintos actores sociales producen y distribuyen cuidados: las familias (a través del trabajo no remunerado), el Estado (mediante políticas públicas), el mercado (por medio de servicios mercantiles) y la comunidad (mediante arreglos comunitarios de cuidado). El concepto de “organización social del cuidado” fue propuesto por Jenson en 1997. Faur (2014) amplía esta conceptualización, incorporando en el análisis los distintos pesos específicos que asumen los actores sociales y lo denomina “organización social y política del cuidado”. Bettio y Platenga proponen el

concepto de “régimen de cuidado” en el año 2004 y Razavi (2007) desarrolla el de modelo de “diamante de cuidado”. La arquitectura de este diamante se considera especialmente útil para ilustrar la distribución de responsabilidades de cuidado entre los actores de una sociedad determinada. Como señalan Faur y Pereyra (2019), esta distribución puede ser transformada a partir de la acción (ampliación o restricción) de ofertas públicas o privadas.

Todas estas conceptualizaciones parten del estudio de los Estados de Bienestar de la segunda posguerra. El modelo de Estado de Bienestar “sentó las bases funcionales de determinada economía social y política, cuyo correlato fue una ideología de franca división entre las esferas de lo público y lo privado, que establece, además de fronteras, jerarquías entre hombres y mujeres: la valoración de la esfera pública y del papel atribuido a los hombres era significativamente mayor. Todo esto, justificado por un único modelo de familia y pareja; léase: nuclear, monógama, legalmente constituida, heterosexual y para toda la vida” (Faur, 2014, p. 15). Este modelo se asentó sobre un contrato de género constituido por un conjunto de reglas explícitas e implícitas que gobiernan las relaciones entre hombres y mujeres, y que se mantiene casi inalterable desde aquel entonces (Filgueira y Martínez Franzoni, 2019). La obra de Esping Andersen (1993), reconceptualiza los Estados de Bienestar para dar cuenta de su capacidad en términos de acumulación y distribución de bienestar⁵. Analiza hasta qué punto el bienestar se encuentra desmercantilizado, es decir, por fuera del ámbito de intervención de los mercados y relacionado con el acceso a la protección social provista por el Estado. Más adelante, desde la academia feminista, se advierte acerca del peso significativo de la institución familiar para contrarrestar el déficit de producción de servicios por parte del Estado y de empleos por parte de los mercados (Faur, 2014).

Los estudios realizados en la región coinciden en evidenciar el carácter injusto de la organización social del cuidado. Las responsabilidades de cuidado están desigualmente distribuidas en dos sentidos, por una parte entre los actores sociales, y al interior de cada uno de estos, entre varones y mujeres. En la región y en Argentina, el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y dentro de los hogares por las mujeres (Faur 2018; Zibecchi, 2013; Rodríguez Enríquez, Marzonetto y Alonso, 2019). A su vez, el cuidado está socioeconómicamente estratificado. Esto significa que los hogares de los estratos más altos logran desfamiliarizar el cuidado en mayor medida, contratando servicios en el mercado (Faur y Pereyra, 2019). En contraste, a medida que se descende en la escala social, los cuidados

⁵En base a sus políticas tradicionales de bienestar y en cómo dichas políticas influyen en el empleo y en la estructura social general, categoriza 18 países capitalistas desarrollados, en tres regímenes de bienestar: “conservador”, “liberal” y “socialdemócrata.

recaen en las familias y se apoyan en redes de cuidado comunitarias. El cuidado de las personas mayores sigue los mismos patrones de distribución social. Es decir, está familiarizado, feminizado y socioeconómicamente estratificado. A su vez, presenta características propias relacionadas con la población que involucra.

Cuidado de la vejez

El envejecimiento poblacional (producto combinado del aumento de la expectativa de vida y la caída en las tasas de fecundidad), se combina con el aumento de la participación laboral femenina, dando lugar a la llamada “crisis de los cuidados”. Pérez Orozco (2006) añade como causas de esta crisis la pérdida del tejido social que acentúa la vulnerabilidad de las personas y la búsqueda de soluciones individualizadas, así como la posibilidad (o imposibilidad) de compra de servicios de cuidado en el mercado. Para Pérez Orozco (2006), la crisis de los cuidados es un problema socioeconómico global que afecta al conjunto de la población, y que sólo puede percibirse en toda su magnitud si dejamos de centrar la visión en los mercados y lo monetizado, y situamos como categoría analítica básica la sostenibilidad de la vida. Es decir, si buscamos comprender “las formas en que cada sociedad resuelve sus problemas de sostenimiento de la vida humana” (Carrasco, 2001a, p. 9 citado por Pérez Orozco, 2006).

Cada sociedad otorga significaciones culturales a la vejez. Como señalan Aguirre y Scavino (2018), no es lo mismo ser una mujer vieja o un varón viejo, debido a que la vejez es el producto de procesos sociales en los cuales operan desigualdades materiales y simbólicas. Las repercusiones de la edad en las capacidades para el trabajo y la productividad se relacionan con definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo. En contraste con la imagen social que muestra a la persona mayor como impotente y dependiente, la mayoría de las personas mayores son autoválidas y gozan de buena salud (Borgeaud-Garciandía, 2020b). A su vez, la dependencia puede ser entendida como una condición individual, atribuida exclusivamente al deterioro corporal y asociada a un cuerpo “enfermo”. O bien, entenderse en términos relacionales, vinculada al contexto en el cual se desarrolla (Aguirre y Scavino, 2018; Cerri, 2015). Según Etxeberria Mauleon (2014), existe un falso dilema entre dependencia/independencia, capacidad/incapacidad, en la medida que nunca somos plenamente independientes. Todas las personas requerimos de cuidados con distinta intensidad a lo largo de nuestra vida (Alonso y Marzonetto, 2019). Esta necesidad colectiva de cuidados se traduce en el concepto de interdependencia de los cuidados, y se relaciona con

el enfoque de derechos que plantea una triple dimensión: a cuidar, a recibir cuidados y a cuidarse uno mismo.

Derecho al cuidado

El cuidado concebido como un derecho establece el marco regulatorio indispensable para modificar la actual distribución social injusta de las responsabilidades de cuidado. Para que esta transformación ocurra, la normativa debe traducirse en instrumentos de política pública y en acuerdos sociales orientados a transformar prácticas y relaciones de género. Pautassi (2018) destaca hitos en el reconocimiento del cuidado como un derecho. La Declaración del Milenio introduce el enfoque de derechos desde el cual el cuidado es entendido en su triple dimensión. La X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina del año 2007 presenta, en un documento pionero, el derecho al cuidado. Más adelante, la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece entre sus 17 objetivos uno entero dedicado al género. Asimismo, menciona la Ley Marco de la Economía del Cuidado aprobada en la XXIX Asamblea General del Parlamento Latinoamericano del año 2013; el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo; y la Estrategia de Montevideo, aprobada en la XIII Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en 2016. Pautassi (2018) también destaca la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, aprobada en 2015 por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA). Este último se trata del primer instrumento de derechos humanos vinculante para los Estados que reconoce el derecho al cuidado.

El enfoque de derechos plantea la idea cabal del reconocimiento del cuidado como un derecho universal y desvinculado de una relación asalariada. Este enfoque implica universalizar la responsabilidad, la obligación, la tarea y los recursos necesarios para el cuidado; de modo que se distribuya entre todos los miembros de una sociedad y que no recaiga solamente sobre las mujeres (Pautassi, 2007a). Estos valiosos avances en la agenda de derechos son a la vez limitados, en la medida que en Argentina no existen formas jurídicas de regular el cuidado que trasciendan las relaciones laborales. Más aún, el acceso a derechos laborales y aquellos relacionados con mecanismos de conciliación laboral y familiar alcanzan únicamente a las/os trabajadoras/es registradas/os. Este hecho impacta especialmente en las trabajadoras domésticas, debido a las altas tasas de informalidad laboral de la ocupación, sumadas a las dificultades que presenta la fiscalización de las condiciones de trabajo en el ámbito privado del domicilio. La crisis sanitaria desatada por la pandemia de COVID-19 evidencia y refuerza

estas limitantes estructurales, obligando a las trabajadoras entrevistadas en el marco de este estudio, a adaptarse rápidamente al nuevo contexto, enfrentando las dificultades y asumiendo unilateralmente los costos.

El contexto de pandemia

El inicio de la pandemia de COVID-19 tuvo lugar en la ciudad de Wuhan (China central) y se extendió con rapidez al resto del mundo. El 5 de marzo de 2020, Argentina registró el primer caso confirmado de COVID-19 y una semana después la Organización Mundial de la Salud declaró al brote de coronavirus como “pandemia global”. Argentina decretó la Emergencia Sanitaria (Decreto N° 260/20)⁶ y el 19 de marzo de 2020, la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO), mediante el Decreto 297/20⁷. En la Ciudad de Buenos Aires, el ASPO se extendió hasta el 9 de noviembre del mismo año, momento en que fue reemplazado por la medida de “distanciamiento social, preventivo y obligatorio” (DISPO).⁸ Las personas mayores, en conjunto con las embarazadas y personas con ciertas patologías crónicas, fueron consideradas poblaciones de riesgo frente al COVID-19. Asimismo, el trabajo de cuidado de personas mayores fue declarado una ocupación esencial, por ende, las cuidadoras estuvieron habilitadas a trabajar de modo presencial y debieron tramitar un permiso de circulación para desplazarse hacia sus trabajos⁹. En la Ciudad de Buenos Aires, por medio de la Resolución Conjunta 16/MJGGC/20¹⁰, se exigió a las personas mayores de 70 años una comunicación telefónica previa y obligatoria antes de salir de sus domicilios. Esta medida, que presentó un importante rechazo social, estuvo precedida por el lanzamiento de un programa de voluntariado denominado “Mayores Cuidados”, para acompañar remota o presencialmente a personas mayores que requerían asistencia. Para ello, se convocó a residentes de la Ciudad de Buenos Aires, sin formación ni experiencia de trabajo con personas mayores, para realizar asistencia telefónica y colaboración logística.

⁶ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335423/norma.htm>

⁷ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

⁸ La medida de DISPO fue dispuesta por medio del Decreto N° 875/2020 y permitió el desarrollo de la mayoría de las actividades económicas y sociales, cumpliendo los protocolos sanitarios establecidos por cada jurisdicción. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107>

⁹ Quedaron exceptuadas de la prohibición de circular según se estableció en el Decreto 297/20, artículo 6, inciso 5, y debieron tramitar el “Certificado Único Habilitante para Circulación – Emergencia COVID-19” (Resolución del Ministerio del Interior N° 48/20).

¹⁰ https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PE-RES-MJGGC-MSGC-MJGGC-16-20-5851.pdf

La irrupción de la pandemia de COVID-19 puso en evidencia el rol subsidiario de los Estados de la región en la provisión y distribución de cuidado. Varios estudios realizados durante este período advirtieron sobre el rol esencial del trabajo de cuidado y las consecuencias de la crisis sanitaria sobre las trabajadoras. En Argentina, se mencionan Arza (2020), Roig (2020), Faur y Brovelli (2020); y en la región ONU Mujeres, OIT y CEPAL (2020) y la serie de publicaciones del Observatorio Social del Coronavirus del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Al comienzo de la pandemia, la Federación Internacional de Trabajadoras del Hogar (FITH), emitió un “Manifiesto sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores y Trabajadoras del Hogar y la Lucha Contra la Pandemia del Coronavirus”, donde reclamaba acerca de la protección de los derechos laborales, el derecho a un entorno de trabajo libre de peligros, a ser informadas/os en relación a medidas de prevención y protección y el derecho a gozar de licencia y salario por enfermedad, incluyendo a las personas que estuviesen en cuarentena o infectadas. Sin embargo, la gran mayoría de las trabajadoras del cuidado en domicilio siguió trabajando en las peores condiciones. En el informe de CEPAL, OIT y ONU Mujeres (2020) sobre la situación de vulnerabilidad de las trabajadoras domésticas en América Latina y el Caribe, publicado en el mes de junio, se advertía que a pesar de que las trabajadoras del sector salud y las cuidadoras en ámbitos institucionales y domiciliarios se encontraban en la primera línea de respuesta a la pandemia, muchas de ellas trabajaban sin protocolos ni medidas de protección adecuadas. Según este informe, muchas de ellas se vieron persuadidas o presionadas a pernoctar en sus lugares de trabajo debido al confinamiento, y sin el descanso adecuado. El hecho de utilizar transporte público las expuso a contraer el virus y a ser, al mismo tiempo, potenciales transmisoras del virus en sus hogares. Por último, el informe destacaba los riesgos adicionales relacionados con el uso excesivo de productos de limpieza, y la falta de un equipo adecuado de protección.

En Argentina, entre otras medidas de respuesta al COVID-19, se estableció una licencia remunerada para las trabajadoras de casas particulares, durante el período que se extendiera el ASPO¹¹. La Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares fijó un incremento salarial de las remuneraciones horarias y mensuales, el cual rigió a partir del 1° de mayo de 2020.

¹¹Quedaron exceptuadas de esta medida las excepciones de asistencia a personas mayores aisladas o a trabajadoras/es que no contaran con otro apoyo en el cuidado; siempre que el/la empleador/a diera fe de que necesitaba a la trabajadora y garantizara que no estuviesen expuestos al COVID-19.

Asimismo, se implementó la medida de Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)¹², una transferencia monetaria que alcanzó a personas desocupadas, trabajadoras/es informales y trabajadores/as de casas particulares formales e informales. Cabe destacar que estas medidas, que incluyeron en su diseño una perspectiva de género¹³, fueron implementadas en un contexto institucional novedoso. A partir de la nueva gestión de gobierno que inició en 2019, Argentina cuenta con un Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad y tres direcciones vinculadas a temas de género, economía y cuidados: la Dirección Nacional de Políticas de Cuidado bajo la órbita de este nuevo Ministerio, la Dirección Nacional de Cuidados integrales bajo la órbita de la Secretaría de Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género en el ámbito del Ministerio de Economía de la Nación. De este modo, las medidas de emergencia en respuesta a la pandemia convivieron con iniciativas de mediano y largo plazo, orientadas al desarrollo de una política pública integral de cuidados¹⁴.

Por otra parte, la oferta de servicios públicos orientados al cuidado de la vejez en la Ciudad de Buenos Aires sufrió restricciones durante la pandemia. Los centros de día y centros de jubilados cerraron sus puertas, limitando el acceso no solo a actividades sociales y recreativas, sino también a la alimentación habitualmente provista en estos espacios. El gobierno de la Ciudad orientó sus esfuerzos hacia los hogares de puertas abiertas¹⁵ (devenidos en hogares de puertas cerradas), donde los contagios entre las/os trabajadoras/es, en conjunto con la rotación de personal establecida en los protocolos sanitarios, aumentaron la demanda de cuidadoras. El Programa AGD, dependiente del gobierno local, limitó los ingresos a aquellas personas mayores que necesitaban asistencia con urgencia, o bien, cuando las tareas implicadas podían realizarse sin ingresar al domicilio. Por su parte, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios suspendió los cursos de capacitación para cuidadoras a partir del decreto de ASPO.

¹²El IFE consistió en una transferencia puntual de \$10.000, compatible con la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación Universal por Embarazo (AUE). En la Ciudad de Buenos Aires, su pago se efectuó en tres ocasiones (abril, junio y septiembre de 2020).

¹³ El pago del IFE priorizó a quienes cobraban Asignación Universal por Hijo (AUH) que en más del 90% de los casos son mujeres, e incluyó entre la población objetivo a las trabajadoras/es de casas particulares.

¹⁴ Para el mes de noviembre de 2020, se encontraban en marcha cuatro iniciativas principales: una Mesa Interministerial de políticas de cuidado, el desarrollo de un Mapa Federal de Cuidados (con apoyo de CEPAL), la campaña Nacional Cuidar en Igualdad y la constitución de una comisión redactora para un anteproyecto de Ley Nacional para la creación de un Sistema Integral de Cuidados con perspectiva de género.

¹⁵Con anterioridad a la pandemia, las personas mayores podían salir de los hogares por su cuenta, ya sea para trabajar y/o realizar otras actividades.

Por otra parte, ante la suspensión de clases presenciales en las escuelas y la ausencia de alternativas públicas para desfamiliarizar el cuidado, el trabajo de cuidados se replegó hacia los hogares y aumentó la demanda sobre las familias. (Arza, 2020). Un informe publicado en por la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género (2020a) señaló que el aporte del trabajo de cuidado no remunerado durante la pandemia¹⁶ representó un 16% del Producto Interno Bruto (PIB), alcanzando un 22% en el mes de abril del mismo año y convirtiéndose, de este modo, en el sector con mayor peso de toda la estructura económica del país. Su directora, Mercedes D’Alessandro, advertía sobre los efectos de esta sobrecarga de trabajo en la autonomía económica de las mujeres y, asimismo, en toda la sociedad.

Entramos a la pandemia con una crisis del cuidado, esa crisis se está agravando y si no hacemos nada al respecto esto afecta no solamente a las mujeres que las hace retroceder y perder muchísimos escalones que avanzaron cuesta arriba en los últimos años y en las últimas décadas, sino que además es un balde de agua fría para toda la sociedad, porque sabemos que los hogares donde hay una mujer son más precarios, son más pobres, hay más pobreza, es una serie de cuestiones, que además le salen más caro a la sociedad porque al fin y al cabo es más protección social, es más gasto en salud, es más gasto en un montón de cuestiones. (Mercedes D’Alessandro, Dirección de Economía, Igualdad y Género, Ministerio de Economía de la Nación)¹⁷.

Por último, especialmente en los Barrios Populares¹⁸, la pandemia evidenció las desigualdades preexistentes y las profundizó. En el marco de contextos habitacionales precarios y frente a la escasez de servicios públicos, tuvo lugar una modalidad de cuarentena que se dio a conocer como “aislamiento comunitario”; la cual incluyó medidas excepcionales de transferencias de ingresos y programas específicos destinados a las poblaciones más vulnerables, implementados a través de articulaciones entre el gobierno nacional y organizaciones comunitarias (Roig, 2018). Entre estas articulaciones se destacó el programa de formación de promotoras/es comunitarios/as “El Barrio cuida al Barrio”¹⁹, implementado en alianza con la cooperativa de cuidadoras de personas mayores Cuidar Limitada, en cuatro villas de la Ciudad

¹⁶ Para este cálculo se utilizó como base el salario de las empleadas de casas particulares, que es el más bajo de toda la economía.

¹⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=1JEiHGAINWQ&t=8s>

¹⁸ Según el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 57 barrios populares, que comprenden 50 villas y 7 asentamientos.

Véase: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/integracion_socio_urbana_de_barrios_populares.pdf

¹⁹ Este Programa fue lanzado en abril de 2020, bajo la órbita de la Dirección de Cuidados Integrales del Ministerio de Desarrollo Social y en articulación con Jefatura de Gabinete y el Ministerio de Salud de la Nación.

(Villa 31, Villa 1-11-14, Villa 21-24 y Villa Soldati). En el marco de este programa se realizó un relevamiento en los barrios populares, para identificar y hacer un acompañamiento específico de la población de riesgo, incluyendo a las personas mayores. Sin embargo, más allá de las iniciativas comunitarias, las estrategias de cuidado puestas en marcha por las familias y el trabajo de cuidado remunerado sostenido por una mayoría de mujeres, la rápida propagación del COVID-19 y las medidas institucionales para producir aislamiento social pusieron en evidencia uno de los eslabones más débiles de nuestra sociedad: los cuidados (Batthyány, 2020). El hecho de que las cuidadoras enfrentaran individualmente las dificultades y asumieran los costos de seguir trabajando, contribuye a dar cuenta de esta debilidad.

2. Objetivos y metodología del estudio

La pandemia de COVID-19 tuvo enormes impactos sobre la igualdad de género (CEPAL, 2021). En el ámbito del cuidado, afectó más a las mujeres porque son las principales responsables del cuidado, en el hogar y en el mercado laboral. En el ámbito laboral, perjudicó particularmente a las mujeres de estratos socioeconómicos más bajos, porque sus trabajos remunerados son en mayor medida informales, y se desempeñan en sectores especialmente afectados (turismo, comercio, salud, educación, manufactura y trabajo doméstico) (CEPAL, 2021). Impactó particularmente en las cuidadoras domiciliarias, porque continuaron realizando un trabajo considerado esencial y destinado a una población de riesgo, en condiciones precarias que se vieron reforzadas.

Esta investigación se sitúa en este contexto crítico y adquiere relevancia en tres dimensiones. Una dimensión ética (el derecho a un trabajo reconocido y remunerado adecuadamente), una social (las sociedades envejecen y las mujeres están menos disponibles para cuidar), y una política (el cuidado está en la agenda pública). Históricamente, cuidar personas mayores ha sido un trabajo poco visible, escasamente reconocido y mal remunerado. Las cuidadoras domiciliarias se solapan con otras trabajadoras domésticas que realizan tareas de cuidado indirecto en los hogares. Comparten el ámbito de desempeño, los bajos salarios, las altas tasas de informalidad, la ley que las ampara y hasta las estadísticas oficiales (la Encuesta Permanente de Hogares²⁰ no discrimina ambas ocupaciones en domicilio). Sin embargo, la labor de las cuidadoras domiciliarias tiene una alta especificidad. Implica la conformación de un vínculo de cuidado y un intenso trabajo emocional, que no siempre genera productos tangibles. El incremento de la participación femenina en esta y otras ocupaciones del mercado laboral reduce la disponibilidad de tiempo de las mujeres para cuidar a otros/as. A la vez, la demanda de cuidados de las personas mayores aumenta como consecuencia del envejecimiento poblacional, mientras que las posibilidades de contratar servicios de cuidado en el mercado son excluyentes. A pesar de ello, las políticas públicas se orientan con mayor intensidad al cuidado de niñas, niños y adolescentes, y en menor medida al resto de los grupos que demandan cuidados. Asimismo, las condiciones laborales y las distintas formas de discriminación que padecen las mujeres en el mercado de trabajo no se tratan en la agenda pública con igual interés que el trabajo de cuidado no remunerado (Pautassi, 2018). Estas

²⁰ La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) es la principal fuente estadística sobre trabajo e ingresos en Argentina.

razones de largo plazo y de coyuntura ponen de relieve la importancia de estudiar el tema y generar conocimiento que contribuya a mejorar tanto las condiciones en que se desempeña el trabajo, como la calidad del cuidado ofrecido.

Este estudio tiene como objetivo general analizar el trabajo de las cuidadoras domiciliarias en la Ciudad de Buenos Aires durante la pandemia de COVID-19. Los objetivos específicos apuntan a (1) caracterizar el trabajo de las cuidadoras domiciliarias en los distintos ámbitos de desempeño, desde una perspectiva de género; (2) analizar las necesidades de cuidado de las personas mayores con dependencia, en relación con la oferta de programas públicos de cuidado domiciliario disponibles en la Ciudad de Buenos Aires; (3) conocer los cambios, dificultades enfrentadas y estrategias implementadas por cuidadoras domiciliarias durante la pandemia, en la Ciudad de Buenos Aires; (4) conocer los significados atribuidos a su trabajo y los sentidos asociados a la responsabilidad y el reconocimiento de su labor durante este período. Como hipótesis de trabajo se plantea que, dadas las características y condiciones precarias de desempeño, las cuidadoras domiciliarias asumen de modo unilateral los riesgos, dificultades y costos de trabajar en la pandemia. En segundo lugar, el rol subsidiario del Estado en los cuidados refuerza las condiciones de precariedad del trabajo de las cuidadoras, y del cuidado recibido por las personas mayores durante la pandemia.

Se trata de un estudio exploratorio que utiliza una metodología cualitativa basada en fuentes primarias y secundarias. El análisis se centra en los discursos de las cuidadoras entrevistadas. Esta información es complementada con la revisión sistemática de la literatura, datos estadísticos e informes dan cuenta del contexto de la pandemia. Entre el 13 de agosto y el 1° de noviembre de 2020 se realizan 18 entrevistas en profundidad a cuidadoras domiciliarias²¹ (17 mujeres y 1 varón); quienes cuidan personas mayores en 47 domicilios de la Ciudad de Buenos Aires. Ocho de ellas se desempeñan en el marco de un programa público, otras ocho en el sector privado y las dos restantes en el marco de una cooperativa. Asimismo, se llevan a cabo entrevistas a dos referentes: personal de coordinación del programa público (Programa AGD), dependiente de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad de Buenos Aires, y referente de la cooperativa “Cuidar Limitada”. Entre las cuidadoras entrevistadas, 8 residen en la Ciudad de

²¹ Las/os entrevistadas/os son casi en su totalidad mujeres, en sintonía con la distribución de género presente en esta ocupación.

Buenos Aires, 7 en partidos del Gran Buenos Aires²² y 1 en la provincia de Buenos Aires. Su edad promedio es de 50 años y 4 de ellas superan los 60 años. Las personas cuidadas son mayormente mujeres, mayores de 80 años que viven en hogares unipersonales y presentan diversos tipos y grados de dependencia física y mental. La selección de la muestra de cuidadoras es intencional y cumple tres requisitos: (1) las cuidadoras están trabajando al momento de la entrevista; (2) se desempeñan en diversos ámbitos, con distintas modalidades y tipos de contratación; y (3) los domicilios de trabajo están localizados en la Ciudad de Buenos Aires.

Debido a que la investigación se realiza durante el ASPO, enfrenta obstáculos que condicionan el trabajo de campo. Se señala especialmente las restricciones de circulación y medidas sanitarias que limitan las posibilidades para contactar cuidadoras y entrevistarlas personalmente. En este contexto, las entrevistadas son identificadas a través de contactos laborales y personales, y en menor medida mediante contactos facilitados por las mismas cuidadoras. La conformación de la muestra, que se presenta en el cuadro siguiente, evidencia la multiplicidad de formas que asume este trabajo en el mercado laboral; a pesar de que las cuidadoras domiciliarias conforman un universo estadísticamente pequeño entre las trabajadoras del cuidado. Cabe destacar, asimismo, que este estudio se considera una aproximación al universo de las cuidadoras domiciliarias, que busca captar experiencias, significados y sentidos en un contexto crítico que las afecta especialmente.

Tabla 1: distribución de la muestra de cuidadoras según ámbito de desempeño, modalidad y tipo de contratación.

| Entrevistadas* | Edad | Ámbito | Modalidad | Tipo de contratación |
|--|--|------------------------------|---|-----------------------------|
| Gabriela Ana Viviana Marta Ariel Elvira Sara Analía | 50 años 53 años 51 años 50 años 58 años 61 años 64 años 62 años | (8) Público: Programa AGD | Por horas para varios empleadores (hasta 7) | Monotributo |

²² La región del Gran Buenos Aires está formada por la Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos de la provincia de Buenos Aires.

| | | | | |
|---|--|---|--|----------------------------------|
| Verónica Olga Belén Paula Norma Sandra | 33 años 38 años 36 años 61 años 40 años 53 años | (6) Privado: contratadas directamente por las familias | Por horas para uno/a o dos empleadores/as | (3) Informal (no registradas) |
| | | | Sin retiro (“con cama adentro”) | (2) Informal (no registradas) |
| | | | | (1) Relación de dependencia |
| Pamela Helena | 56 años 50 años | (2) Privado: contratadas a través de empresa | Sin retiro (“con cama adentro”) | Monotributo |
| Teresa Tamara | 36 años 50 años | (2) Comunitario: Cooperativa de base comunitaria “Cuidar Limitada” | Por horas para un empleador Por horas (articulación público-comunitaria) | Monotributo social |

*Los nombres de las cuidadoras fueron modificados para mantener su confidencialidad

Las modalidades de trabajo desempeñadas por las cuidadoras incluyen el trabajo para uno/a o más empleadores/as. El tiempo de trabajo con cada una de las personas mayores se extiende desde 2 horas hasta 24 horas diarias (bajo la modalidad denominada “con cama adentro”). Los tipos de contratación también dan cuenta de un escenario heterogéneo. Abarcan desde la completa informalidad (coloquialmente llamada contratación “en negro”), pasando por la figura de prestadora de servicios bajo los regímenes tributarios de monotributo y monotributo social, y solo en uno de los casos, el registro acorde a la reglamentación vigente (Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares).

El perfil de las cuidadoras entrevistadas se diferencia entre aquellas que se desempeñan en el marco del Programa AGD, quienes alcanzaban un nivel educativo más alto (secundario, terciario y universitario incompleto), tienen una edad promedio mayor y viven mayoritariamente solas. El resto de las cuidadoras son más jóvenes, con menos años de escolaridad y con mayor presencia de hijas/os en el hogar, particularmente menores de 12 años. Casi todas las cuidadoras entrevistadas han realizado capacitaciones sobre cuidado de personas mayores en algún momento de su vida, en la mitad de las veces con posterioridad a desempeñarse en el mercado laboral. Algunas de ellas cuentan con otras formaciones vinculadas al cuidado, principalmente estudios de enfermería; y tres se desempeñan en otras ocupaciones de manera simultánea, relacionadas con el cuidado y el comercio.

Para realizar las entrevistas se utilizó la plataforma Zoom, y en los casos en que esta opción no fue una herramienta conocida por las entrevistadas se recurrió a la modalidad telefónica. Previo a la entrevista, las cuidadoras fueron contactadas para explicarles los objetivos de la investigación e invitarlas a participar, en un día y horario que fue convenido con cada una. Solo en uno de los casos la entrevista se realizó de manera presencial. Se extendieron en promedio una hora y media y en todos los casos fueron grabadas (con consentimiento de la cuidadora), utilizando el sistema de grabación de Zoom o por medio de una aplicación instalada en el teléfono. Posteriormente fueron desgrabadas para realizar su análisis.

La guía de pautas de la entrevista tuvo dos partes, que no siempre se desarrollaron de modo ordenado. La mayoría de las entrevistas comenzó con la pregunta acerca de cómo llegó a ser cuidadora y por qué eligió este trabajo (si lo consideraba una elección); y en este primer momento se recorrieron algunos hitos de su trayectoria de cuidado. En un segundo momento, se indagó al respecto de la organización de su trabajo previo a la pandemia, los cambios realizados para seguir trabajando y las dificultades prácticas y sanitarias enfrentadas en el día a día. Asimismo, se exploró el trabajo desempeñado en sus propios hogares, con el objetivo puntual de identificar relaciones entre los cambios en ambos trabajos. Por último, se indagó sobre las responsabilidades de cuidado asociadas a los distintos actores, y acerca del reconocimiento económico y social de su trabajo. Cabe destacar, como un emergente propio de las entrevistas, las percepciones de las cuidadoras acerca de la falta de autonomía de las personas mayores para decidir sobre su cuidado, y el malestar físico, mental y emocional experimentado durante la pandemia. En el capítulo siguiente se analizan las necesidades de cuidado de las personas mayores, en relación con los conceptos de dependencia, fragilidad y autonomía. Más adelante, la demanda de cuidados es contrastada con la oferta pública disponible en la Ciudad de Buenos Aires, evidenciando la escasa capacidad de adaptación de los programas de cuidado domiciliario durante el período de pandemia.

3. El cuidado de las personas mayores en Argentina

En Argentina, el proceso de envejecimiento poblacional avanza, a la par que finaliza el período de bono demográfico²³. Envejecer presenta heterogeneidades según la región, el estrato socioeconómico de pertenencia y el género. Implica acceder a derechos y recursos económicos de modo diferencial, y desarrollar diversas estrategias para resolver las necesidades de cuidado. La vejez y la dependencia están feminizadas, debido a que las mujeres están sobrerrepresentadas entre las personas de edades más avanzadas, en coincidencia con el período de la vida donde el desarrollo de dependencia es más frecuente. Además, las mujeres enviudan, conforman hogares unipersonales y proveen cuidados en mayor medida que los varones, en línea con pautas culturales y la sobrecarga de trabajo no remunerado que recae sobre ellas a lo largo de su vida. En nuestro país, las brechas de cuidado son aún amplias. El Estado provee cobertura de salud a jubilados y pensionados a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), y ofrece servicios y programas de escaso alcance. La oferta está focalizada en los sectores más vulnerables, es fragmentada y sectorial. Frente a la escasa presencia del Estado, el cuidado de las personas mayores continúa familiarizado y las posibilidades de recibir cuidados quedan supeditadas a cada persona, en función de la situación económica familiar y de los lazos sociales con los que cuenta (Alonso y Marzonetto, 2019).

El proceso de envejecimiento poblacional

El envejecimiento de la población, es decir, el aumento del porcentaje de personas mayores en la población total (producto combinado del aumento de la expectativa de vida y la caída en las tasas de fecundidad) es un fenómeno de nivel mundial, aunque presenta heterogeneidades a escala global, regional y nacional. Argentina atraviesa una etapa avanzada de la transición demográfica, dada por una tasa de mortalidad que decrece significativamente desde 1960 y una tasa de natalidad que en los principales centros urbanos está muy por debajo del nivel mínimo de reposición (2,1 hijos por mujer) (Universidad Católica Argentina, 2018). La Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores establece los 60

²³ Se denomina bono demográfico a la fase del proceso demográfico que se caracteriza por una baja tasa de dependencia, es decir que aumenta la proporción de personas en edad activa sobre las personas en edades dependientes (niños/as y personas mayores).

años como edad de ingreso a la tercera edad y esta edad de corte es adoptada en Argentina, que aprueba la Convención mediante la ley N°27.360 del año 2017²⁴. A su vez, en distintos estudios sobre personas mayores se consideran los 75 años como edad de corte para distinguir la vejez frágil y el ingreso a la cuarta edad o etapa final del curso de vida (Arlegui, 2015). Ham (2000 citado por Aguirre y Scavino, 2018) plantea tres categorías que combinan la edad fisiológica con la denominada edad social, esta última relacionada con las significaciones culturales en torno a la vejez. La categoría de viejos/as jóvenes comprende a las personas mayores que tienen entre 65 y 74 años, la vejez mediana abarca aquellas entre 75 y 84 años, y el grupo de las/os viejas/os viejas/os a las mayores de 85 años. Especialmente en la etapa de vejez mediana o vejez frágil, suele hablarse del “síndrome del declive”, que refiere a la gran dificultad que experimentan las personas mayores para retomar su vida habitual luego de sufrir un accidente o una enfermedad. Asimismo, la vejez frágil es considerada un período donde se profundiza la pérdida de vínculos familiares y sociales, aumenta el aislamiento, la soledad, y concomitantemente la aparición de demencias.

En Argentina, según el Censo Nacional de Población 2010, el 14,3% de la población total es mayor de 60 años (5.725.838 personas mayores), y las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para el año 2018 estiman que este grupo alcanza el 15,3% de la población total (Alonso y Marzonetto, 2019). La proporción de personas de 75 años y más tiende a crecer dentro de la población total de personas mayores, dando lugar al fenómeno denominado “envejecimiento del envejecimiento” (Oddone, 2018). A su vez, el ritmo de envejecimiento de la población se interrelaciona con la región geográfica y el género. La Ciudad de Buenos Aires es la región más envejecida del país, con un 21,7% de la población de 60 años y más (626.186 personas mayores), entre ellas, un 38% tiene 75 años y más (240.483 personas) (INDEC, 2010). Para el año 2040, se estima que el porcentaje de personas mayores se incrementará hasta alcanzar el 26,7% de la población de la Ciudad de Buenos Aires (Bloch, Safdie, Del Luca y Schuster, 2015), asimilándose, de este modo, a las proyecciones para los países más envejecidos de la región (Uruguay y Cuba). A su vez, la vejez está feminizada debido a que las mujeres representan el 57,4% de las personas mayores de 60 años, duplican a los varones en el grupo poblacional de 75 años y más (representando el 64%), y la mayor proporción femenina continúa incrementándose hacia el final de la vida. En la Ciudad de Buenos Aires, la sobrerrepresentación femenina en la vejez sigue la misma tendencia, e

²⁴ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/164386/20170531>

incluso supera levemente los valores promedio. El 62% de las personas mayores de 60 años y el 67% de las mayores de 75 años son mujeres.

Condiciones de vida de las personas mayores

Un informe realizado por la Universidad Católica Argentina (UCA) en el año 2018, señala que el acceso a derechos económicos y sociales (alimentación, salud, vivienda, servicios básicos, seguridad social, recursos de información y recursos informativos) es mucho mayor en la Ciudad de Buenos Aires, en comparación con el resto de las regiones urbanas del país. Sin embargo, cuando se observan los datos según condición socio residencial, más del 70% de las personas mayores que viven en hogares en villas y asentamientos presentan déficits en al menos tres de los derechos mencionados. De modo que la condición socio residencial de las personas mayores es un agravante de la vulneración de sus derechos. Según datos del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP)²⁵, la Ciudad de Buenos se constituye en la segunda región del país (luego de la provincia de Buenos Aires) con mayor cantidad de familias (73.673 familias) viviendo en barrios populares (50 villas y 7 asentamientos). En relación a las fuentes de ingresos y capacidad de subsistencia de las personas mayores, el informe de la UCA señala que casi el 11% de la población de 60 años y más se encuentra por debajo de la línea de pobreza y un 1,5% por debajo de la línea de indigencia. Sin embargo, cuando se observan estos datos según condición socio residencial, los porcentajes ascienden al 28,3% de la población bajo la línea de pobreza y al 9% bajo la línea de indigencia.

Además del acceso a derechos y recursos económicos, la conformación de los hogares influye en las condiciones de vida de las personas mayores. El Censo Nacional de Población 2010 y el estudio de Oddone (2018) realizado en base a la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social (2014-2015) del Programa de Investigación Sobre la Sociedad Argentina Contemporánea (ENES-Pisac), muestran que las personas mayores en general y las mujeres en particular se encuentran sobrerrepresentadas en los hogares unipersonales. A su vez, a medida que se incrementa la edad, se amplía la brecha entre la proporción de mujeres y varones que viven solas/os, debido a la mayor sobrevivencia femenina y la consecuente situación de viudez. Las pautas culturales contribuyen a esta situación, ya que en las parejas heterosexuales las mujeres por lo general son más jóvenes que los hombres y, por ende,

²⁵ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/integracion_socio_urbana_de_barrios_populares.pdf

quedan sin acompañante para transitar su propia vejez (Borgeaud-Garciandía, 2020b). Como muestra el siguiente cuadro, en la Ciudad de Buenos Aires se observa la misma tendencia que a nivel nacional, es decir, una proporción mayor de mujeres que viven solas en todos los grupos etarios, que aumenta con la edad.

Tabla 2. Tipo de hogar según grupo de edad y género. Año 2010.

| Hogar unipersonal | 25 - 59 años | 60 años y más | | 75 años y más | |
|--------------------------|---------------------|----------------------|---------|----------------------|---------|
| | | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| Total del país | 6 % | 16 % | 25 % | 18 % | 28 % |
| Ciudad de Buenos Aires | 12% | 18% | 33% | 19% | 39% |

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población 2010.

Además, es importante destacar que en Argentina, en el año 2010, el 97,1% de la población de 65 años y más vive en hogares particulares y sólo el 2,9% reside en instituciones colectivas, como hogares de ancianos u hospitales (Lupica, 2014). Así, la mayoría de las personas mayores viven en viviendas particulares y a medida que envejecen conforman hogares unipersonales en mayor medida, especialmente si son mujeres y viven en la Ciudad de Buenos Aires; en coincidencia con el período de la vida donde aumentan sus necesidades de cuidado.

La institucionalidad del cuidado de personas mayores

El cambio de paradigma con relación a las personas mayores tiene lugar en el año 1991, con la Declaración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Su objetivo es “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad” (Huenchuan, 2013, p.3). En este marco, los Estados Parte se comprometen a adoptar programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por parte de las personas mayores, en pos de propiciar su autorrealización, el fortalecimiento de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. Incluye el acceso progresivo a una variedad de servicios de asistencia

domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, y contempla específicamente la asistencia personal necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, evitando su aislamiento o separación de esta última.

En función del concepto de dependencia que se adopte, Alonso y Marzonetto (2019) señalan que pueden existir diferentes enfoques en los sistemas de cuidados para personas mayores con dependencia, y plantean dos tipos ideales de servicio: los servicios de atención médica (perspectiva sanitarista) y los servicios personales y ambientales ofrecidos por familias, por personal contratado en los hogares particulares y por las instituciones de larga estadía (perspectiva social). En Argentina, se evidencia una escasa articulación entre estas dos perspectivas y el abordaje del cuidado de las personas mayores es definido como desjerarquizado y medicalizado, con un funcionamiento fragmentado entre los organismos públicos, privados y obras sociales involucradas (Bloch, et.al., 2015). La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), son los principales organismos públicos que ejecutan la oferta de servicios estatales de carácter nacional y las políticas centrales asociadas al cuidado de las personas mayores.

La DINAPAM depende de la Secretaría Nacional de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (SENAF), coordina las acciones públicas federales dirigidas a las personas mayores, conforma el Consejo Federal de Adultos Mayores, y promueve la constitución de los Consejos Provinciales. El PAMI, es la mayor obra social del país y el principal soporte institucional brindado por el sector público a las personas mayores. Cabe destacar que recientemente, en el marco del INSSJP, se crea la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado²⁶, y dentro de su estructura, la Gerencia de Políticas de Cuidado. La misión de esta última es “la formulación, diseño y ejecución de políticas y programas en materia de cuidados, asegurando la perspectiva de género, instrumentando proyectos, prestaciones y servicios pertinentes de promoción, prevención y asistencia orientados principalmente a la población mayor afiliada, facilitando su accesibilidad, asegurando sus derechos humanos y promoviendo su atención integral y continua con el propósito de procurar su bienestar físico, psíquico y social” (Resolución 2020-431-INSSJP). Tanto la DINAPAM como el PAMI cuentan con una oferta de servicios y programas que incluye residencias geriátricas, centros de día, transferencias monetarias y horas de asistencia en domicilio. El PAMI ofrece la prestación de internación

²⁶ http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2020-431-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

domiciliaria integral, que incluye el módulo de cuidador/a brindado a través de empresas tercerizadas. Asimismo, cuenta con el Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad (PADyF), que otorga un subsidio para contratar un/a auxiliar domiciliario/a. Por su parte, la DINAPAM ofrece horas de asistencia brindadas por cuidadoras a través del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

A nivel municipal, en la Ciudad de Buenos Aires, las políticas y programas destinados a personas mayores funcionan bajo la órbita de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. La Secretaría está compuesta por tres direcciones generales que incluyen una multiplicidad de programas y actividades. Una parte importante de la oferta consiste en cursos de capacitación, talleres, actividades culturales y recreativas, en línea con el enfoque de política de envejecimiento activo. Aguirre y Scavino (2018) sostienen que este tipo de política se orienta a fomentar la autonomía personal de las personas mayores a través de su participación en actividades definidas de antemano y orientadas a la salud del cuerpo. En relación a la prestación de cuidados domiciliarios, la Secretaría implementa el Programa AGD. Este programa y el Programa Nacional, están en línea con el enfoque de política denominado de estímulo a la autonomía personal de las personas dependientes. Este tipo ideal de política concibe al sujeto dependiente, que sufre la soledad y por tanto, se orienta a que gane autonomía sobre la base del apoyo de un sujeto cuidador (Aguirre y Scavino, 2018).

Necesidades de cuidado, interdependencia y autonomía

Los enfoques de política mencionados en el apartado anterior (de envejecimiento activo y de estímulo a la autonomía personal) son tipos ideales que se asientan sobre ciertas representaciones sociales y supuestos asociados a la vejez. Aguirre y Scavino (2018) proponen un modelo alternativo, el de autonomía relacional, que busca legitimar distintas formas de ser viejo/a, sin imponer actividades o mandatos asociados exclusivamente al cuerpo y la biología. La autonomía relacional plantea el ejercicio de la autonomía a partir del vínculo entre dos o más sujetos que interactúan sin anular el uno al otro. Está relacionada con el concepto de interdependencia del cuidado, en la medida que las personas nunca somos completamente independientes, y hace énfasis en el contexto como un determinante del desarrollo de dependencia (Aguirre y Scavino, 2018).

En esta línea, la fragilidad es definida en la literatura no sólo como un proceso que padece el cuerpo, sino también en relación a la respuesta del entorno social y comunitario que se le brinda (Bloch, et.al., 2015). La dependencia, a su vez, se plantea como el último estadio de la fragilidad, y es definida como la falta de capacidades para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana sin ayuda de otras personas. Según la evaluación geriátrica, las actividades pueden clasificarse en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En general, el proceso de deterioro de las personas mayores compromete en primera instancia a las AIVD (cocinar, limpiar la casa, lavar, hacer compras, manejar el dinero, controlar la medicación, desplazarse por la calle, utilizar el transporte, realizar trámites, etc.), y avanza progresivamente hacia las ABVD (levantarse o acostarse en la cama, vestirse/desvestirse, caminar, alimentarse, asearse, mantener el control de esfínteres, es decir, aquellas que definen rutinas y hábitos). A su vez, se definen tres niveles de dependencia: leve (referida a quien no precisa ayuda o la requiere sólo para un componente de la vida diaria); moderada (referida a la necesidad de asistencia para más de un componente, pero pudiendo realizar por cuenta propia otros componentes sin ayuda o supervisión) y severa (que refiere a aquellas personas que necesitan ayuda de otra persona para todos los componentes de las necesidades básicas) (Rodríguez Enríquez, Marzonetto y Alonso, 2019).

Mientras que la dependencia instrumental se vincula con el quiebre en las redes sociales, debido a que las actividades de este tipo implican una vinculación con el entorno social y familiar inmediato de la persona, la dependencia para las actividades de la vida diaria se vincula con la pérdida de autonomía. Etxeberría Mauleon (2014) diferencia dos tipos de autonomía, la autonomía fáctica y la autonomía moral. Mientras que esta última tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones, donde media una argumentación moral personal e implica la consiguiente asunción de responsabilidad, la autonomía fáctica remite a la posibilidad de llevar a cabo la decisión tomada. En base a esta distinción, señala que el riesgo de potenciar la autonomía fragilizada de las personas mayores teniendo presente únicamente la autonomía fáctica, desarticulada de la autonomía moral, consiste en privar de sentido a la primera y transformar su significado. En este sentido, se pretende que las personas mayores sean capaces de ser autosuficientes para realizar las cosas y de mantener destrezas que han tenido o incluso adquirir algunas nuevas. Como señala Etxeberría Mauleon “tener destrezas es importante, pero en el marco de la autonomía estas son un medio para la ejecución de las otras decisiones. Y el medio debe servir al fin, no transformarse en él, a veces además un fin impuesto” (2014, p. 64). En contraste, propone una “autonomía acompañada”, que implica que los apoyos materiales e inmateriales, así como los cuidados que se orienten a aquellas

capacidades disminuidas, convivan con la intensificación de aquellas capacidades que se mantienen.

Las interrelaciones entre envejecimiento, fragilidad, dependencia y autonomía están permeadas por las autopercepciones que tienen las personas mayores acerca de su propia salud y de sus relaciones. El estado de salud autopercebido ha probado tener asociaciones significativas con características objetivas, como índices de morbilidad y mortalidad. En este sentido, el informe de la UCA (2018) antes mencionado, señala que la percepción sobre la afectación de la propia salud es más frecuente entre las y los mayores que residen en hogares de los estratos socioeconómicos más bajos, entre las y los que tienen 75 años y más (respecto de las personas entre 60 y 74 años), y entre las mujeres. A la vez, cuando se analizan las percepciones de las personas mayores sobre las relaciones sociales y familiares con las que cuentan, los mayores déficits de apoyo autopercebido se relacionan con la falta de ayuda para realizar tareas cotidianas y domésticas, y en cuanto a no contar con alguien que les aconseje, ayude o informe cuando lo necesitan. Sin embargo, cuando se analizan estos datos según estrato socioeconómico de pertenencia, se observan mayores brechas con relación a la percepción de la falta de una red de apoyo y de la ausencia de alguien que les demuestre amor y cariño (UCA, 2018).

En Argentina, la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 - Encaviam (INDEC, 2014a) es la fuente de información más actualizada para conocer las características de las personas mayores en relación a sus necesidades de cuidado. Esta encuesta señala que las mujeres con dependencia básica duplican a los varones en todos los grupos de edad, y también tienen mayor presencia relativa en la dependencia instrumental. De este modo, a la vejez feminizada se añade la dependencia feminizada. En términos generales, en Argentina, una quinta parte de las personas mayores necesita ayuda para actividades instrumentales y casi el 10% requiere ayuda para realizar actividades básicas. Cuando se observa específicamente el grupo poblacional de 75 años y más, estos porcentajes se duplican (la dependencia instrumental llega al 41% y la dependencia básica alcanza el 20,7%). La Encaviam no brinda información desagregada según región, sin embargo, a partir de la incidencia de la dependencia a nivel nacional, puede estimarse que del total de personas de 60 años y más que viven en la Ciudad de Buenos Aires (626.186 según el Censo Nacional de 2010), alrededor de 125.000 (el 20%) requiere ayuda para las actividades instrumentales de la

vida diaria y alrededor de 60.000 personas mayores requieren asistencia para las actividades básicas de su vida.²⁷

Familiarización del cuidado de personas mayores

La distribución de responsabilidades para dar respuesta a las necesidades de cuidado de las personas mayores indica que el cuidado está familiarizado y feminizado. Las transformaciones de las familias (aumento de hogares monoparentales y hogares con jefatura femenina, entre otras), no han sido acompañadas de mayor infraestructura para el cuidado o de servicios de apoyo a las familias cuidadoras (Oddone y Aguirre, 2005; Oddone, 2014 citados por Oddone, 2018). Como consecuencia, la responsabilidad por el cuidado de las personas mayores recae sobre los hogares y se traduce en trabajo no remunerado realizado mayoritariamente por mujeres. A la vez, debido al aumento de la población de 75 años y más, la feminización de este grupo y el hecho de que las mujeres tiendan a ser más jóvenes que sus cónyuges, cada vez con mayor frecuencia las mujeres de 80 años son cuidadoras principales de estos últimos u otros familiares (Oddone, 2018).

En Argentina existen tres fuentes estadísticas que aportan evidencia al respecto: las encuestas de uso del tiempo (que miden el tiempo destinado al trabajo no remunerado, pero no discriminan específicamente el cuidado de personas mayores), la Encaviam (INDEC, 2014a) y la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social 2014-2015 (ENES-Pisac). Estas últimas identifican a las y los responsables del cuidado de las personas mayores, pero no miden el tiempo que destinan a este trabajo. En términos generales, los datos de las encuestas de uso del tiempo evidencian que cualquiera sea su edad y su nivel educativo, siempre son las mujeres las que dedican más tiempo al trabajo de cuidado no remunerado. Sus jornadas de trabajo se incrementan en la edad central (30 a 59 años), cuando son cónyuges, cuando hay menores de 6 años en el hogar, cuanto menor es la jornada de trabajo en el mercado laboral, y cuanto peor es el nivel de ingreso del hogar en el que viven (Rodríguez Enríquez, 2015). La única encuesta de uso del tiempo realizada hasta el momento a nivel nacional, la Encuesta sobre Trabajo no Remunerado y Uso del Tiempo (INDEC, 2014b)²⁸, evidencia que las

²⁷ Este supuesto es conservador, dado que en la Ciudad de Buenos Aires el porcentaje de personas mayores en la población total es mayor que en el resto del país.

²⁸ En el marco de la sanción de la Ley N°27.532/2019 se establece la inclusión de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) en el Sistema Estadístico Nacional permanente, bajo un esquema de periodicidad de dos años. Los primeros resultados de esta Encuesta se estima que estarán disponibles para fines del año 2021.

mujeres de la Ciudad de Buenos Aires destinan, en promedio, 4,9 horas diarias al trabajo no remunerado, versus 3,3 horas destinadas por los varones (a nivel nacional la brecha es aún mayor). En cuanto a quienes proveen el cuidado, la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social, muestra que en la Ciudad de Buenos Aires en el 51,8% de los casos se trata de una persona del hogar o de un familiar o amigo, y en el 48,2% restante se contrata a alguien para tal fin o se busca ayuda de un programa domiciliario (Oddone, 2018).

Tabla 3. Fuente de ayuda para las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2014-2015.

| Tipo de persona/programa | Porcentaje |
|----------------------------------|-------------------|
| Persona del hogar | 24,6% |
| Empleada doméstica | 16,4% |
| Persona contratada especialmente | 26,6% |
| Programa de cuidado a domicilio | 5,2% |
| Familiar o amigo s/convivencia | 27,2% |
| Total | 100% |

Fuente: Oddone (2018) a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social (ENES-Pisac).

Por otra parte, los datos de la Encaviam (a nivel nacional) señalan que en el grupo de 75 años y más que desarrolla dependencia crece el peso de las empleadas domésticas y las cuidadoras especializadas, en comparación con el grupo de viejos y viejas jóvenes. Al respecto, una de las interpretaciones posibles realizada por Bloch et.al. (2015), es que el aumento de la incidencia de las cuidadoras especializadas en la cuarta edad se debe al nivel de sobrecarga familiar acumulado a lo largo de años de atención. Cuando se analiza la información de la Encaviam según el sexo, se observa que las mujeres son cuidadas por personas externas a la familia, en mayor medida que los varones. Siguiendo las observaciones de Aguirre y Scavino (2018) para las personas mayores en Uruguay, se señalan dos explicaciones posibles para dar cuenta de esta diferencia. En primer lugar, las mujeres mayores cuentan con más lazos sociales que sus pares varones. En segundo lugar, las mujeres están más disponibles que los varones para cuidar a sus cónyuges debido a su menor edad y mayor esperanza de vida, en línea con las pautas culturales antes mencionadas. Finalmente, la Encaviam destaca que tanto mujeres como varones (independientemente del grupo de edad y el tipo de dependencia funcional), optan en mayor medida por empleadas domésticas y cuidadoras no especializadas

cuando contratan servicios de cuidado en el mercado. Las condiciones laborales entre unas y otras varían, así como las barreras de ingreso a la ocupación. En el próximo capítulo se presentan las principales características de las cuidadoras insertas en el mercado laboral.

4. Las cuidadoras de personas mayores

En el mercado laboral, el trabajo de las cuidadoras se asienta sobre una relación social mercantil y se realiza a cambio de una retribución monetaria. La contratación de cuidadoras remuneradas es una opción para desfamiliarizar el cuidado que se restringe a los hogares que pueden pagar el costo del servicio. La oferta pública de cuidados también es restringida, debido a su escaso alcance y focalización en las personas mayores que presentan mayor grado de vulnerabilidad socioeconómica. En la Ciudad de Buenos Aires coexisten tres programas de cuidado domiciliario, sin conexión entre sí. Se orientan a la misma población objetivo (personas mayores dependientes que demuestran su condición de vulnerabilidad), y comparten objetivos similares, vinculados a prestar apoyo parcial en domicilio. Sólo uno de ellos, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, incluye entre su población objetivo a las cuidadoras, mediante un componente de capacitación y práctica rentada. El trabajo mercantil de las cuidadoras domiciliarias comparte características vinculadas al género con otras ocupaciones del cuidado, y condiciones de informalidad y precariedad, particularmente con otras trabajadoras domésticas. Las cuidadoras domiciliarias se insertan en el mercado de trabajo en el ámbito público (programas de cuidado domiciliario), privado (contratadas por empresas o directamente por las familias) y comunitario (en cooperativas y otras organizaciones de base comunitaria). Trabajan bajo diversas modalidades y tipos de contratación, y comparten condiciones precarias de trabajo. Cuando se desempeñan en empresas privadas, obtienen los salarios más bajos y escaso o nulo reconocimiento de su formación.

Participación de las mujeres en el mercado laboral

Si bien la participación laboral femenina aumenta desde los años ochenta, la tendencia de la última década es hacia la desaceleración, tanto en nuestro país como en la región, y especialmente para el conjunto de las mujeres de bajos ingresos (Gasparini y Marchionni, 2015 citado por Esquivel y Pereyra, 2017). En la pandemia, la evolución de los principales indicadores del mercado laboral en Argentina evidencia la profundización de esta tendencia. Para el tercer trimestre de 2019, el 49,2% de las mujeres y el 70,2% de los varones estaban

activos, mientras que estos valores se ubican en el 45,4% y 64,4% respectivamente, en el mismo trimestre del 2020. Asimismo, la desocupación aumenta para ambos sexos, pero afecta especialmente a las mujeres. La tasa de desocupación femenina pasa del 10,8% en el tercer trimestre de 2019 a 13,1% en igual trimestre de 2020; mientras que en el caso de los varones alcanza el 10,6%.

En términos generales, las mujeres se insertan en mayor medida que los varones en trabajos informales y precarios, y reciben salarios más bajos a pesar de exhibir mejores credenciales educativas. Jiménez y Zuñiga (2019) definen como trabajo precario aquel que se realiza en la economía formal e informal, bajo ciertas condiciones objetivas y subjetivas, como la sensación de incertidumbre e inseguridad en cuanto a la duración del empleo. Entre las condiciones objetivas se menciona la presencia de varios empleadores, una relación de trabajo encubierta o ambigua, la imposibilidad de gozar de protección social y de los beneficios que por lo general se asocian con el empleo, un salario bajo y obstáculos para afiliarse a un sindicato y negociar colectivamente. En relación a los bajos salarios, para el año 2019 la brecha de ingresos totales entre varones y mujeres (calculada como la variación relativa entre la media de ingresos de los varones y el promedio de ingresos de las mujeres) es del 29%, y ronda el 35% para el grupo de asalariados/as informales. Como consecuencia de estas disparidades, las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas en el decil de ingresos más bajos (66,1%) y son minoría en el de ingresos más altos (35,3%) (Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género, 2020).

Cuatro de cada diez trabajadoras en Argentina se insertan en trabajos relacionados con los cuidados, en oficios y profesiones pertenecientes a tres categorías: servicio doméstico²⁹, enseñanza y salud. Este fenómeno se denomina segregación horizontal o “paredes de cristal”, e implica la concentración de las mujeres en determinados empleos, entre los que se destaca el servicio doméstico, que concentra al 16,5% de las mujeres ocupadas y al 21,5% de las mujeres asalariadas (Esquivel y Pereyra, 2017). Desde la óptica de la demanda de empleo, la inclusión de las mujeres en el mercado de trabajo fue promovida masivamente en aquellas labores que extendían las actividades domésticas y de cuidado a la esfera pública y mercantil, segregando a las mujeres a ciertas ocupaciones y perpetuando así los estereotipos de género (Faur, 2014).

²⁹ Este sector incluye a trabajadoras domésticas que realizan cuidado directo de personas (entre ellas las cuidadoras domiciliarias) y cuidado indirecto (tareas domésticas como lavar, planchar, cocinar, etc.)

El sector de trabajo doméstico presenta las tasas más altas de informalidad (en el orden del 75%), y este hecho se vincula a las dificultades que enfrenta el Estado para fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones patronales en el ámbito privado del hogar, donde prima el derecho de inviolabilidad del domicilio (Esquivel y Pereyra, 2017). A su vez, el 40% de las trabajadoras domésticas realizan labores a jornada parcial o “por horas”, siendo esta última modalidad la que presenta menor tasa de registración (Pereyra, 2017). Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019) advierte que las prestaciones, salarios y condiciones de trabajo tienden a ser peores en domicilio que en instituciones y señala, para las ocupaciones del cuidado en general, que la prestación pública tiende a mejorar las condiciones laborales y la remuneración, mientras que su prestación privada no regulada tiende a empeorarlas. Según datos de la Encuesta Permanente de Hogares para el tercer trimestre de 2019, 877.583 personas se dedican al servicio doméstico y el 96,5% son mujeres, quienes perciben el salario promedio más bajo de toda la economía (Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género, 2020).

Condiciones de trabajo de las cuidadoras domiciliarias

En el total de las trabajadoras domésticas, la ocupación de cuidado de personas representa un pequeño porcentaje. Según fuentes secundarias procesadas por Findling y López (2015), para el tercer trimestre de 2013 había 100.000 trabajadoras ocupadas en tareas de cuidado y asistencia a personas en hogares particulares, en la región del Gran Buenos Aires³⁰. El 98% de las cuidadoras eran mujeres y 8 de cada 10 no percibían un recibo de sueldo ni realizaban aportes jubilatorios. Al igual que el trabajo doméstico en general, el cuidado de personas es una ocupación feminizada, altamente informal y precarizada. A su vez, las cuidadoras se diferencian de otras trabajadoras domésticas debido a que alcanzan un nivel de instrucción más alto (Findling y López, 2015). Borgeuad-Garciandía (2020b) define como perfil típico de una cuidadora a una mujer de más edad que la población activa femenina, con estudios secundarios incompletos, y en algunos casos migrante. En este último sentido, el trabajo doméstico ha sido tradicionalmente la principal fuente de trabajo para las mujeres migrantes de bajos ingresos provenientes de países limítrofes, provincias empobrecidas y zonas rurales

³⁰ La región del Gran Buenos Aires está compuesta por la Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos de la provincia de Buenos Aires.

(Cerrutti, 2009; Cerrutti y Maguid, 2007 citado por Pereyra, 2018). La proporción de mujeres migrantes se supone mayor para la ocupación de cuidadoras domiciliarias “con cama adentro”, en comparación con los datos de empleo doméstico en general. Entre sus motivos se señala la ventaja económica que representa contratar una mujer migrante “con cama adentro”, cuyos conocimientos y capacidades no son reconocidos como tales, que tres personas formadas que se turnen día y noche (Borgeaud-Garciandía, 2012). En contraste, la capacitación formal y acreditada es requisito para desempeñarse en programas públicos de cuidado domiciliario, así como para formar parte de los registros públicos de cuidadoras.

La actividad del cuidado y atención de las personas que requieren asistencia no ha sido contemplada históricamente por las leyes laborales. El decreto ley 326 del año 1956, que regulaba la actividad del trabajador del servicio doméstico, excluía expresamente del alcance de la norma a las personas exclusivamente contratadas para cuidar enfermos (Findling, López, 2015). Desde el año 2013, el marco normativo de la actividad de las cuidadoras domiciliarias es el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares (Ley N°26.844 sancionada el 13 de marzo de 2013)³¹, que establece en su artículo 2 que “se considerará 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 acompañamiento prestados a los miembros de la familia o a quienes convivan en el mismo domicilio con el empleador, así como el cuidado no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad”. Esta ley establece expresamente que todas las trabajadoras/as abarcadas por la misma poseen relación de dependencia con su empleador/a y deben ser registradas como Personal Auxiliar de Casas Particulares.

La normativa tiende a equiparar los derechos laborales de estos/as trabajadores/as con aquellos que establece la Ley de Contrato de Trabajo, es decir, todas las licencias contempladas en la ley incluyendo licencia maternal, jornada laboral de 8 horas para empleadas con y sin retiro, y sistema jubilatorio regido por el sistema previsional general. Además, contempla explícitamente una de las causales de terminación de la relación laboral más comunes: la muerte de la persona cuya asistencia motivó la contratación, y para este caso se establecen las condiciones de indemnización. Asimismo, cabe destacar que la norma no especifica los requisitos técnicos o de capacitación mínimos inherentes al puesto, ni las responsabilidades asociadas al mismo. Específicamente en relación a las trabajadoras

³¹ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/210000-214999/210489/norma.htm>

migrantes, si bien en Argentina se prohíbe el trabajo a quienes se encuentren en una situación irregular, se reconocen indirectamente sus derechos laborales cuando se estipula que las/os empleadoras/es tienen que cumplir con las obligaciones laborales, independientemente de la situación migratoria del trabajador³² (Borgeaud-Garciandía, 2012).

Por último, la Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares (CNTCP)³³ es el órgano normativo propio del régimen legal para el personal de casas particulares. Entre sus funciones, se encarga de fijar las remuneraciones mínimas, establecer las categorías de las/os trabajadoras/es que se desempeñan en cada tipo de tarea y dictar normas sobre las condiciones mínimas de trabajo. Las cuidadoras domiciliarias están incluidas en la cuarta categoría, que recibe el nombre de “Asistencia y Cuidado de Personas”. Entre el 1° de mayo de 2020 y el 1° de febrero de 2021, la remuneración mensual con retiro para esta categoría es de \$19.777 y \$155 la hora. Para quienes se desempeñan “con cama adentro” (o sin retiro), se establece en \$22.039 y \$174,50 la hora. En este sentido, como señalan Esquivel y Pereyra (2017) si bien desde el año 2015 se celebran negociaciones paritarias, los salarios se mantienen muy bajos debido a la escasa capacidad de presión de las trabajadoras. Las características de informalidad, precariedad y bajos salarios se evidencian en los distintos ámbitos de inserción de las cuidadoras domiciliarias, aunque cada uno de ellos presenta variantes. En el marco del Estado, la contratación bajo el régimen fiscal de monotributo exime al Estado de sus obligaciones como empleador y priva a las trabajadoras de sus derechos.

Ámbitos de trabajo de las cuidadoras domiciliarias

Las cuidadoras domiciliarias se insertan en el mercado laboral en distintos ámbitos: público (programas de cuidado domiciliario), privado (en empresas o contratadas directamente por las familias) y comunitario (en cooperativas y otros tipos de organizaciones de base comunitaria). Se desempeñan bajo diversas modalidades (“con cama adentro” o “por horas” para uno o varios empleadores); y con distintos tipos de contratación (empleo registrado, prestación de servicios bajo los regímenes fiscales de monotributo y monotributo social, no registrada o “en negro”). Las cuidadoras pueden estar o no capacitadas, trabajar en un solo lugar, o bien,

³²La Ley de Migraciones N° 25.871 establece en su artículo N°16 que “la adopción por el Estado de todas las medidas necesarias y efectivas para eliminar la contratación laboral en el territorio nacional de inmigrantes en situación irregular, incluyendo la imposición de sanciones a los empleadores, no menoscabará los derechos de los trabajadores inmigrantes frente a sus empleadores en relación con su empleo”.

combinar el trabajo en distintos ámbitos, y trabajar a la vez en domicilio e instituciones (Borgeaud-Garciandía, 2020b).

a) **Ámbito público**

En la Ciudad de Buenos Aires existen dos programas públicos que prestan servicios a través de cuidadoras domiciliarias: el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (con alcance nacional), y a nivel local, el Programa AGD. Además, a nivel nacional, el PAMI otorga a sus afiliados una prestación económica para la contratación de cuidadoras domiciliarias, en el marco del Programa de Atención a la Dependencia y Fragilidad (PADyF).

En primer lugar, se describe el **Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios**. Este programa es considerado una política nacional de referencia, legitimada como una política social de doble perspectiva, debido a que se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y a la vez, posibilita a las personas desocupadas una inserción en el mercado formal de trabajo, ya sea a través de la modalidad de monotributo social o del incentivo a la conformación de cooperativas (Arias, 2009). En el cuadro siguiente se resumen sus principales características.

| PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS | |
|--|---|
| Normativa | Resolución N°1120/02 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (se implementa por primera vez en 1996). Funciona bajo la órbita de la DINAPAM. |
| Objetivo | Ofrecer apoyo domiciliario a adultos mayores, discapacitados y enfermos con patologías crónicas invalidantes, con la finalidad de contribuir en la superación de las situaciones de riesgo y al mejoramiento de su calidad de vida; mediante la permanencia en sus hogares y evitando su internación siempre que no sea necesario. |
| Descripción | El Programa está formado por dos componentes, parcialmente independientes entre sí. Cada uno de ellos requiere que se firme un convenio entre la SENAF (a través de DINAPAM) y la organización o institución encargada de su implementación (institución de nivel provincial o municipal, organización no gubernamental, cooperativa, universidad, INSSJP u obra social). |

| COMPONENTE 1: CAPACITACIÓN | | | |
|---|--|---|---|
| Objetivo | Capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios. | | |
| Prestación | <p>Capacitación teórico - práctica, gratuita y presencial. Comprende 386 hs. a lo largo de un período de 5 a 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 módulos (198 hs. docentes) - Prácticas en domicilio y/o institución (126 hs.) - Actividades grupales - Actividades de evaluación <p>Los materiales y contenidos son desarrollados por la DINAPAM, y el reclutamiento de los participantes se encuentra a cargo de la organización o institución que lo implementa.</p> | | |
| Requisitos de ingreso | <p>Ser mayor de 18 años y haber finalizado la escuela primaria. (El requisito de educación se considera flexible, ya que en algunos casos se implementan mecanismos para su finalización paralelamente a la realización del curso).</p> | | |
| Certificación | Otorga Certificado Nacional con reconocimiento del Ministerio de Educación, que habilita la inscripción en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. | | |
| Financiamiento | Presupuesto proveniente de la SENAF | | |
| Alcance | <p>Año 2018: se capacitaron 5776 personas* Año 2019: se capacitaron 2090 personas* Año 2020**: se capacitaron 1485 personas (230 en Ciudad de Buenos Aires)*</p> | | |
| COMPONENTE 2: SISTEMA DE PRESTACIÓN EN DOMICILIO | | | |
| Objetivos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de la atención adecuada en el domicilio. 2. Promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria. | | |
| Prestación | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Para las personas mayores ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de cuidado de la salud (prácticas indicadas por profesionales) -Actividades directas de cuidado (higiene, alimentación asistida y arreglo personal) -Actividades indirectas de cuidado (preparación de alimentos, compras, etc.). Todas prestadas por personal calificado. </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Para las cuidadoras comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> -25 horas semanales de atención domiciliaria, repartidas entre un máximo de 3 personas y por un período máximo de 6 meses (pudiendo ser renovada por 6 meses más). -48 horas de actualización y supervisión de la prestación. -Horas de supervisión psicológica. </td> </tr> </table> | <p>Para las personas mayores ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de cuidado de la salud (prácticas indicadas por profesionales) -Actividades directas de cuidado (higiene, alimentación asistida y arreglo personal) -Actividades indirectas de cuidado (preparación de alimentos, compras, etc.). Todas prestadas por personal calificado. | <p>Para las cuidadoras comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> -25 horas semanales de atención domiciliaria, repartidas entre un máximo de 3 personas y por un período máximo de 6 meses (pudiendo ser renovada por 6 meses más). -48 horas de actualización y supervisión de la prestación. -Horas de supervisión psicológica. |
| <p>Para las personas mayores ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de cuidado de la salud (prácticas indicadas por profesionales) -Actividades directas de cuidado (higiene, alimentación asistida y arreglo personal) -Actividades indirectas de cuidado (preparación de alimentos, compras, etc.). Todas prestadas por personal calificado. | <p>Para las cuidadoras comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> -25 horas semanales de atención domiciliaria, repartidas entre un máximo de 3 personas y por un período máximo de 6 meses (pudiendo ser renovada por 6 meses más). -48 horas de actualización y supervisión de la prestación. -Horas de supervisión psicológica. | | |

| | | |
|---|---|---|
| Población objetivo y requisitos de ingreso | Personas mayores: Personas mayores de 60 años en situación de vulnerabilidad (limitaciones físicas, económicas y afectivas). El ingreso es por orden de prioridad, según evaluación de la autonomía personal y la relación socio-familiar. La detección la realiza el servicio local, pero debe ser aprobada por el gobierno nacional. | Cuidadoras: Haber finalizado el curso de capacitación (componente 1). |
| Financiamiento | Difiere según situación socio-económica y cobertura de obra social. SENAF financia el costo cuando la persona mayor: <ul style="list-style-type: none"> a) se encuentra en la línea de pobreza o por debajo; b) no cuenta con familiares, estos no pueden asistirlo, o bien no cuentan con ingresos suficientes para hacerlo. | SENAF otorga los fondos para cubrir el monto de la beca que recibe el/la cuidador/a y los gastos de coordinación, supervisión y gastos administrativos. |

Elaboración propia en base a Alonzo y Marzonetto (2019); Arias (2009) y Borgeaud-Garciandía (2015).

*Incluye cantidad de personas que realizaron los cursos de formación en cuidados gerontológicos del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios; del Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida en Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y Otras Demencias y del Programa Nacional de Autonomía Personal y Accesibilidad Universal para los Adultos Mayores. Asimismo, se contabilizan las personas que participaron de las jornadas de encuentros de coordinaciones de los programas y de cuidadores.

**Durante el período de ASPO el componente de capacitación del programa estuvo suspendido. Previo al inicio de este período y durante 2020, se implementaron capacitaciones en 8 provincias y en la Ciudad de Buenos Aires.

Un estudio realizado por Guajardo y Fernández (2016) sobre las trayectorias laborales de cuidadoras formadas, advierte que si bien el programa contribuye a aumentar la calidad de los cuidados prestados y mejora la percepción que se tiene sobre la tarea, no posibilita a las cuidadoras extraerse de la precaria situación económica en la que se encuentran ni incluirse formalmente dentro de la economía de mercado. Esto se debe a que el programa genera una fuente de trabajo cuya continuidad no está garantizada y cuyos ingresos no alcanzan un sueldo mínimo. Por otra parte, en relación al funcionamiento del programa a lo largo del tiempo, Arias (2009), destaca cambios en el perfil de las cuidadoras y las modalidades de inserción laboral que el programa promueve. En la primera etapa (1996-2002) pueden inscribirse todas aquellas personas interesadas. En un segundo momento, a partir de su re-implementación en el año 2002, la capacitación está destinada exclusivamente a las/os beneficiarias/os de planes sociales, a modo de contraprestación. Más adelante se amplía a las/os desempleadas/os

(independientemente de si perciben un plan social); y nuevamente a todas las personas interesadas, pero de las que se supone que son “vulnerables”.

En cuanto a las modalidades de inserción laboral, a partir del año 2005 se incluyen contenidos de capacitación vinculados a la formación y gestión de cooperativas, y se posibilita la inscripción de las cuidadoras formadas al régimen de monotributo social. Asociado a esta modalidad de registro, Arias (2009) advierte en su estudio que algunas cuidadoras optan por trabajar parte “en blanco” y parte “en negro”, debido a que el monotributo social tiene un tope anual de facturación autorizado. Por otra parte, en el año 2006, se firma un convenio entre DINAPAM, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el PAMI, por medio del cual PAMI prioriza la contratación de las cuidadoras formadas en el marco del programa, mediante los subsidios que otorga a sus afiliados. Vinculado al Programa Nacional y bajo la órbita de la DINAPAM, funciona el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios (Resolución SENAF N°830/2016, N°167/2017 y ANEXO)³⁴. Incluye a cuidadoras con formación acreditada y verificada para ejercer el rol, formadas en el marco del Programa Nacional y de otras organizaciones con reconocimiento oficial. Para el año 2020, se encuentran inscriptas en el registro 503 cuidadoras en la Ciudad de Buenos Aires.

En segundo lugar, el **Programa de Atención a la Dependencia y Fragilidad (PADyF)** consta de una prestación económica otorgada por el PAMI, de modo que no implica, per se, un ámbito de inserción laboral para las cuidadoras. Sin embargo, se decide incluirlo en este apartado con el fin de comparar las distintas modalidades de prestaciones públicas orientadas al cuidado domiciliario.

| PROGRAMA DE APOYO A LA DEPENDENCIA Y FRAGILIDAD (PADyF) | |
|--|---|
| Normativa | Resolución N° 1029/2019 ³⁵ Funciona bajo la órbita del INSSJP |
| Objetivo | Proveer apoyo económico parcial para afrontar la dependencia funcional de personas mayores, en su domicilio. |
| Población objetivo y requisitos de ingreso | Personas mayores afiliadas que evidencian fragilidad y/o dependencia funcional, que requieren apoyo de terceras personas para satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria, con red de apoyo socio-familiar inexistente, insuficiente y/o claudicante. |

³⁴ <https://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/830Registro.pdf>

<https://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/Anexo167.pdf>

³⁵ http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2019-1029-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

| | |
|-----------------------|---|
| | Para determinar el ingreso se utiliza el instrumento “escala de vulnerabilidad socio-sanitaria”, que evalúa tres áreas: 1) vulnerabilidad social, 2) dependencia y soporte funcional y 3) extensión y capacidad de la red de ayuda social-familiar. |
| Prestación | El Programa incluye cinco componentes, siendo el primero de ellos el único que actualmente se encuentra en funcionamiento: (1) apoyo económico para la atención a la dependencia y fragilidad; (2) prestación de cuidados brindada a través de efectores sociales de distinta naturaleza (empresas sociales, asociaciones de cuidadores y cooperativas); (3) realización de actividades de orientación, promoción y capacitación grupal a familiares cuidadores (respecto del autocuidado y posible evolución, duración y requerimientos de las condiciones de los afiliados con necesidad de cuidados); (4) provisión de elementos adaptados de ayuda personal para autonomía no contemplados en otros programas del Instituto (cucharas especiales, calzadores, pinzas con mango, señalizadores y (5) estimulación de la construcción de redes sociales barriales (centros de jubilados, clubes, sociedades de fomento), para acompañamiento social y sanitario de afiliados en situación de soledad y/o vulnerabilidad. |
| Financiamiento | Los fondos provienen del INSSJP y ANSES provee la estructura administrativa para efectuar el pago, en conjunto con la jubilación. El monto del subsidio para el mes de julio de 2021 es de alrededor de \$8.500 (y se ajusta en función de la evaluación de la persona mayor). |

Fuente: elaboración propia en base a la información provista por la Resolución 1029/2019, aquella publicada en la página web <https://pami.org.ar/guia-tramites/subsidio-auxiliar-domiciliario> y obtenida de modo presencial³⁶

En tercer lugar, de forma análoga al gobierno nacional, la Secretaría de Integración Social para las Personas Mayores de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un programa que presta servicios a través de cuidadoras domiciliarias (Programa AGD), un Programa de Capacitación para el Recurso Humano Gerontológico y un registro de cuidadoras/es. El Registro Único y Obligatorio de Asistentes Gerontológicos (RUOAG) fue creado por la ley 5.671³⁷ en el año 2016. Es de carácter público, gratuito y obligatorio para todos los asistentes gerontológicos que aprueban el curso de capacitación que dicta la Secretaría u otro curso con reconocimiento oficial, y se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Para el año 2020, el RUOAG cuenta con alrededor de 900 cuidadoras/es inscriptas/os.³⁸ A continuación se describen las principales características del **Programa AGD**.

³⁶ PAMI no informa los montos de las prestaciones en su página web. De modo que el dato fue obtenido acudiendo personalmente a la sucursal PAMI de la localidad de San Fernando (provincia de Buenos Aires).

³⁷ <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5671.html>

³⁸ <https://buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/registro-unico-y-obligatorio-de-asistentes-gerontologicos>

| PROGRAMA AGD | |
|---|--|
| Normativa | Ley N°731/2001 ³⁹ de Atención domiciliaria y hospitalaria para personas mayores (año 2001). Funciona bajo la órbita de la Secretaría de Integración Social para las Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. |
| Objetivo | <ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la realización de las actividades básicas habituales que el adulto mayor no pueda realizar por sí solo, respetando su capacidad de decisión. -Promover cambios conductuales que sostengan la autonomía y mejoren la calidad de vida de las personas mayores. -Facilitar el desarrollo de actividades sociales estimulando la comunicación con los miembros de la familia, amigos y vecinos. -Identificar, capacitar, acreditar y actualizar un equipo de técnicos gerontológicos con idoneidad y capacidad para llevar adelante las acciones de la atención al adulto mayor. |
| Población objetivo y requisitos de ingreso | <p>Personas mayores (60 años y más) residentes en la Ciudad de Buenos Aires, sin cobertura social y de escasos recursos económicos, que por diversos motivos requieren ayuda en sus domicilios o en efectores de salud transitoriamente, cuando sean previamente beneficiarios del programa.</p> <p>El programa está orientado a personas mayores autoválidas o con dependencia leve y, a diferencia de lo que establece la normativa, en la práctica se aceptan beneficiarios con cobertura de PAMI.</p> <p>El requisito de insuficientes recursos económicos actualmente no está ligado a un índice. Por regla general los ingresos totales del hogar no deben superar los \$40.000 (año 2020), pero también se evalúa cuánto gasta, si es propietario, si tiene ayuda externa de sus hijas/os u otras personas.</p> <p>Ante la solicitud del servicio, un/a trabajador/a social realiza un informe socioambiental en el domicilio, determina las necesidades de la persona mayor (utilizando las escalas de Lawton y Brody, Pfeiffer y Barthel) y asigna un/a cuidador/a.</p> |
| Prestación | <p>Subsidio en cantidad de horas de prestación provistas por un/a cuidador/a en domicilio. El beneficiario firma una carta compromiso donde acuerda que el dinero correspondiente a la prestación será cobrado directamente por el/la cuidador/a.</p> <p>Días y horarios del servicio: de lunes a viernes entre las 8hs y las 20hs. (salvo excepciones). Cada comuna es coordinada por una trabajadora social y cuenta con el apoyo de profesionales de psicología.</p> |
| Financiamiento | Secretaría de Integración Social para las Personas Mayores. |
| Alcance | Habitualmente 1200 personas mayores reciben el servicio, provisto por alrededor de 300 cuidadoras distribuidas en las 15 comunas de la Ciudad de Buenos Aires. Para agosto de 2020 estos números ascienden a 1500 personas mayores y más de 400 cuidadoras. |

Fuente: elaboración propia en base a la entrevista mantenida con personal de coordinación del Programa AGD, Ley N°731/2001 y Guía de Programas 2019 de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores.⁴⁰

³⁹ <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley731.html>

⁴⁰ https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/guia_de_las_personas_mayores_2019.pdf

Para poder insertarse en el programa, las/os cuidadoras/es deben tener entre 25 y 55 años, contar con primario completo, capacitarse mediante el curso que brinda la Secretaría de Integración Social u otro con reconocimiento oficial e inscribirse en el RUOAG. El registro les otorga una credencial de auxiliar gerontológico que debe ser renovada anualmente, mediante 20 horas de actualización. La capacitación ofrecida por la Secretaría es teórica y práctica, de duración anual, y hasta el año 2018 formaba parte del mismo programa. Actualmente funciona de modo independiente, de modo que las cuidadoras capacitadas deben realizar un curso adicional de inducción, previo a su ingreso al Programa AGD.

b) *Ámbito privado*

Las cuidadoras domiciliarias se insertan en el ámbito privado por medio de la contratación directa de las familias, o bien, a través de empresas que ofrecen servicios de cuidado. Mientras algunas empresas prestan solo el servicio de cuidadoras, otras incluyen esta prestación como parte de servicios de internación domiciliaria. Por Resolución N° 704/00⁴¹ del Ministerio de Salud de la Nación, las obras sociales tienen la obligatoriedad de incluir los servicios de internación domiciliaria entre sus prestaciones, y un mecanismo habitual para hacerlo es tercerizar estos servicios a través de empresas privadas. Las empresas habilitadas se agrupan en la Cámara de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID). Del total de solicitudes recibidas, el 10% corresponde a cuidadoras domiciliarias, y para estos cargos se solicita mayormente a mujeres (Findling y López, 2015).

Entre las cuidadoras contratadas directamente por las familias una modalidad habitual es el trabajo no registrado (coloquialmente llamado “en negro”), mientras que en las empresas es extendida su contratación como monotributistas. Los salarios de las cuidadoras suelen ser más bajos cuando se insertan en empresas, debido a que estas retienen un porcentaje del costo del servicio. Asimismo, en entrevistas realizadas por Findling y López (2015), referentes de empresas manifiestan que la capacitación no es un requisito indispensable, en cambio, privilegian la experiencia práctica, la trayectoria y las referencias de colegas.

⁴¹ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-704-2000-64241/texto>

c) *Ámbito comunitario*

En el ámbito comunitario, la inserción de las cuidadoras domiciliarias presenta límites difusos. Existe un entramado de organizaciones no gubernamentales, organizaciones territoriales de base, cooperativas, movimientos sociales, entre otras, que en algunos casos articulan con el Estado para impulsar iniciativas de cuidado. Estas iniciativas pueden combinar acciones de cuidado en domicilio y en organizaciones, o bien, prestar servicios exclusivamente en domicilio, con una modalidad similar a las empresas privadas. En este último sentido, las cooperativas de trabajo tienen una larga trayectoria en el sector de cuidados que escapa a los fines de este estudio. En el contexto de la pandemia, algunas cuidadoras trabajan en iniciativas comunitarias de cuidado, en convenio con el Estado y en alianza con organizaciones de la Iglesia. Se destaca la iniciativa de la cooperativa “Cuidar Limitada”, una experiencia inédita en la Ciudad de Buenos Aires, que incluye la capacitación de sus integrantes en paralelo a su inserción laboral.

“Cuidar Limitada” se forma en el marco de un convenio entre la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular (CTEP) y la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), a partir del desarrollo en conjunto de una diplomatura de cuidadoras/es domiciliarias/os de personas mayores. Esta diplomatura se realiza entre los años 2018 y 2019, en cuatro barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires: villa 21-24 (Barracas), villa 31 (Retiro), Bajo Flores y Villa Soldati. En la entrevista realizada en el mes de octubre de 2020, su referente destaca que la formalización a través de esta estructura legal les permite presentarse a concursos para trabajar en relación con el Estado, así como en el ámbito privado, por ejemplo en clínicas. Al momento de la entrevista, 10 cuidadoras se encuentran trabajando en el marco de la iniciativa estatal “El Barrio Cuida al Barrio” y 44 trabajan en 7 residencias de larga estadía y 4 domicilios particulares. La cooperativa está integrada por más de 150 trabajadoras/es, 78 mujeres y 4 varones egresados del convenio con la UNSAM, y más de 70 cuidadoras formadas en el marco de cursos de asistentes gerontológicos virtuales, realizados en convenio con la mutual AMAOTE.

Por último, cabe destacar en el ámbito comunitario el programa que lleva adelante la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA), el cual combina la formación de cuidadoras con acciones de intermediación laboral. AMIA realiza un curso de capacitación para cuidadoras, de reconocida trayectoria. A la vez, recibe pedidos de las familias, arma un perfil

de la cuidadora y envía 4 o 5 postulantes a las familias para que las entrevisten. (Findling y López, 2015).

En el próximo capítulo se analizan las experiencias laborales de las cuidadoras entrevistadas en el marco de este estudio. En el contexto de pandemia, insertas en los tres ámbitos descritos y con trayectorias laborales disímiles, las cuidadoras logran adaptarse rápidamente a los cambios y enfrentar las dificultades. En el camino, asumen los costos físicos y económicos de modo unilateral.

5. La experiencia laboral de cuidadoras domiciliarias en la pandemia

Un día de trabajo en la experiencia de Viviana

6:00 horas

Todos los viernes Viviana se levanta, se cambia, toma el desayuno y sale de su casa rumbo a la estación de tren. Vive en la localidad de San Martín del Conurbano bonaerense y trabaja en la comuna 12 de la Ciudad de Buenos Aires, asistiendo a 5 personas mayores en el marco del Programa AGD.

8:15 horas

En la casa de Irene comienza su día laboral. El viernes pasado, mientras esperaba que los comercios del barrio abrieran, le tiñó el pelo, la peinó, y mientras ordenaba las cosas, Irene le contó un problema que tuvo con la factura de gas. Luego hizo las compras en “el chino” que queda justo a la vuelta de la casa y desinfectó todos los productos antes de guardarlos. Firmó la planilla de registro del programa y se fue, pero antes tuvo que cambiarse, sacarse el guardapolvo, ponerse otro guardapolvo y sacarse los zapatos; rutina que repite tantas veces en el día como cantidad de hogares a los que ingresa.

10:00 horas

El segundo domicilio es el de María. María no puede caminar, y por eso Viviana tiene que hacer todo muy despacito con ella. Cuando llega la despierta, la higieniza y la ayuda a vestirse:

(...)Yo podría cambiarla, le puedo poner el zapato, le puedo hacer todo, pero no es la idea. La idea es tratar de que ella de a poco lo haga, hasta ponerse una zapatilla, por más que esté por una capacidad motriz que no le da, ni los bracitos le da. Le dije ya no vamos a usar más la chata, vamos a tratar de ir al baño. ¿Podré? Vas a poder, si ya con el kinesiólogo estás dando unos pasitos, por qué no vas a poder conmigo. Obviamente yo con la silla atrás, con el andador. Pero todo eso no te lleva 10 minutos, te lleva como 40/45 minutos hasta que ella se siente, se ponga la pasta en el cepillo de dientes. Que yo se lo puedo hacer, pero no es mi función, mi función es tratar de que ella lo haga (...).

A veces, cuando está por irse, María le dice que quiere ir al baño. Esta tarea le insume como mínimo otros 20 o 30 minutos y si ocurre cuando se está yendo, tendrá que apurarse para llegar a horario a la casa de Franca.

13:30 horas.

A Franca acaba de tramitarle una internación domiciliaria que significó un reto para ella. Debido a la pandemia tuvo que hacer todo online, con las idas y vueltas con la médica de cabecera, con la falta de un papel y más adelante de otro. Ahora está viendo la posibilidad de tramitar ante PAMI el pedido de una silla de ruedas. Viviana se ocupa de estos y los demás trámites vinculados a la salud de Franca, como pañales y medicinas. Franca tiene 96 años y hace poco sufrió un accidente cerebrovascular que le afectó la memoria, sin embargo, mantiene con Viviana el hábito de conversar que tanto le gusta.

15:30 horas.

Llega a Villa Urquiza para asistir a Juana, a quien tiene que llamar por teléfono para que le baje a abrir porque el portero eléctrico no funciona. Como Juana no sabe usar el celular y la motricidad de su mano no es suficiente, Viviana le puso una foto suya, así cuando llama sabe que es ella. En la pandemia, le pregunta si tiene que salir a comprar algo antes de cambiarse la ropa. El viernes pasado hizo mandados con la lista y el dinero que le preparó Juana, y a su regreso la ayudó a bañarse y cambiarse, le ofreció ayuda para picar algo de comida y se llevó una factura para pagar. Antes de irse puso la ropa a lavar en el lavarropas, para que Juana solo tenga que colgarla.

17:30 horas.

Viviana finaliza su día laboral. Se toma un colectivo y si agarra el tren rápido llegará a su casa en 20 minutos. Si lo pierde, tendrá que esperar 15 minutos más. Cuando llegue a su casa se desinfectará, se sacará el barbijo, dejará la máscara y el guardapolvo en el lavadero y finalmente se dará una ducha, lo más extensa posible porque la relaja. Luego mirará un poco de tele, se comunicará con su familia en Lima y preparará la cena.

Cuidar personas mayores en tiempos de pandemia

Con la irrupción de la pandemia de COVID-19 las personas mayores fueron consideradas población de riesgo y su cuidado fue declarado un trabajo esencial. Si bien las trabajadoras domésticas no estuvieron autorizadas a trabajar, las cuidadoras domiciliarias se constituyeron en una de las excepciones dispuestas por decreto⁴². De modo que pudieron trasladarse a sus trabajos tramitando previamente un certificado de circulación⁴³. La prohibición para las trabajadoras del sector estuvo acompañada de medidas de protección dispuestas por el Gobierno que alcanzaron al conjunto de las y los trabajadores. Incluyeron la suspensión de despidos dispuesta mediante el decreto 329/2020⁴⁴ y sucesivas prórrogas, y del deber de asistencia al lugar de trabajo con goce de sueldo para las personas mayores de 60 años y otros grupos de riesgo definidos por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 207/2020⁴⁵ prorrogada durante el período de ASPO). Esta resolución señalaba expresamente que la medida regía cualquiera sea la naturaleza del vínculo jurídico de que se trate, incluyendo a quienes prestaran servicios de forma continua bajo figuras no dependientes como las locaciones de servicios, aquellas otras que se desarrollaran en forma análoga dentro del sector privado y en el caso de pluriempleo o de múltiples receptores de servicios, alcanzando los distintos tipos de contratos. Entre las cuidadoras entrevistadas, las cuatro mayores de 60 años que se desempeñaban en el marco del programa público bajo la modalidad de monotributo, así como una quinta cuidadora incluida en la población de riesgo y contratada en relación de dependencia por una familia, se encontraban trabajando al momento de las entrevistas, a pesar de que regía la medida de ASPO.

La pandemia generó cambios y dificultades en el trabajo que fueron asumidos por las cuidadoras de modo unilateral. Se adaptaron rápidamente, repactaron sus arreglos de cuidado remunerado, las tareas de cuidado al interior de sus hogares y resolvieron las dificultades prácticas que se les presentaron. Frente a las dificultades sanitarias, las condiciones de precariedad en que desempeñaban su trabajo se vieron reforzadas. Asimismo, asumieron los

⁴²Quedaron exceptuadas del cumplimiento del aislamiento y de la prohibición de circular, aquellas personas que debían asistir a otras con discapacidad, a familiares que necesitaban asistencia, personas mayores, niños, niñas y adolescentes (Decreto 297/2020). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

⁴³ “Certificado Único Habilitante para Circulación – Emergencia COVID-19” (Resolución del Ministerio del Interior N° 48/2020). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227248/20200329>

⁴⁴ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335976/norma.htm>

⁴⁵ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/226854/20200317>

costos físicos y económicos de seguir trabajando durante la pandemia, estos últimos relacionados con condiciones históricas de vulneración de sus derechos laborales.

Repactar con las familias

Entre las entrevistadas, las cuidadoras que se desempeñaban “con cama adentro” antes de la pandemia, reforzaron su rol de cuidadoras principales de las personas mayores, al pactar más días de trabajo continuados. A la vez, las familias optaron por evitar o disminuir la frecuencia de visitas, y cuando ocurrieron, duraron menos tiempo de lo habitual. Estos cambios en el esquema de trabajo tuvieron la finalidad de cuidar a las personas mayores de un posible contagio del virus y, asimismo, cuidarse a ellas y a sus familias. Ocuparse más tiempo de continuo del cuidado generó una mayor exigencia sobre las cuidadoras. Sostener la atención que requiere una persona que no habla, que no sabe dónde está, que tiene alucinaciones por la noche o que, aun estando lúcida se encuentra deprimida como consecuencia del encierro y la soledad, fueron algunas de las dificultades afrontadas por las cuidadoras que se prolongaron en el tiempo. El relato de Carmela daba cuenta de esta situación. Cuidaba a María con un régimen de 2 días de trabajo por 2 días de franco, pero cuando comenzó la pandemia este arreglo se extendió a 15 días de corrido.

Porque uno cuidando un abuelo que no habla, que no sabe dónde está, no es algo normal. Vos estás expuesta tu cabeza a estar trabajando continuamente. María yo sé cuándo se levanta que no está bien del estómago, que le está bajando la presión, porque nosotros somos los que tenemos que enterarnos, que darnos cuenta de que le está pasando a ella, porque ella no te dice (Carmela, 56 años, modalidad “con cama adentro”, por empresa).

En el mismo sentido, la experiencia de la cuidadora Sandra evidenció una situación más extrema. Sandra cambió su esquema de lunes a viernes por 60 días de trabajo continuados, hasta que sufrió un primer ataque de pánico que la obligó a tomarse unos días de descanso:

Ahora las hijas están viniendo, la distancia social no es tan estricta. 2 o 3 veces a la semana, o los nietos o las nietas. Los primeros 90 días fueron soledad absoluta de dos (...) Se acorta tu tiempo personal, te dedicás más a la persona porque la ves desorientada, te ocupás más de ella. Por eso uno termina colapsado (Sandra, 53 años, modalidad “con cama adentro”, contratada directamente por la familia).

Sandra era población de riesgo debido a una enfermedad cardíaca crónica. No pudo acceder a una licencia remunerada, como estipulaba la ley, y además tuvo una sobrecarga de trabajo que complicó más aún su situación de salud. A pesar de que el arreglo con sus empleadores incluía un período de prueba que finalizaba en el mes de marzo, Sandra fue registrada recién en el mes de junio, luego de haber trabajado todos los días, durante por lo menos dos meses, recibiendo la misma paga.

En contraste, a partir del decreto del ASPO, el Programa AGD realizó una bajada institucional que consistió en que las cuidadoras ingresaran lo menos posible al domicilio, solo para tareas como la higiene, el confort y la ingesta asistida, con el fin último de evitar la propagación del virus. A la vez, algunas personas mayores beneficiarias del programa decidieron suspender el servicio o mantenerlo solo para actividades instrumentales, como compras en farmacias, mercados de proximidad y trámites. La experiencia de la cuidadora Ana, quien asistía a 7 personas mayores, daba cuenta de estos cambios en los arreglos de cuidado con las familias:

(...) dos adultos mayores que digamos entre comillas tienen familiares que los pueden asistir, pero yo le sigo haciendo todo lo demás, médicos, le gestiono trámites en el médico de recetas, voy a comprar los medicamentos y los veo a través de la rejita, porque bueno viste se están haciendo cargo algún adulto familiar, pero en sí mi rol lo sigo asistiendo (Ana, 53 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Además, entre las cuidadoras del programa, alrededor de 50 optaron por dejar de trabajar por su edad (mayores de 60 años), o por alguna patología de base. Durante el período no trabajado no cobraron su sueldo, en cambio, recibieron un bono mensual de \$5000 dispuesto por el programa. La cuidadora Sara estaba entre ellas, sin embargo, siguió cuidando a la distancia:

Yo nunca dejé de asistirlas, porque las he llamado siempre por teléfono en todos esos meses que no he ido. Les he hecho los trámites a través de la web, averiguar cuando estaban los medicamentos en la farmacia, conseguirle los teléfonos de algún lugar que pudieran entregarle alimentos en su domicilio o pedirle a algún familiar que se ocupara de asistirlos en el tiempo que yo no estaba (Sara, 64 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Al igual que la cuidadora Sandra, quien estaba contratada en relación de dependencia, Sara no pudo acceder a una licencia remunerada debido a que el programa no le reconoció su derecho.

De igual modo continuó trabajando a la distancia, hasta que luego de 6 meses decidió retomar su trabajo de modo presencial.

Adaptarse a las dificultades

Salir a trabajar en la pandemia implicó dificultades prácticas y sanitarias que fueron afrontadas por las cuidadoras de modo unilateral, adaptándose rápidamente a los cambios y asumiendo los costos físicos y económicos implicados. Modificaron rutinas e implementaron nuevas estrategias vinculadas al transporte, la prevención y las tareas. Más aún, en algunas ocasiones, las cuidadoras no identificaron como dificultades las situaciones que les tocó atravesar.

Las demoras del viaje entre el hogar y los domicilios de trabajo afectaron en mayor medida a quienes se trasladaron desde partidos del Gran Buenos Aires, debido a la menor frecuencia de colectivos y disponibilidad de asientos, y al tiempo que requerían los controles de permisos de circulación para trabajadores/as esenciales. Solo en una de las 18 experiencias estudiadas, el costo económico de movilizarse en auto fue asumido por la empresa, en un primer momento, y más adelante por la familia de la persona mayor.

La falta de elementos de protección personal provistos por las/os empleadoras/es, fue una dificultad expresada particularmente por las cuidadoras que se desempeñaban en el marco del Programa AGD. Probablemente, debido a la mayor cantidad de personas asistidas y tareas realizadas en la calle, y por la creencia de que es una responsabilidad del Estado, como empleador,⁴⁶ garantizar los elementos de protección necesarios para brindar el servicio. Marta, una cuidadora con 15 años en el programa, relataba la respuesta insuficiente que recibían frente a esta situación:

Vos ese mes fuiste primera, el mes siguiente sos la última. Entonces yo el mes pasado recibí barbijo, alcohol y guantes, 4 o 5 pares de guantes. Un alcohol en gel y 4 o 5 pares descartables. Y este mes fui de las últimas, entonces solamente recibí un paquetito chiquitito así de 4 o 5 pares de guantes, nada más (...) Como puede ser, si ellos saben la cantidad de auxiliares que somos (Marta, 50 años, modalidad por horas, Programa AGD).

⁴⁶ En términos legales las cuidadoras no son contratadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, sino que prestan servicios en calidad de monotributistas, lo que supone una precarización de su trabajo.

Las cuidadoras que se desempeñaban por fuera del programa no demandaron la provisión de estos elementos a sus empleadoras/es. Sin embargo, la dificultad que representaba para ellas tener que aprovisionarse de los mismos era igual de evidente:

No, no te dan nada. Ellos te dicen “chicas van a tener que usar barbijo”. No te dan nada, ningún insumo (...) El alcohol que por el tema de la pandemia están exagerando los precios y cuesta. El alcohol y el barbijo que ahora es de tela y hay que cambiarlo (Helena, 50 años, modalidad “con cama adentro” por empresa).

Con relación a su labor, las cuidadoras advirtieron que las tareas instrumentales realizadas habitualmente requerían mucho más tiempo durante la pandemia. Este hecho las obligó a trabajar con mayor prisa, o simplemente trabajar más horas. De modo que aumentaron las horas de trabajo y/o la intensidad del mismo, a la vez que mantuvieron la cantidad de horas facturadas. La experiencia de la cuidadora Gabriela daba cuenta de esta dificultad:

Me lleva más tiempo el trabajo por la demora entre una cosa y otra. Se alargó el día de trabajo y más afuera e incluso parada, muchas horas y eso desgasta físicamente. Queda recargado el fin de semana (Gabriela, 50 años, modalidad por horas, Programa AGD).

La mayor demanda de tiempo también se debió a nuevas tareas vinculadas a la higiene y limpieza, con motivo de evitar la transmisión del virus. De modo que en algunos casos se reforzó la simultaneidad preexistente entre cuidado de la persona mayor y tareas domésticas. Con excepción de las cuidadoras que se desempeñaban en el Programa AGD, estas tareas formaban parte de la labor habitual de las cuidadoras entrevistadas, especialmente entre aquellas que se desempeñaban “con cama adentro”. La modalidad del programa implica la firma de una carta compromiso por parte de la persona mayor, donde se detallan las tareas que realizará la cuidadora, las cuales son definidas por la trabajadora social que realiza la entrevista de admisión. Si bien las cuidadoras entrevistadas relataban que este acuerdo no estaba exento de tensiones, reconocían asimismo su utilidad en las negociaciones cotidianas con las personas mayores y sus familias. Por su parte, las cuidadoras que realizaban tareas domésticas con anterioridad a la pandemia referían, entre otros argumentos, que vivían en la misma casa, que la vivienda era chica, que la persona mayor vivía sola, o bien, que les sobraba el tiempo porque esta última no requería atención en todo momento. A su vez, el hecho que las trabajadoras que realizaban solo tareas domésticas no estuvieran autorizadas a trabajar durante el ASPO, generó una sobrecarga de trabajo en algunas de las experiencias analizadas.

Las cuidadoras Paula y Norma comenzaron a trabajar en la pandemia. Mientras la primera asumió las tareas domésticas como una elección, la segunda consideraba que no le correspondía realizarlas, pero a la vez no tenía opción:

Se encarga Gisela o viene una persona. Y yo mantengo, porque tampoco me voy a quedar de brazos cruzados, paso un trapito de piso o algún plumero, pero lo hago porque quiero, para matar el tiempo, porque en realidad mucho trabajo ella no me da. (Paula, 61 años, modalidad “con cama adentro”, contratada por la familia).

Lo hago yo porque estoy ahí entre semana y si no lo hago yo no lo hace nadie (...) Mi trabajo no es irme y hacer la limpieza ni nada, pero lo tengo que hacer, viste, porque estamos ahí. Como le explico, no voy yo sola, somos varias. Va la hija, el padrino de la hija, a veces va el esposo. Entonces tengo que hacer si o si limpiar, no profundo, pero por lo menos mantenerlo por la seguridad nuestra (...) Y al mediodía, si hay comida hecha se lo caliento y si no hay le cocino. No siempre porque no es mi trabajo, no es de cuidadora hacer eso, es que me nace hacerlo, sino quién le va a cocinar (Norma, 40 años, modalidad por horas, cooperativa Cuidar Limitada).

A las dificultades prácticas se añadieron otras de tipo sanitario que afectaron particularmente a la cuidadora Teresa, quien relataba que había perdido su trabajo en la pandemia por el hecho de vivir en la villa 31 del barrio de Retiro:

Primero estuve yendo a una casa hogar, tipo un geriátrico. Ese fue el primer trabajo de la cooperadora que me consiguieron. Allí estuve yendo 2 meses. Cuando empezó la pandemia como era de Retiro, vivía en la villa 31, era zona roja. Entonces para ese tiempo mi hijo tuvo fiebre entonces tuve que ir al médico y por motivos de fiebre tuve que hacerme si o si el hisopado. Por eso estuve un día esperando los resultados fuera de casa. Al día siguiente me dieron los resultados y me dijeron que no tenía nada, me dieron los papeles y salí. Bueno, entonces yo hablé con mi encargada, le conté. Le dije mirá no tengo nada acá te muestro los papeles y todo, a ver si me vuelven a aceptar. Que queda en Saavedra, Hogar Balestra se llama. Ella habló con la directora y le dijo que no, que por ahora están reduciendo personal y que no me precisaban. De ahí ya no me quiso tomar (Teresa, 36 años, modalidad por horas, cooperativa Cuidar Limitada).

La experiencia de esta cuidadora, al igual que la de Helena, evidenciaron las consecuencias de trabajar en condiciones de precariedad. La cuidadora Helena se contagió trabajando y luego transmitió el virus al resto de su familia. Sin embargo, en lugar de acceder a una licencia por

enfermedad o accidente de trabajo, obtuvo una concesión discrecional. La empresa para la cual trabajaba le pagó el 50 por ciento del sueldo correspondiente a los días no trabajados por haber contraído el virus. Por su parte, el Programa AGD otorgó el bono fijo mensual de \$5.000 antes mencionado, a modo de “beneficio” y por un plazo máximo de 6 meses, a las cuidadoras que dejaron de trabajar debido a su edad o condición de riesgo. En este punto, cabe destacar que la discrecionalidad en el otorgamiento de licencias remuneradas excede al contexto de la pandemia. Otro ejemplo de esta precarización está dado por el modo en que se otorgan licencias médicas en el marco del programa, las cuales son definidas caso a caso:

(...) Si tenemos algunos arreglos, por ejemplo, les damos hasta 75 horas 2 meses ponele, a veces 3, depende el caso si tienen alguna operación o alguna cosa que lleve mucho tiempo sin trabajar, por ejemplo, una operación se les paga hasta 75 horas por mes por esa dolencia, operación, lo que sea, bueno llegamos a ese arreglo. Son monotributistas entonces si no trabajan no se les paga, pero bueno entonces mínimamente esto (Personal de coordinación del Programa AGD).

En el marco de empresas privadas y el Programa AGD, las cuidadoras son contratadas como monotributistas. En este último ámbito, emiten una factura a nombre del beneficiario/a (la persona mayor), quien firma una carta compromiso donde queda establecido que recibe un subsidio en cantidad de horas de prestación y que el dinero correspondiente es pagado a la cuidadora. El Gobierno de la Ciudad emite un cheque mensual que las cuidadoras deben retirar en forma presencial y cobrar en el Banco de la Ciudad de Buenos Aires, y a pesar de las restricciones impuestas por el ASPO este mecanismo no fue modificado.

Durante la pandemia, los magros ingresos de las cuidadoras entrevistadas se vieron disminuidos como consecuencia de que no se respetaron sus derechos laborales, y debido a gastos extras para adquirir elementos de higiene y protección personal, y trasladarse hacia sus trabajos. Como en el caso de la cuidadora Elvira, los ingresos de algunas cuidadoras también disminuyeron cuando las personas mayores decidieron suspender el servicio de cuidado. Al respecto, Elvira señalaba: “si te dicen que no vayas, no vas, económicamente te perjudica, pero bueno, es lo que hay. Nosotras no cobramos lo que no trabajamos” (61 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Al momento de las entrevistas (entre agosto y noviembre de 2020), los sueldos de las cuidadoras “con cama adentro” rondaban entre \$40.000 mensuales “en negro” y \$28.000 en el

caso que existía una relación de dependencia. Entre las cuidadoras que se desempeñaban bajo la modalidad por horas, el monto más alto era aquel que cobraban las cuidadoras contratadas directamente por las familias “en negro” (entre \$220 y \$300 la hora). El valor fijado por la cooperativa era de \$165 la hora, el establecido por el programa \$154 más adicionales⁴⁷, y por una de las empresas privadas \$95 de lunes a viernes y \$104 los fines de semana. De este modo, el valor hora de la cuidadora que trabajaba para esta empresa estaba por debajo de lo establecido por la Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares para el mismo período (\$155 para la modalidad “con retiro” y \$174,50 para la modalidad “sin retiro” o con “cama adentro”).

Redistribuir el trabajo en el hogar

Como advierte Pautassi (2013), la trayectoria laboral de las mujeres, caracterizada por puestos de baja calidad, con horas de trabajo insuficiente, sin acceso a la seguridad social y salarios menores, está permeada todo el tiempo por sus responsabilidades de cuidado. Las experiencias de las cuidadoras entrevistadas mostraron que los arreglos para cuidar en sus hogares también se vieron modificados durante la pandemia. Se debió principalmente a los cambios en el trabajo remunerado de otros miembros del hogar, en conjunto con la restricción de las opciones para desfamiliarizar el cuidado, especialmente el cierre de escuelas.

En coincidencia con una tendencia general en aumento, el modelo de “doble ingreso” era el más frecuente entre los hogares de las cuidadoras entrevistadas. Nueve de ellas conformaban hogares biparentales donde ambos adultos realizaban trabajo remunerado, sin embargo, con la llegada del ASPO, dos convivientes perdieron el empleo y cuatro de ellos vieron disminuidos sus ingresos. Estos últimos trabajaban en condiciones de informalidad, en el sector de la construcción, la gastronomía y otros oficios. Cabe mencionar, además, que sólo uno de los convivientes pudo adaptar su modalidad al teletrabajo. Como señala Arza (2020), los trabajos más calificados (profesionales y directivos) son los que pueden adaptarse al teletrabajo más fácilmente, y esta fue la única opción en ocupaciones no esenciales durante la cuarentena estricta. Con relación a la normativa laboral vigente al momento de las entrevistas, la misma establecía que incluso los empleos que no pudieran adaptarse al teletrabajo debían continuar recibiendo sus salarios, en el marco de la prohibición de despidos y suspensiones. Sin

⁴⁷ Se adiciona un porcentaje al monto de la hora base, según una tabla de módulos que contempla las siguientes categorías: 20% cuando la persona mayor está postrada; 15% cuando posee una patología neurológica o psiquiátrica, 10% cuando la persona es obesa y 5% cuando está en sillas de ruedas, es ciega u oxígeno dependiente.

embargo, en el mercado informal de trabajo estas disposiciones no necesariamente se cumplieron. En este sentido, es de esperar que las dificultades de fiscalización habituales se hayan agravado en el contexto de la pandemia.

Frente a estos cambios y dificultades las cuidadoras entrevistadas señalaron, en primer lugar, una mayor presencia de sus parejas e hijas/os en el hogar y, como consecuencia, la posibilidad de delegar algunas tareas domésticas, como relataba la cuidadora Verónica:

Antes tenía más trabajo, era como yo, yo, yo. Hoy en día en pandemia es más compartido. Es como que todos aprendieron de que yo tengo que ir a trabajar y que ellos se quedan acá y pueden entrar en un zoom y después pueden hacer andar el lavarropas o lavar su ropa (...) Yo creo que todos aprendieron a usar el lavarropas en pandemia (...) Lo mismo con la cocina, yo tengo que ir a trabajar, tengo dos trabajos y la verdad que estoy muy cansada (...). Y me manda un mensaje ¿qué compro, que hago, qué hacemos? Bueno listo cuando vengo ya tiene preparado algo o ya compró y está preparando algo." (Verónica, 33 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

El relato de Verónica daba cuenta, por una parte, de una desigual distribución de tareas con anterioridad a la pandemia. Con dos trabajos e hijos en edad escolar, Verónica era un ejemplo más de la doble o triple jornada laboral que realizan habitualmente las mujeres, combinando inserciones laborales precarias con muchas horas de trabajo en el hogar. Por otra parte, su discurso evidenciaba que delegar la realización no implicaba delegar la gestión de la tarea: "Y me manda un mensaje ¿qué compro, que hago, qué hacemos?".

La experiencia laboral de las cuidadoras entrevistadas también evidenciaba el papel de las mujeres como variable de ajuste del trabajo de cuidado en el hogar. Sobre la base de la tradicional división sexual del trabajo, son principalmente las mujeres quienes adaptan su jornada laboral para cuidar a las y los hijos, en detrimento de su desarrollo laboral y profesional. La experiencia de la cuidadora Norma ilustra esta realidad compartida por muchas mujeres. Norma había optado por no trabajar en geriátricos y hospitales privados, una vez finalizada su formación como cuidadora, porque debía ocuparse del cuidado de su hija. Con anterioridad a la pandemia, Norma señalaba que tenía una rutina que le permitía "conciliar" ambos trabajos:

Dejaba a la nena en la escuela y me iba a trabajar ahí. Como estaba cerca de mi casa y estaba con mi nene me venía bárbaro ese trabajo. Y los fines de semana, como te decía, los fines de

semana yo agarré con Blanca. Me venía bárbaro porque los fines de semana se queda con el padre, Alejandra, mi hija. Entonces yo me iba a trabajar en lo de Marta (Norma, 40 años, modalidad “con cama adentro”, contratada directamente por la familia).

En la pandemia, Norma modificó su esquema de trabajo (pasó de trabajar los fines de semana a dos días en la semana), debido a que Blanca falleció. Para no dejarla sin trabajo, la hija (Marta) le propuso acompañarla a ella, quien también era una persona mayor pero completamente autoválida. La cuidadora vivía con su marido que era plomero y trabajaba por cuenta propia, sin embargo, mientras ella trabajaba los martes a la noche su hija se quedaba a dormir en lo de la madrina. Este último arreglo de cuidado ilustra aquello que señala Perez Orozco (2006), en relación a la redistribución del trabajo de cuidado dentro del colectivo femenino, sin que los varones aumenten su participación.

En segundo lugar, las cuidadoras entrevistadas asumieron mayoritariamente el acompañamiento de las tareas escolares de sus hijas/os y su vínculo con la escuela de modo virtual, en línea con los resultados de una encuesta realizada por UNICEF (2020). Esta encuesta destacó que en el 86% de los hogares con niñas/os y adolescentes que tenían tareas escolares, fueron las madres quienes se ocuparon de ayudarlos con las mismas. La experiencia de Olga y su hijo de 8 años daba cuenta de esta nueva tarea, y advertía acerca de los problemas vinculados a la tecnología y las dificultades de estos cambios para las y los niños.

Aprender a manejar el zoom, otras profesoras por el meet, fue todo un caos, después nos acomodamos. Hasta las vacaciones veníamos de diez, un poco después cambió, él está con el tema que no se quiere mostrar a las cámaras, que le da vergüenza, que quiere estar en la clase, pero con la cámara apagada (Olga, 38 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

Esta experiencia fue aún más compleja en la experiencia de la cuidadora Belén, ya que debido a su bajo nivel educativo fue más difícil el acompañamiento de las tareas escolares de su hija: “todo fue por whatsapp, porque mandaban video, tarea por whatsapp, cuadernillo, libros, y era todo un tema porque yo también estoy haciendo la primaria, yo nunca hice la primaria, aprendí a escribir, a leer, todas esas cosas sola”. (Belén, 36 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

De este modo, en la experiencia de las cuidadoras entrevistadas que tuvieron la posibilidad de delegar parte del trabajo no remunerado en sus convivientes masculinos que se encontraban en el hogar debido a las regulaciones de aislamiento social obligatorio (cuarentena), se combinó con la emergencia de una nueva tarea y sus dificultades asociadas (el acompañamiento de las tareas escolares de las y los hijos con modalidad virtual).

La experiencia del único cuidador varón entrevistado merece un comentario adicional. Con anterioridad a la pandemia, a diferencia de las cuidadoras, Ariel resolvía las tareas domésticas a través de la contratación de este servicio en el mercado. De modo que su trabajo no remunerado aumentó debido a las restricciones y medidas sanitarias:

El trabajo ahora es doble, en mi casa y a su vez con el tema de mi mamá que vive en provincia (...) Pero me arreglo bien en las tareas de la casa, cocino, lavo, limpio. A veces estoy todo el fin de semana haciendo cosas (Ariel, 58 años, modalidad por horas. Programa AGD).

El cuidador Ariel tuvo que asumir de modo excepcional la triple jornada laboral (habitual entre las mujeres), frente a las restricciones del trabajo doméstico y el hecho de ser el responsable del cuidado de su madre. Tenía un solo hermano varón, incluido en la población de riesgo, de modo que su experiencia no permitió analizar cómo se hubiera redistribuido este trabajo si tuviese una hermana mujer. En este punto, en base a la tradicional división sexual del trabajo, cuando hay hijas mujeres, éstas se constituyen en las principales responsables del cuidado de los padres.

Autonomía de las personas mayores en tiempos de pandemia

Desde el inicio de la pandemia, el Ministerio de Salud de la Nación estableció recomendaciones especiales para mayores de 60 años, embarazadas y personas con patologías crónicas, en pos de reforzar las medidas de higiene y distanciamiento, así como la permanencia en el hogar. Por otra parte, el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires exigió a las personas mayores de 70 años una comunicación telefónica previa y obligatoria antes de salir de sus domicilios, medida que generó un importante rechazo desde distintos sectores de la sociedad, incluso antes de ser anunciado⁴⁸. Morgante y Valero (2020) señalan que la toma de

⁴⁸ El comunicado establecía en su Artículo N°2: "A los efectos de garantizar el conocimiento de todas las alternativas puestas a disposición por parte de la Ciudad, para evitar que las personas de setenta (70) o más años salgan innecesariamente de su domicilio o lugar en el que se encuentren cumpliendo el "aislamiento social,

decisiones políticas partió de cierta idea respecto del colectivo de las personas mayores, que incluyó la suposición acerca del acceso de este grupo poblacional a una cuidadora (cuidadora remunerada, familia, vecino o voluntario), o bien, la disponibilidad de medios y condiciones para solicitarla. De este modo, no se tomaron en cuenta las heterogeneidades presentes en las condiciones de vida de las personas mayores, especialmente en los estratos socioeconómicos más bajos; donde el déficit en el acceso a redes de apoyo y recursos tecnológicos se combina con la ausencia de servicios públicos de cuidado. Tamara, una cuidadora de la cooperativa que trabajó durante la pandemia prestando asistencia a personas mayores que vivían en la villa 21-24, relataba la situación crítica que atravesaban:

El martes justamente tuvimos un sepelio porque falleció la abuela de una de las enfermeras, no le pudimos acompañar al cementerio. Después fuimos a visitar a este señor que te comenté que está en la silla de ruedas. Después terminamos ahí con el señor, fuimos a otra casa, de otra manzana digamos, que tiene cáncer la señora y está en cama también. Le llevamos la mercadería, también le llevamos leche, remedios y cosas así. Muchas cosas no se puede hacer todavía porque no está abierto nada, nada todavía, pero hay mucho para hacer ahí en Barracas (...) ahora se ve mucha necesidad para los adultos mayores, que están muy solos y eso es lo que más triste me da, porque necesitan bastante ayuda de los familiares y los familiares viste se alejan más todavía ahora con la pandemia, porque ponen que no se puede visitar y no van a ver a los abuelos, los dejan solos. (Tamara, 50 años, modalidad por horas, cooperativa Cuidar Limitada).

Además, en todos los estratos socioeconómicos y fundamentalmente en los más bajos, el acceso de las personas mayores a recursos tecnológicos es limitado. Un 44,5% de las personas mayores no utiliza teléfono celular por sí solo. De aquellos que no lo usan, cuatro de cada diez no tienen celular y otros cinco no tienen interés o les resulta complicado. A su vez, el uso del teléfono celular decrece con la edad (Edwin, 2014 citado por Morgante y Valero, 2020). En relación a este aspecto, las experiencias de las cuidadoras entrevistadas mostraron la relevancia de sus gestiones por medios digitales, particularmente aquellas relacionadas con la salud. A su vez, tal como señalaba Verónica, este hecho no había sido considerado lo suficiente en la toma de decisiones públicas:

preventivo y obligatorio" dispuesto por el Decreto de Necesidad y Urgencia N°297/PEN/20, establecese la necesidad de comunicarse previamente con el servicio de atención ciudadana al número 147”.

Si fuera Graciela sola imagínate que no podría hacer una receta virtual. No podría ir a la farmacia y decir necesito este remedio porque primero tiene que estar autorizado por PAMI. Hay huecos en el medio que tenés que atenderlos, tenés que facilitar el tema. Graciela tiene un celular del año 90, entonces cómo le hacés entender que tiene que mostrar en la farmacia la receta virtual. Primero no tiene el celular y segundo no sabe hacer el trámite (Verónica, 33 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

Estas dificultades en relación a la falta de acceso y desconocimiento sobre el uso de dispositivos como el celular actuaron en detrimento de la autonomía fáctica de las personas mayores (Etxeberría Mauleon, 2014). Es decir, afectaron su capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana. A su vez, las cuidadoras señalaron situaciones donde las decisiones sobre los arreglos de cuidado no respetaron la voluntad de las personas mayores:

Las personas mayores quieren, son dos varones y una mujer las que tengo, los dos varones quieren que regrese. Pero no se puede, por ahora no, ya me dijo el otro día una de las hijas: “Vivi nosotras vamos a querer que vos vengas, pero hasta que no venga la vacuna y no se termine esta cuarentena no se va a poder. Y con la hija de la otra persona: “Ay Viviana mi papá te está llamando, yo sé que quiere que vuelvas, me dice, pero espero que me entiendas, no es con vos me dice, yo te re quiero, no sabés cómo se alegra mi papá con vos, el tema es que me da un poco de miedo, pero cuando esto termine retomamos, si o si” (Viviana, 51 años, modalidad por horas, Programa AGD).

El discurso de la cuidadora pareciera indicar que incluso en situaciones donde las personas mayores conservaban autonomía para tomar decisiones donde media una argumentación moral, las hijas optaron por no respetarlas. Por último, cabe mencionar que la afectación de la autonomía no se limitó a las personas mayores cuidadas, a su vez, alcanzó a las cuidadoras entrevistadas. Este fue el caso de Analía, una cuidadora del Programa AGD, cuyo relato daba cuenta de una decisión que consideraba impuesta por su hija:

Mi intención siempre fue trabajar, pero bueno, tuve una bajada de línea de mi única hija que me dijo no mamá vos te quedás ahí si no hace falta que trabajes, te quedás en casa. Me prohibió salir, ella a mí. Cómo es mi única hija y no quería preocuparla, no quise digamos contradecir en un primer momento lo que ella me decía y preferí, tuve 30 días yo también (Analía, 62 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Síntesis de resultados

Las cuidadoras entrevistadas continuaron trabajando durante la pandemia, comenzaron nuevas relaciones laborales y finalizaron otras. Algunas de ellas siguieron trabajando a pesar de ser personas mayores, población de riesgo y más allá de las interrupciones debido al aislamiento preventivo o contagio del virus. La decisión de salir a trabajar en la pandemia se debió a una necesidad económica, pero además se relacionó con el hecho de ser las principales responsables del cuidado de las personas mayores. En los períodos que no asistieron a los domicilios continuaron trabajando a distancia, realizando contención telefónica, asistiendo en cuestiones de salud y efectuando otras gestiones a través de internet.

Las cuidadoras repactaron arreglos de cuidado con las familias. El mayor contraste se observó entre aquellas que trabajaban “con cama adentro”, quienes extendieron el tiempo de permanencia en el domicilio; mientras que las cuidadoras del Programa AGD redujeron las horas de permanencia en el hogar cuando esto fue posible. Frente a los cambios y dificultades que trajo la pandemia, las cuidadoras se adaptaron rápidamente. Aumentaron el tiempo de viaje para llegar a su trabajo, la carga de trabajo vinculada a tareas de limpieza y desinfección, y el tiempo insumido por las actividades en la vía pública. A su vez, asumieron mayoritariamente los costos económicos de los elementos de protección personal y de trasladarse de un modo más seguro para prevenir contagios. Sus ingresos disminuyeron en los períodos en que dejaron de trabajar, debido a que sus derechos laborales no fueron respetados. El programa público les otorgó un bono mensual de \$5000 y la empresa privada definió pagar el 50 por ciento del sueldo correspondiente. El sueldo más bajo fue pagado por una empresa, y el valor de la hora de trabajo estuvo por debajo de lo establecido en la normativa.

Las cuidadoras también siguieron trabajando en sus propios hogares durante la pandemia. En algunos casos, la presencia de otros miembros del hogar como resultado de las medidas de aislamiento permitió compartir la realización de ciertas tareas, aunque el rol principal (a veces exclusivo) de las mujeres cuidadoras en la gestión de las mismas, parece haberse mantenido. A la vez, emergió una nueva tarea que recayó principalmente sobre las mujeres: el acompañamiento de las tareas escolares y el vínculo con la escuela de sus hijos/as, con modalidad virtual. Por otra parte, el uso de dispositivos como el celular y de medios digitales para realizar gestiones relacionadas con la salud y efectuar pagos compensó, al menos en

parte, el déficit de respuestas públicas para asistir a las personas mayores. Las medidas y restricciones sanitarias no contemplaron las heterogeneidades en las condiciones de vida de estas últimas. Además, las experiencias de las cuidadoras mostraron que las decisiones sobre el cuidado de las personas mayores no siempre incluyeron su propia voluntad.

Cada una de las experiencias de las cuidadoras entrevistadas estuvo atravesada por los sentidos que permearon sus discursos y significados atribuidos a su trabajo, que se describen y analizan en el próximo capítulo.

6. Significados y sentidos de las cuidadoras sobre su trabajo

Reconocimiento del trabajo en tiempos de pandemia

Los discursos de las cuidadoras leídos desde y en la pandemia evidenciaron significados y sentidos asociados a un trabajo de larga data, el trabajo de cuidado que atravesó sus trayectorias vitales. Siguiendo la conceptualización de “circuitos de cuidado” desarrollada por Guimarães (2019), la misma actividad de cuidar fue significada como trabajo, como obligación y en ocasiones como una ayuda. Estuvo asociada a atributos de género y relaciones cruzadas de afecto y servicio. Durante la pandemia, además, los discursos de las cuidadoras evidenciaron que se reforzaron las tareas de cuidado “invisibles” y la escasa valoración de su trabajo. La actual distribución social del cuidado también se reflejó en sus discursos, en línea con un enfoque de política que refuerza la responsabilidad personal sobre el cuidado. Contrastó con la ética del cuidado que plantea la responsabilidad relacional, en tanto somos sujetos inscritos en redes de cuidado que involucran a individuos, instituciones y Estados (Borgeaud-Garciandía, 2020b).

El cuidado como trabajo, obligación y ayuda

Guimarães (2019) describe un circuito de cuidado, denominado circuito de “obligación”, que se asienta sobre un conjunto de obligaciones sociales asociadas a jerarquías y relaciones de género y generacionales. En este circuito, la tarea de cuidado no es significada como un trabajo, en cambio, se trata de una obligación fundada en el afecto, propia del cuidado familiar que evidenciaba la cuidadora Ana en su discurso:

Antes yo estuve con una señora mucho tiempo desde las 9 de la mañana hasta las 16 horas, así que era como que convivía, vivía a dos cuadras de casa, era una señora que conocía. Yo mucho tiempo de chica también hasta los 14 años vivíamos con mis abuelos. Yo perdí a mi papá, tenía 15 años y mamá tenía 42 años y mi papá falleció a los 47 años, joven, y tenía un hermano de 8 años. Así que imagínate, a mí me cambió todo. Por ese motivo yo empezaba primer año, lo repetí, tuve que salir a trabajar. Mi mamá trabajaba de soltera pero después se casó. El mandato que antes la gente tenía. Yo vivía con mis abuelos y ya después de grandes cuidarlos a ellos. Así que fue como un rulo, una cosa llevó a la otra, pero siempre me relacioné

con personas mayores, es como que me gusta (Ana, 53 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Ante el fallecimiento de su papá, Ana, con 15 años, tuvo que “salir a trabajar.” En calidad de nieta, en cambio, cuidaba a sus abuelos. Según relataba Ana, su mamá dejó de trabajar cuando se casó, aunque en base a la tradicional división sexual del trabajo (“el mandato”), la mamá de Ana continuó trabajando en su hogar. Del discurso de la cuidadora Marta también se desprende una experiencia donde el cuidado no era significado como trabajo. En cambio, cuidar a sus hermanos y más tarde a otros miembros de su familia había orientado su trayectoria laboral:

(...) Al ser la mayor de 5 hermanos es como que siempre estuve vinculada al cuidado del otro, de una u otra manera. Mi mamá trabajaba desde que mi hermano más chico tenía dos años, así que de ahí imagínate, inconscientemente siempre me dediqué al cuidado del otro. Primero en la familia y en los últimos años a aquellas personas que no son familiares míos. Pasó un poco por ahí, un poco porque estaba mucho tiempo con mi suegra, con mi suegro, con mi abuela y con personas mayores y no lo pasaba mal (...) Después de muchos años uno se pregunta cómo llegué a esto, porque en el camino hice un montón de otras cosas y tuve la posibilidad de haberme dedicado a otra cosa, sin embargo estoy acá. Estoy acá por una elección también, porque es donde me siento más cómoda. (Marta, 50 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Marta trabajaba de cuidadora “por una elección también”, dando cuenta de la salida del circuito de cuidado entendido como una “obligación” y el ingreso a otro donde el cuidado es entendido como “profesión”. En este último circuito, la actividad de cuidar se asienta sobre una relación social mercantil, se retribuye económicamente y es significada como un trabajo (Guimarães, 2019). En el discurso del cuidador Ariel aparecía este nuevo significado, que contrastaba con el modo en que la familia empleadora describía su trabajo:

Cuando te empiezan de pronto a decir “¿vos cuidas abuelitos? porque yo tenía una empleada que me limpiaba la casa, me lavaba los platos y miraba a mi papá”. No, si vos estás buscando eso no, acá hay una asistencia integral personal donde yo me voy a hacer cargo tantas horas por día, y donde yo necesito saber cuál es la patología de tu papá, tu mamá o el adulto mayor, pero esto no es para el abuelito (Ariel, 58 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Ariel hablaba de asistencia integral, de una cantidad de horas acordadas y de conocer la patología de la persona mayor para poder cuidarla. En su discurso pareciera ser que valoraba su labor por medio de la comparación con la visión disminuida que tenía la familia empleadora. Esta última englobaba el cuidado directo e indirecto en un mismo trabajo, el cual había sido realizado por una mujer: “una empleada que me limpiaba la casa, me lavaba los platos y miraba a mi papá.” Es interesante destacar que esta distinción fue hecha por el único cuidador varón entrevistado, que a su vez fue el único que mencionó la contratación de una trabajadora para las tareas domésticas de su propio hogar. A diferencia de las cuidadoras Ana y Marta, la trayectoria de Ariel no estuvo atravesada por trabajo de cuidado familiar. Con anterioridad se había desempeñado como empleado administrativo en una obra social, y lejos de las tareas domésticas, enmarcaba su elección laboral dentro del sector salud: “siempre me fui encaminando para ese rubro de la salud, me gusta”.

La cuidadora Tamara también se desempeñaba en el marco de una relación mercantil, formando parte de una cooperativa de cuidados. Según el discurso de su referente, la cooperativa fue una iniciativa surgida de un grupo de mujeres para poner en valor un trabajo no reconocido: “el único trabajo que se valora es donde hay una producción, donde se producen cosas y el cuidado no es tomado como trabajo. Nosotras decidimos organizarnos para ver cómo hacíamos para poner en valor nuestro trabajo.” Sin embargo, debido a que la articulación entre el Estado y la cooperativa realizada durante la pandemia para prestar cuidados a personas mayores de algunos barrios populares aún no se había formalizado, la cuidadora no cobraba su sueldo, por tanto, significaba su trabajo como una “ayuda”:

Y eso no sabemos todavía. Primeramente era eso que salimos justamente de la cooperativa, pero ahora estamos por cumplir el mes y después se va a saber cómo va a ser, porque como no se firmó el convenio quedamos ahí en *stand by*. No sabemos si va a ser así como se dijo primeramente o no, porque no se cumplió en realidad, no se cumplió desde el primer momento porque no se firmó el convenio. Pero estamos yendo nosotras igual, porque el Padre Pío necesitaba, entonces estamos yendo a ayudar, digamos. Pero estamos de la cooperativa, pero vamos a ver ahora que cumplimos este mes, porque no sabemos todavía. Por eso no te puedo decir que vamos a cobrar o no. (Tamara, 50 años, modalidad por horas, cooperativa Cuidar Limitada).

El sueldo de Tamara quedó en “*stand by*”, por eso en su discurso lo que hacía era “ayudar, digamos”. Este modo de significar su trabajo se relaciona con el tercer circuito de cuidado descrito por Guimarães (2019), el circuito de “ayuda”; que se asienta sobre relaciones sociales de reciprocidad con la familia extendida y la comunidad. Este circuito predomina en los sectores socioeconómicos más bajos, ante la escasez de servicios públicos y el alto costo de los servicios de cuidado mercantiles. Tamara no vivía en el barrio donde trabajaba, de modo que no tenía una relación previa con las personas y la comunidad donde se desempeñaba. Sin embargo, ella vivía en otro barrio popular donde existía el mismo tipo de redes.

Relaciones sociales afectivas y de servicio

El trabajo mercantil que desempeñan las cuidadoras se asienta en una relación social de servicio que implica, a su vez, una relación de preocupación por el otro y el desarrollo de lazos de proximidad. El cuidado familiar, en cambio, se asienta sobre relaciones afectivas, emotivas y sentimentales (Aguirre, Batthyány, Genta y Perrotta, 2014). En los discursos de las cuidadoras entrevistadas, estas relaciones se entrelazaban y daban lugar a distintos modos de concebir el vínculo de cuidado. La cuidadora Norma valoraba la proximidad, a tal punto que hacía referencia a un vínculo de familia:

Bien, como una hermana. O sea que ella me quiere mucho y yo también. Lo que si tenía, que me volvía loca, lo que nos peleábamos mucho por el tema del cigarrillo, porque ella fumaba mucho. Fumaba mucho, como 4 o 5 cajas por día y me volvía loca con la madre ahí encerrada. Y discutíamos por eso. (Norma, 40 años, modalidad “con cama adentro”, contratada directamente por la familia).

En contraste con Norma, la cuidadora Sara incluía en su discurso la noción de “distancia óptima”, definida en el campo de la psicología como un proceso que implica sentir y razonar con el otro, desarrollando a la vez capacidad para separarse y tomar una perspectiva que permite pensar en lo que está ocurriendo en la interacción. Es decir, no sentirse invadido por la angustia de la otra persona, ni tan lejos que el sujeto de la interacción resulte indiferente. El sentido de mantener la distancia óptima es la de poder operar (Scolni, 2018).

Bueno, el vínculo que yo tengo con ellas si es a través del trabajo que hacemos no se ha modificado, en cuanto a nuestra relación digamos así de vernos tampoco porque siempre yo

mantengo una distancia óptima para no involucrarme y cuidarme, porque obvio uno tiene que saber que se va de ahí y el problema queda allí, no se lo tiene que llevar para no terminar quemado. Por eso yo hago actividades y me cuido en ese sentido porque sé que es un trabajo, porque si bien mientras estoy ahí atiando a todas sus necesidades posibles, doy contención, apoyo, tengo empatía con todas pero bueno, los problemas son de cada uno y uno no se los puede llevar (Sara, 64 años, modalidad por horas, Programa AGD).

“A pesar de las exhortaciones a “mantener distancia”, el cuidado del otro implica un compromiso de sí, de apertura al otro, sin lo cual el trabajo resultaría insuperable. No se trata de ningún sentimiento positivo innato, sino del resultado del trabajo de cuidado en sí y del trabajo sobre sí mismo que implica la confrontación con la vulnerabilidad humana” (Borgeuad-Garciandía, 2020b, p. 52). Cuidar a una persona en el último tramo de su vida implica ser consciente de una de las principales causales de la finalización del vínculo: el fallecimiento de la persona mayor. La capacitación realizada por la cuidadora Olga incluía entre sus contenidos el abordaje de una situación de duelo, sin embargo, cuando a Olga le tocó atravesar una situación de este tipo, se manifestó el nivel de involucramiento y la carga de afectividad contenida en el vínculo:

Y yo me preguntaba de que si como cuidadora, porque en el curso nos dijeron como que tenemos que aprender a que no nos afecte eso, y yo me hacía la pregunta mientras estaba triste por la muerte de María ¿cómo hacer que no me afecte?, ¿cómo puedo hacer para que no me afecte?, entonces yo le planteé ayer la pregunta a la psicóloga, le digo ¿hay alguna manera de que no me afecte cuando la persona muere, la persona que estoy cuidando? Porque yo le dije “se me murió” y me dice es común que los cuidadores como se me murió el paciente, como que uno lo asocia que es nuestro paciente, nuestro duelo. Yo tengo claro que no soy la hija, pero no puedo no salir afectada. El trabajo que yo hago lo hago con mucha paciencia, con mucho cariño, con mucha dedicación. Si no me afecta sería que no lo estoy haciendo con voluntad, con cariño (Olga, 38 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

El discurso de Olga también daba cuenta del trabajo emocional conceptualizado por Hochschild (2003 citado por Borgeaud-Garciandía, 2016), que implica tratar de mantener cierto equilibrio entre su identidad como cuidadora: “yo tengo claro que no soy la hija”, las expectativas sociales relacionadas con su quehacer y su ser, y una imagen de ella misma que

no rompa con estas expectativas: “si no me afecta sería que no lo estoy haciendo con voluntad, con cariño.”

Tareas de cuidado invisibles

A la dimensión relacional y emocional del cuidado, Aguirre (2013) añade dos dimensiones (cognitiva y material) vinculadas a las competencias, capacidades y situaciones complejas que las cuidadoras atraviesan en su trabajo diario. La dimensión material refiere a la realización de la tarea, el tiempo que se le dedica y el costo económico que conlleva. Sin embargo, en ocasiones, la tarea realizada por la cuidadora no genera un producto tangible. Este es el tipo de tarea descrito por la cuidadora Marta y señalado por Borgeaud-Garciandía (2012) como una dimensión de invisibilidad de las cuidadoras domiciliarias.

Todas las veces que está triste me vuelve a contar lo mismo como si fuera la primera vez que me lo cuenta. Sabés las veces que lo escuché, pero bueno, estoy para eso, no me molesta, me molesta que me “boludeen” con las otras cosas. Escuchar, estar con la otra persona, eso no me molesta, escuchar otra vez. Porque aparte ellos te lo cuentan no como cuando hacen el Alzheimer y te dicen 20 veces lo mismo, sino te lo están contando como si fuera que lo vivieron ayer, aunque pasaron 10 años. Y vos estás ahí para escucharlos y tu tiempo es escuchar eso y contener eso y decir bueno por algo vos todavía estás acá, dios quiere que vos estés acá, vamos a seguir adelante. (Marta, 50 años, modalidad por horas, Programa AGD).

La tarea descrita por Marta consiste en escuchar y contener, una tarea que implica la gestión de las propias emociones y de las emociones de la persona cuidada. Refiere a la mirada puesta en el otro, a preocuparse por él, a conservarlo. Se relaciona con saberes discretos que solo se advierten cuando fallan (una sonrisa que desaparece, un gesto mecánico, una respuesta diferida) (Molinier, 2005b citado por Borgeaud-Garciandía, 2017a). Esta tarea, a su vez, transcurre en el espacio del hogar, vinculado a lo íntimo y lo privado.

La mirada pública sobre su trabajo

La jerarquía de clase, raza/etnia y condición de migrante también contribuyen a mantener oculta la figura de la cuidadora. La visibilidad de la empleadora se construye sobre o gracias a la invisibilidad de la empleada. Mientras la mujer activa y moderna, joven profesional

dinámica, económicamente independiente, madre afectuosa, representa la imagen de la mujer trabajadora de hoy; las empleadas domésticas permiten que se sostenga esta imagen sobre la base de su propia modestia social (Dorlin, 2005 citado por Borgeaud-Garciandía, 2012). Durante la pandemia, las cuidadoras entrevistadas también trabajaron “a la sombra” de otras mujeres, quienes realizaron trabajos de cuidado con mayor reconocimiento social, en el ámbito de la salud. A su vez, poco tiempo después de declararse la pandemia de COVID-19, el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires lanzó una iniciativa llamada “Mayores Cuidados”, a través de la cual convocó a voluntarias/os a realizar algunas de las tareas ya desempeñadas por las cuidadoras del programa (contención telefónica, compras, trámites, etc.). De este modo, como evidenciaba el discurso de Elvira, las cuidadoras se volvían invisibles para su propio empleador⁴⁹:

El jefe de gobierno cuando habla tampoco nos menciona, nunca, siempre habló de los voluntarios, de la gente que se anotó como voluntaria para asistir a los adultos mayores, para que no salgan, para esto, para lo otro y del programa nunca habló. Pienso que por ahí ni sabe que existe. El jefe de gobierno siempre habló de la cantidad de gente macanudísima que se anotó para asistir a adultos mayores, nosotras nada, no existimos. No existimos para él y tampoco para otras personas, no hay un respaldo hacia nosotras, si hay no me doy cuenta, nunca lo sentí. (Elvira, 61 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Mientras el gobierno convocaba voluntarios/as para esta iniciativa, limitaba el ingreso de personas mayores al programa. De modo que su rol subsidiario en la provisión de cuidados se reforzaba, a la vez que la consideración del cuidado como un asunto y una responsabilidad individual.

La falta de reconocimiento también era advertida por las cuidadoras entrevistadas en el discurso de los medios de comunicación. Como señala Guimarães (2019), el trabajo de cuidado en tanto trabajo profesional se caracteriza por su reciente implementación en la vida social. Existe una amplia distancia entre una actividad de larga data (el cuidado de las personas mayores) y la existencia social reciente del agente que la desempeña (las cuidadoras domiciliarias). El discurso de la cuidadora Sara daba cuenta de este contraste:

⁴⁹ En el marco del Programa AGD las cuidadoras son contratadas como prestadoras de servicio. Sin embargo, las cuestiones descritas en los capítulos anteriores dan cuenta de la existencia de una relación laboral encubierta.

Yo veía un programa en la televisión que había una persona que decía que ahora este trabajo de la persona que hace de acompañar a otro, de sacarlo a caminar, de dar un paseo, va a ser mejor valorado y reconocido, entonces yo dije pero esta señora no está enterada que hace tantos años nosotros lo hacemos, que esto existe. (Sara 64 años, modalidad por horas, Programa AGD).

La falta de reconocimiento se evidenciaba, asimismo, en la comparación con otras ocupaciones de cuidado que también fueron declaradas actividades esenciales durante la pandemia, tal como advertía la cuidadora Gabriela:

Sabemos que ustedes están trabajando en estas condiciones, estamos acá. Alguna palabra, un gesto. La gente no tiene idea de que nosotros existimos. Por ahí si supiera que nosotros estamos podría tener un servicio. A todos los que están trabajando en esta situación se los reconoce. Además la población con la que trabajamos es vulnerable, de mayor riesgo y parecería que no. No hay ningún tipo de publicidad de este servicio (Gabriela, 50 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Cuando Gabriela hacía referencia al reconocimiento de los que “están trabajando en esta situación” se refería particularmente a los profesionales de la salud, quienes recibieron suplementos salariales (bonos) en reconocimiento de su trabajo y un aplauso diario y colectivo, en el marco de una iniciativa global denominada el aplauso por los trabajadores de la salud.

La falta de reconocimiento social advertida por las cuidadoras se combinaba con la falta de reconocimiento económico. Esta última circunstancia no era entendida como una consecuencia de la pandemia, en cambio, era identificada por las cuidadoras entrevistadas como una condición histórica. Según la literatura especializada, entre los factores que inciden en la falta de reconocimiento económico de las cuidadoras (y de otras ocupaciones del cuidado), se destaca la penalización salarial por el hecho de no estar registradas (Esquivel y Pereyra, 2017). Esto es así a pesar de la existencia de un marco legal que las ampara⁵⁰. Se añaden las condiciones de precariedad en que se desempeñan y las dificultades de fiscalización del trabajo en los hogares, debido a que prima el derecho de inviolabilidad del domicilio. Asimismo, las condiciones de aislamiento atentan contra sus posibilidades de

⁵⁰ Ley 26.844 “Régimen especial de contrato de trabajo para el personal de casas particulares”

interacción y organización en pos de la defensa de sus derechos. (Pereyra, 2012). Verónica, cuidadora particular que trabajaba por horas en dos domicilios, recibiendo pagas “en negro” muy disímiles entre sí (\$110 en un trabajo y \$250 en el otro), reflexionaba sobre el vínculo entre la formalización de las condiciones de trabajo y el reconocimiento económico:

Cuando tenga una escala salarial, cuando uno no tenga que poner el precio y cuando uno pueda decir bueno, trabajo de tal a tal hora y hago tal y tal cosa. Yo creo que falta eso, falta alguien que regule eso. Yo creo que las empleadas domésticas tienen su propio sindicato y su propia escala salarial. En cambio, las cuidadoras a domicilio no. Las cuidadoras son pan para hoy y hambre para mañana, por decirlo de alguna manera. Porque fallece el adulto mayor y te quedaste sin nada. Necesitás alguien que regule eso. (Verónica, 33 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

Mientras Verónica destacaba las condiciones ventajosas de otras trabajadoras domésticas, Ana buscaba diferenciarse, haciendo énfasis en la profesionalización de su trabajo:

(...) A veces hay gente que se piensa que vos sos una empleada doméstica, sin desmerecer a las chicas que la verdad que hacen otro trabajo (...) Vos sos auxiliar gerontológico, no sos cualquier persona. Yo soy una persona que estoy especializada en acompañar al adulto mayor. (Ana, 53 años, modalidad por horas, Programa AGD)

Para Ana, ser “auxiliar gerontológico” implicaba no ser “cualquier persona”. De modo que la profesionalización de la labor contribuía a la construcción de su identidad de cuidadora (Arango Gaviria, 2010). Constanza, quien en el pasado se había desempeñado como cuidadora y en la actualidad era referente de la cooperativa “Cuidar Limitada”, establecía una distancia con las trabajadoras domésticas y se identificaba con las trabajadoras de la salud:

Nosotros lo que aspiramos es que se separe cuidadoras domiciliarias y que pase a salud, que salga de casas particulares y que pase a salud, es la primera aspiración digamos. Y vamos de a poquito viste. Ya armar un propio sindicato es grande, hay mujeres que están impulsando eso, un sector de la izquierda más bien. Tampoco queremos salir a pelear, queremos tratar de hablar y de poder marcar esa diferencia, de que se comprenda que queremos pasar a salud, no queremos seguir en casas particulares, queremos ser parte del equipo de salud. Hay que cambiar el imaginario que hay, es muy difícil, los cambios son verticales. Si hay una ley que avala el régimen vos podés cambiar el imaginario que hay en la sociedad (Constanza, referente de la cooperativa Cuidar Limitada).

El imaginario de la sociedad al cual se refiere Constanza se relaciona con la tradicional división sexual del trabajo. El hecho de que las mujeres sean relegadas a la esfera familiar y doméstica genera desventajas en la esfera del trabajo y su ubicación en empleos poco calificados (Aguirre, 2013). En su discurso, Constanza proponía desandar estos sentidos partiendo de la acción del Estado, “una ley”, en pos de transformar los patrones culturales que dan cuenta de estas construcciones sociales.

Responsabilidades de cuidado y responsabilizarse por el cuidado

En el imaginario social, además, la familia es la principal responsable del cuidado de las personas mayores; en línea con la actual distribución social del cuidado y con los discursos de las cuidadoras. Esta posición se evidenciaba inclusive entre aquellas que se desempeñaban “con cama adentro”, cuyo papel de cuidadora principal se había reforzado durante la pandemia:

Bueno la familia tiene que darse cuenta que la persona no está asociando. Hay muchas pautas, cuando está la familia presente es una cosa, cuando no está es otra. Y ahí tiene que aparecer la consulta al médico, después si o si tiene que estar acompañada. Si la familia puede acompañarla bien, pero si no, si o si necesita lamentablemente un profesional y un profesional responsable y capaz de llevar adelante al paciente. (Pamela, 56 años, “con cama adentro”, por empresa).

En su discurso Pamela valoraba su trabajo, el cual debía ser desempeñado por un “profesional responsable”. Sin embargo, aparecía en escena como consecuencia de un hecho lamentable, es decir, cuando la familia no podía hacerse cargo de la persona mayor. La cuidadora Belén también consideraba que su trabajo era valorado (en su discurso era reconocido por otros), pero a la vez cuestionaba que algunas familias delegaran el cuidado de la persona mayor:

Si yo sé que está reconocido de cuidar los adultos, pero como te decía hay familias que no quieren cuidar a sus padres. Entonces se los sacan de encima, los llevan a un geriátrico y los dejan ahí, y se van y lo ven una vez por semana". (Belén, 36 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

El discurso de Belén evidenciaba el mandato social de cuidado familiar y reducía la connotación profesional de su trabajo. Si el cuidado requiere un profesional cabe la pregunta: ¿por qué la familia sería culpable de abandono? El hecho de que una actividad largamente desempeñada en el hogar se convierta en una profesión (Guimarães, 2019), se expresaba en discursos de valorización de las cuidadoras entrevistadas: “ser una persona especializada en acompañar al adulto mayor”, “un profesional responsable”, “parte del equipo de salud”; y contrastaba con la desvalorización de su trabajo, asociada a responsabilizar a la familia por el cuidado. Por otra parte, este mandato social tiene enormes implicancias para la salud y el bienestar de las cuidadoras familiares, más aún a medida que la dependencia de la persona mayor progresa. Las mujeres desempeñan generalmente este rol en base a un compromiso moral y frecuentemente en relación a los padres (Alemán et.al., 2012). La relación entre persona cuidada y cuidadora familiar no siempre es armoniosa, y también influye el entorno social que presiona a la cuidadora. La mujer puede sentirse juzgada por otros miembros de la familia y de la comunidad, y desarrollar sentimientos de amor/odio u obediencia/rebeldía que surgen como consecuencia del estrés generado (Agulló, 2001; Tobío, et. al., 2013 citado por Esparza, Valdez y Ferreira, 2017). La sobrecarga de este trabajo provoca que las mujeres abandonen aspectos de su vida social, resignen autonomía económica y posterguen proyectos laborales y personales. Estos efectos se podían entrever en el discurso de la cuidadora Viviana, quien consideraba que su trabajo daba un “respiro” a la familia:

(...) nosotros podemos ayudar, podemos asistir, estamos para eso, para ayudar, para asistir, para tratar de no sé si alivianar el trabajo, para tratar de que la familia pueda también seguir su vida y nosotras poder ayudar al cuidado de las personas mayores (Viviana, 51 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Del discurso de la cuidadora Viviana también se desprendía la noción de cuidado como experiencia socio-económicamente estratificada (Rodríguez Enríquez, 2012). Las cuidadoras domiciliarias son mayoritariamente mujeres, que relevan a otras mujeres en las tareas de cuidado, para que estas últimas puedan desarrollarse laboral y personalmente. Como señala Pérez Orozco (2006) la redistribución de los cuidados está ocurriendo dentro del colectivo femenino, sin que aumente la participación de los varones ni del Estado. En este sentido, el discurso de la cuidadora Helena cuestionaba el papel subsidiario desempeñado por este último actor social:

El gobierno tendría que ayudar más, porque hay muchas personas que son bastantes solas. Que tengan ayuda las personas grandes porque a veces la jubilación que cobran no les alcanza. Tendría que poner más interés en las personas mayores, para que tengan una vida digna". (Helena, 50 años, modalidad "con cama adentro", por empresa).

El relato de la cuidadora Helena aportaba, a su vez, otro elemento asociado al debate en torno al cuidado, su vínculo con la trayectoria laboral de las personas. El enfoque de derechos, influenciado por el enfoque de género plantea la idea cabal del cuidado como un derecho con triple dimensión (a cuidar, a recibir cuidados y a cuidarse), y desvinculado de la relación laboral asalariada (Pautassi, 2007). En torno a estos temas, la cuidadora Gabriela se diferenciaba del resto de las entrevistadas. Su discurso partía del cuidado como un derecho y, por ende, destacaba su acceso universal:

Tiene que ser así que el Estado paga el cuidado del que trabajó y el que no trabajó también se lo merece. El cuidado es un derecho, tendría que ser para todos. Hay gente que no tiene ni obra social. Es importante que todos tengan el cuidado, eso tiene que estar (Gabriela, 50 años, modalidad por horas, Programa AGD).

El discurso de la cuidadora, así como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, imponen obligaciones al Estado en pos del efectivo ejercicio de este derecho para todos y todas.

Desde la perspectiva de la ética del cuidado, desarrollada inicialmente por Carol Gilligan⁵¹, la responsabilidad es un elemento que desarrollan los actores morales insertos en relaciones concretas de interdependencia. Integra los vínculos, en tanto no somos entidades aisladas sino sujetos relacionales, colocados en el centro de un conjunto complejo de relaciones que implican obligaciones morales que se asumen, ignoran, delegan, olvidan, priorizan, descuidan y que pueden entrar en tensión (Borgeaud-Garciandía, 2020b). Las cuidadoras entrevistadas durante la pandemia asociaron la responsabilidad por el cuidado al miedo experimentado por los distintos integrantes del vínculo de cuidado. Según se desprendió de sus discursos, el miedo a contagiarse del virus estuvo presente entre ellas, entre las personas mayores que recibieron los cuidados y entre las familias de ambas partes. El miedo apareció especialmente relacionado con el inicio de la pandemia, frente a la incertidumbre que generó continuar

⁵¹ Autora de la obra "In a different voice", considerada pionera en el campo de la ética del cuidado.

saliendo a trabajar en ese contexto y, asimismo, se fue transformando con el paso del tiempo, como relataba la cuidadora Belén:

Fue un momento, o sea la primera vez que nos salió en la cooperativa para trabajar así con adultos en un geriátrico, quedaba re lejos de acá, a mí me quedaba muy lejos, que me había salido ese trabajo y yo no pude ir porque me quedaba muy lejos y sí me dio un poco de miedo. Pero después dije yo no, ¿porque tengo que tener miedo? si nos cuidamos vamos a estar bien. Ahora si no nos cuidamos y salimos sin barbijo, sin alcohol, sin cuidarte de nada puede ser que lo traiga (Belén, 40 años, modalidad por horas, contratada directamente por la familia).

Las cuidadoras entrevistadas asumieron mayores riesgos por seguir trabajando durante la pandemia. Estuvieron más expuestas a contraer el virus por salir de sus hogares a trabajar, utilizar el transporte público, moverse de un domicilio a otro y realizar tareas diversas en el espacio público. La cuidadora Teresa era consciente de que salir a trabajar implicaba una mayor exposición al virus y, por ende, mayores posibilidades de contagiarse y contagiar a la persona mayor que cuidaba:

Si, si, la verdad que si, al principio daba miedo, viste que tan fuerte que era todo esto. Me cuidaba mucho más por mis hijos y más por el trabajo, porque si llego a pegar algo y me voy y le contagio a la abuela es como una responsabilidad mía. Ir en subte, venirme en subte, no sabés ni dónde te podés contagiar esto, ese era mi miedo. Antes estaba todo negativa, que si piso esto me voy a contagiar, ahora me cuido más, estoy más precavida, o sea trato de andar tranquila (Teresa, 36 años, modalidad por horas, cooperativa Cuidar Limitada).

La expresión de Teresa: “es como una responsabilidad mía” puede relacionarse, a su vez, con la menor presencia de la familia durante la pandemia. Es común que las familias vivan en otro domicilio y visiten a las personas mayores, y estos encuentros se vieron espaciados en la pandemia. De modo que varias de las cuidadoras entrevistadas reforzaron su lugar de proveedoras de todo lo necesario para que la persona mayor viva cotidianamente lo mejor posible. Este hecho reforzó, asimismo, tensiones generadas por el miedo:

Es muy difícil formar un vínculo en época de pandemia. Imaginate que todo el tiempo están diciendo que los adultos mayores son las personas que más riesgo tienen de contraer el virus por la vejez. La única persona con la que ella mantiene un vínculo y ve es a mí. A veces me

trata como si yo fuera el mismo coronavirus y está te lavaste las manos, que esto, lo otro y a veces te taladran un poco la cabeza. (Marta, 50 años, modalidad por horas, Programa AGD).

Marta percibía el miedo en la persona que cuidaba y definía su sentir al respecto: “a veces me trata como si yo fuera el mismo coronavirus.”

El malestar de las personas mayores durante la pandemia

La situación de dependencia suele presentarse en las personas mayores en relación a una o pocas funciones de la vida cotidiana y extenderse a otras funciones progresivamente. Como se señaló en el capítulo anterior, este hecho implica que puede afectar solo una de las dimensiones de la autonomía (fáctica o moral). La afectación de la autonomía fáctica implica la imposibilidad de ejecutar ciertas acciones, sin afectar la capacidad para tomar decisiones y responsabilizarse por las mismas. Sin embargo, Constanza (referente de la cooperativa Cuidar Limitada), consideraba que la familia solía equiparar el desarrollo de dependencia con la pérdida total de autonomía. Este hecho impactaba en la modalidad de cuidado de las personas mayores y en las condiciones de trabajo de las cuidadoras:

Entonces la persona te llama totalmente dramática y te llama pidiendo que vaya alguien con cama. Y si necesito que se quede a dormir te dicen. Y a la noche está durmiendo la persona, no sé si es necesario que se quede la persona a cuidarla mientras duerme. Lo más seguro es que no es necesario. No, es que mi mamá tiene que atenderlo a él y no puede limpiar más la casa y necesita que además de cambiarle el pañal, de bañarlo que planche, y no. La cuidadora que va a cuidar un adulto no necesita tenerlo 24 horas como una esclava por \$15.000. Porque la familia no puede pagar más que eso (Constanza, referente de la cooperativa Cuidar Limitada).

En el contexto de la pandemia, la cuidadora Analía advertía que una acción orientada al cuidado podía afectar, a su vez, aquello mismo que intentaba preservar, es decir, el bienestar de la persona mayor:

Está bien que uno dice se tienen que quedar en su casa pero no solos, porque si la familia no lo visita, los vecinos lo atienden, ese hombre no se va a morir del Covid, se va a morir de una soledad, y porque quizás necesita que le vayan a comprar unos churrasquitos, un pan fresco o

una fruta y no lo tiene (Analía, 62 años, modalidad “con cama adentro”, contratada directamente por la familia).

Las percepciones de las cuidadoras acerca del malestar emocional, mental y físico identificado en las personas mayores durante la pandemia refirieron reiteradamente a la soledad que relataba Analía, así como a sensaciones de angustia, incertidumbre, ansiedad, depresión, desorientación y rigidez en el cuerpo. Fueron identificadas como consecuencia del encierro, la ausencia de encuentro personal con familiares y pares, la suspensión de actividades recreativas al aire libre y aquellas ofrecidas por centros de jubilados. El discurso de la cuidadora Tamara evidenciaba la problemática de una falta de red de apoyo entre las personas mayores que vivían en los barrios populares, y las repercusiones en su salud emocional:

Ahora se ve mucha necesidad para los adultos mayores, que están muy solos y eso es lo que más triste me da. Porque necesitan bastante ayuda de los familiares y los familiares se alejan más todavía ahora con la pandemia. Porque ponen que no se puede visitar o que no se puede y no van a visitar a los abuelos, los dejan solos” (...). Cuando van a visitarlos se ponen muy felices, están muy solos. Preguntan si van a pasar al otro día, para charlar con ellos, ellos cuentan su necesidad, su angustia. (Tamara, 50 años, modalidad por horas, cooperativa Cuidar Limitada).

El discurso de la cuidadora no hacía referencia al cuidado que suple una necesidad material, si bien esta necesidad también existía. En cambio, Tamara hablaba de soledad, de la necesidad de ser escuchados y de la felicidad que genera el encuentro con otros.

Síntesis de resultados

Los discursos de las cuidadoras entrevistadas, dieron cuenta de cómo el trabajo no es significado como trabajo hasta tanto ingresa al mercado laboral. En sus experiencias de vida, este trabajo primero fue simplemente “cuidado”, se enmarcó en la familia, les otorgó experiencia e inspiró una vocación profesional. Incluso asentado en una relación social mercantil, el trabajo de cuidado no fue entendido como trabajo hasta que existió una retribución económica a cambio. Sin remuneración el trabajo de cuidado fue concebido como una “ayuda”. Cuando una relación mercantil se superpuso con una relación de afecto, una empleadora fue “como una

hermana”. En otros discursos el énfasis estuvo puesto en la relación de servicio y la noción de distancia óptima; y en todos los casos se evidenció la dimensión emocional involucrada. Los discursos de las cuidadoras incluyeron tareas “invisibles”, no reconocidas socialmente durante la pandemia, y mal remuneradas históricamente. Dieron cuenta del camino que falta recorrer y de la necesidad de formalización y sindicalización, siguiendo el ejemplo de otras trabajadoras domésticas. A la vez, las cuidadoras entrevistadas se diferenciaron de estas últimas y se identificaron con las trabajadoras de la salud, quienes sí fueron reconocidas durante la pandemia, reflejando diferencias de estatus socialmente asignadas a diferentes ocupaciones.

Los discursos de las cuidadoras también evidenciaron estereotipos asociados a la distribución social de responsabilidades de cuidado. El mandato social de cuidado familiar limitó la asignación de una connotación profesional a su trabajo. Los discursos de valorización de su labor: “ser una persona especializada en acompañar al adulto mayor”, “un profesional responsable”, “parte del equipo de salud”, contrastaron con la familiarización del cuidado reflejada en sus discursos, que continúan considerando a la familia como responsable principal para el cuidado de la persona mayor. La familia fue identificada como la principal responsable y el Estado fue asociado a un rol subsidiario en la provisión de cuidados, restringido a las personas mayores sin familia. El discurso de la cuidadora Gabriela fue una excepción que estuvo en línea con el reconocimiento del cuidado como un derecho.

Los riesgos y responsabilidades del trabajo de cuidado domiciliario se incrementaron durante la pandemia, vinculados al miedo de contagiarse y contagiar el virus a las personas mayores. Debido a que se trata de un trabajo relacional, las cuidadoras describieron con precisión y preocupación el malestar físico, emocional y mental observado en las personas mayores. Para ellas, cuidar fue mucho más que cuidarse del virus durante la pandemia. Cuidar fue, más que nunca y ante todo, estar, acompañar, escuchar, contener y preservar.

7. Conclusiones

Según las proyecciones del INDEC para el año 2040, aproximadamente una de cada cuatro personas en la Ciudad de Buenos Aires tendrá 60 años y más, y el número total de personas mayores ascenderá a 812.552. Esto representa un incremento de casi el 30% en poco menos de 20 años. La vejez continuará feminizada, especialmente en el subgrupo de la vejez frágil, donde las necesidades de cuidado y los hogares unipersonales compuestos por mujeres tienden a aumentar. En Argentina, como la mayoría de los países, el cuidado de las personas mayores está familiarizado y feminizado. Se evidencia con mayor intensidad en los estratos socioeconómicos más bajos, donde los recursos económicos para optar por servicios de cuidado mercantiles son más escasos y el acceso a derechos de la seguridad social es más limitado. La falta de capacidades para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana sin ayuda de otras personas es el estadio final de un proceso de fragilidad, que está en relación con la respuesta del entorno social y comunitario a la persona mayor. La dependencia instrumental entre las personas de 75 años y más llega al 41% y la dependencia básica alcanza el 20,7% (INDEC, 2014a). A la vez, las personas mayores continúan realizando trabajo de cuidado no remunerado hasta edades muy avanzadas, particularmente si son mujeres, en línea con pautas culturales y mandatos sociales.

Atender la demanda de cuidado ante situaciones de dependencia funcional de las personas mayores desde un enfoque de derechos con sensibilidad de género implica partir de la interdependencia del cuidado, que implica garantizar el derecho a proveer cuidados en condiciones de trabajo decente, y de recibir cuidados de calidad. En el marco de la organización social de los cuidados, la distribución de responsabilidades de cuidado puede ser transformada a partir de la ampliación de la ofertas públicas o privadas de servicios de cuidado accesibles y asequibles (Faur y Pereyra, 2019). El Estado tiene un rol clave en este proceso. Sin embargo, en la actualidad, la contratación de servicios de cuidado para las personas mayores depende de los recursos económicos y de los lazos sociales con los que cuenta cada familia (Alonso y Marzonetto, 2019).

En la Ciudad de Buenos Aires existen tres programas públicos de cuidado domiciliario que están focalizados en las personas mayores que presentan mayor grado de vulnerabilidad socioeconómica. La obra social PAMI otorga un subsidio para contratar una cuidadora (Programa PADyF), cuyo monto actual representa alrededor del 25% del sueldo mínimo mensual de una cuidadora de tiempo completo⁵². El programa dependiente del gobierno local (Programa AGD), tiene un alcance aproximado de 1500 personas mayores y contrata alrededor de 400 cuidadoras⁵³. El Programa Nacional capacita un número variable de cuidadoras cada año (230 en la Ciudad de Buenos Aires durante 2020), y no existen datos oficiales públicos sobre los sistemas locales de prestación que permitan conocer su alcance en términos de cobertura de personas mayores. Una estimación conservadora para la Ciudad de Buenos Aires, en base a los datos disponibles, indicaría que alrededor de 125.000 personas mayores tienen dependencia instrumental y aproximadamente 60.000 tienen dependencia básica⁵⁴. En contraste, se evidencia que la oferta pública es escasa y fragmentada, y se implementa desde diversas áreas sin articulación entre sí ni con prestadores privados o comunitarios⁵⁵. Para acceder a estos programas, las personas mayores deben cumplir requisitos de insuficiencia económica, falta de apoyo familiar, presentar cierto tipo de dependencia y ser priorizadas en la evaluación de ingreso. Así, se parte de la capacidad para demostrar una carencia en lugar de reconocer un derecho, y del supuesto de que la familia es el principal responsable del cuidado.

Con la irrupción de la pandemia por COVID-19, las personas mayores fueron consideradas población de riesgo y su cuidado fue definido como trabajo esencial. Durante este período, el Estado mantuvo su rol subsidiario en la provisión de cuidados domiciliarios a personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires. El Programa AGD restringió el ingreso a personas cuya situación fue evaluada como urgente. El PAMI no aumentó el monto del subsidio, a pesar de que la Comisión Nacional de Trabajo de Casas Particulares dispuso un aumento para las trabajadoras a partir del mes de mayo de 2020 (Resolución 1/2020 con fecha 19 de marzo)⁵⁶. En algunos barrios populares de la ciudad, el gobierno nacional promovió nuevas

⁵² Para su cálculo se toma el valor del sueldo mínimo mensual establecido por la Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares para el mes de junio de 2021.

⁵³ Dato estimado correspondiente al año 2020, provisto por personal de coordinación del programa.

⁵⁴ Este dato se estima tomando como base los datos a nivel nacional de la Encuesta de Calidad de Vida de Adultos Mayores - Encaviam (INDEC, 2014a).

⁵⁵ Cabe señalar que existen experiencias previas de articulación entre el Programa Nacional y el PAMI. Además, el Programa PADyF contempla en su Resolución la prestación a través de cooperativas y otros efectores sociales.

⁵⁶ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227056/20200320>

articulaciones público-comunitarias para identificar y prestar asistencia a las personas mayores. Sin embargo, una de las cuidadoras entrevistadas, que formaba parte de una de estas iniciativas, mencionó no haber percibido su salario luego de un mes de haber comenzado a trabajar.

Los hallazgos de este estudio muestran que las cuidadoras entrevistadas se adaptaron rápidamente a los cambios y dificultades prácticas y sanitarias impuestas por la pandemia, y asumieron los costos físicos y económicos de continuar trabajando. Esto fue así, cualquiera fuera su tipo de contratación (monotributistas, monotributistas sociales, trabajo informal, en relación de dependencia) y ámbito de desempeño (programa público, cooperativa de base comunitaria, empresas privadas y contratadas directamente por las familias). Las cuidadoras entrevistadas no accedieron a licencias remuneradas que les correspondían por edad, por condición de riesgo o por contraer el virus. En cambio, el Programa AGD otorgó un bono mensual de \$5.000 a las dos cuidadoras mayores de 60 años que dejaron de trabajar durante uno o más meses, y la empresa privada pagó el 50% del monto correspondiente a los días no trabajados por otra cuidadora (quien se contagió de COVID-19). Los discursos y experiencias de las cuidadoras entrevistadas confirmaron la literatura previa (Findling y López, 2015) reflejando peores condiciones laborales entre las cuidadoras en las empresas privadas. En este ámbito no se les proveyó ningún elemento de protección personal para prevenir la transmisión y contagio del virus, y tuvo lugar la remuneración por hora más baja, que rondó el 50% (\$95 la hora) de lo dispuesto por la Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares para el mismo período. Trabajar en el ámbito público se asoció a una mejora en el salario; sin embargo, la mejor paga fue recibida por una cuidadora contratada “en negro” directamente por la familia.

En cuanto a las dificultades prácticas, las cuidadoras entrevistadas vieron incrementado el tiempo de viaje a su trabajo, y cuando cambiaron la modalidad de transporte, asumieron mayoritariamente su costo. También asumieron el costo económico de proveerse los elementos de protección personal en cantidad suficiente. Aumentaron la carga y/o el tiempo destinado al trabajo, ya sea porque asumieron tareas domésticas (en reemplazo de otras trabajadoras), debido a tareas vinculadas a la higiene y prevención del coronavirus, y por el tiempo extra insumido por las actividades en la vía pública. Especialmente las cuidadoras que se desempeñaban “con cama adentro”, reforzaron su rol de cuidadoras principales y modificaron su esquema laboral para trabajar más días continuos. Su lugar de proveedoras de

todo lo necesario para que la persona mayor viva cotidianamente lo mejor posible se desarrolló en un vínculo de cuidado que se complejizó durante la pandemia. En sus discursos, las cuidadoras entrevistadas manifestaron el miedo presente en ellas, en las personas cuidadas y en las familias, que aumentó el sentido de responsabilidad sobre su trabajo. A la vez, se evidenció el refuerzo de tareas de cuidado “invisible”: estar, acompañar, escuchar, contener, preservar. Las cuidadoras se desempeñaron durante la pandemia “a la sombra” de otras ocupaciones esenciales. Estuvieron ausentes en el reconocimiento social y el discurso público de los referentes de gobierno. La falta de reconocimiento económico fue considerada por ellas como un problema histórico y fue relacionado con la baja formalización y organización sindical de la ocupación. Los discursos de las cuidadoras entrevistadas que valorizaron su labor: “ser una persona especializada en acompañar al adulto mayor”, “un profesional responsable”, “parte del equipo de salud”, contrastaron con discursos asociados al mandato social de cuidado familiar. Las cuidadoras identificaron a la familia como la primera opción y la principal responsable del cuidado de las personas mayores. En cambio, asignaron al Estado un rol subsidiario en la provisión de cuidados, destinado a las personas mayores que no tenían familia.

Por último, en relación con el trabajo de cuidado no remunerado realizado por las entrevistadas en sus hogares, se destacan dos hallazgos. Por una parte, las cuidadoras asumieron el acompañamiento de las tareas escolares de sus hijos e hijas con modalidad virtual, en línea con lo relevado en otro estudio (UNICEF, 2020), que indicó que esta tarea fue asumida mayoritariamente por las mujeres. En segundo lugar, se observó una mayor participación en las tareas domésticas de otros miembros del hogar que estaban en el hogar debido al contexto de aislamiento obligatorio, mientras las cuidadoras entrevistadas salían a trabajar. Sin embargo, no se identificó su inclusión en tareas de gestión del cuidado, de modo que se abre la interrogante acerca de qué ocurrirá con los cambios en la distribución del trabajo en el hogar, una vez que se retomen las actividades laborales y escolares de modo presencial. En base a estos resultados, se constatan las hipótesis de que las cuidadoras asumieron la mayor parte de los riesgos, dificultades y costos de continuar trabajando en contexto de pandemia. Se confirma también la presunción de que el rol subsidiario que se asigna y que asume el Estado, en la provisión de servicios de cuidado en la vejez, reforzó las condiciones de precariedad de las cuidadoras de personas mayores durante la pandemia.

Las personas mayores también enfrentaron enormes dificultades y riesgos en el contexto de la pandemia. En línea con las observaciones de Morgante y Valero (2020), algunas de las medidas tomadas por el Gobierno pasaron por alto las heterogeneidades en las condiciones de vida y posibilidades de las personas mayores. Las cuidadoras entrevistadas suplieron las dificultades en el uso de medios digitales y tecnológicos, particularmente con relación al acceso a la salud. A las dificultades prácticas enfrentadas por las personas mayores, se añadió el impacto en su salud física, mental y emocional, y situaciones de vulneración de su autonomía, debido a que las decisiones sobre su cuidado no siempre incluyeron su voluntad. En este sentido, cabe la pregunta sobre los efectos de la pandemia en las personas mayores que no contaban con una cuidadora, familiares o vecinos que las asistieran.

La pandemia de COVID-19 es una oportunidad para poner los cuidados en el centro de la agenda de políticas públicas y avanzar en el reconocimiento del trabajo de cuidado remunerado y las condiciones laborales de las cuidadoras. Como señala Aguirre (2013), en momentos en que el trabajo de cuidado se incrementa, la valorización, profesionalización y reconocimiento de los derechos laborales de las cuidadoras es fundamental para asegurar el derecho de las personas mayores a recibir cuidados de calidad. Los derechos de las trabajadoras y el derecho de las personas con necesidades de cuidado están ligados de tal manera que el bienestar de los que reciben cuidados depende en gran medida de la calidad del empleo de quienes los prestan (Aguirre, 2013). Los avances en el reconocimiento del cuidado como un derecho y su ingreso en la agenda política y social representan una oportunidad para promover la calidad del empleo de las cuidadoras, incluyendo a éstas como población objetivo de la política. Es necesario generar cambios en al menos dos sentidos: formalizar el trabajo y promover su profesionalización. Los esfuerzos estatales de las últimas dos décadas para promover la formalización de las empleadas de casas particulares son una oportunidad para incluir las especificidades y necesidades propias del trabajo de las cuidadoras. Entre sus hitos se destacan la sanción de la Ley de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares (Ley 26.844 del año 2013), el inicio del diálogo social a través de la conformación de una mesa de negociación tripartita, mecanismos fiscales para la promoción de la registración de las empleadas (como el crédito fiscal en la tributación al impuesto a las ganancias de personas físicas), y campañas de promoción de este instrumento para la formalización de las relaciones laborales en el sector (Pereyra, 2018).

Otro punto central, señalado por Pautassi (2018), es garantizar que los esfuerzos se hagan con compromisos presupuestarios efectivos y en conjunción con instancias de fiscalización de cumplimiento de las obligaciones del Estado, de los empleadores públicos, y de otros actores (sindicales, profesionales, sociales, comunitarios). La regulación de las condiciones de trabajo en el ámbito privado requiere mayores esfuerzos por parte del Estado, como también quedó evidenciado en este estudio. A su vez, en el mediano plazo, se plantea la pregunta por el encuadre legal más apropiado, según la naturaleza y funciones del trabajo. Como señalaba la referente de la cooperativa Cuidar Limitada, existe la demanda de formar parte de las trabajadoras de la salud, en lugar de seguir perteneciendo al régimen de las empleadas de casas particulares.

Los procesos formativos se relacionan con un mayor reconocimiento del trabajo por parte de las cuidadoras y de otros actores sociales, tal como se desprende de las entrevistas y de la literatura (Guajardo y Fernández, 2016; Zibecchi, 2014a). A su vez, la continuidad entre el trabajo desempeñado en el hogar y la falta de especialización dificulta el reconocimiento de la calificación, a menos que se establezca una política de formación clara (Guimaraes, Hirata y Sugita, 2011). En la Ciudad de Buenos Aires, debido a la convivencia de iniciativas de formación con y sin acreditación, y registros públicos nacionales y locales sin conexión entre sí, se señala la necesidad de revisar los procesos de acreditación de la formación y unificar los registros públicos de cuidadoras. También son necesarios mecanismos que reconozcan las especificidades de distintos procesos formativos, para acreditar conocimientos, saberes y trayectorias laborales diversas, bajo criterios consensuados. Un ejemplo de una iniciativa de este tipo es la Validación de la Experiencia Adquirida (VAE - Validation des Acquis de l'Expérience), implementada en Francia. Permite a cualquier persona solicitar, bajo ciertas condiciones, la validación de la experiencia profesional adquirida, para justificar todo o parte de los conocimientos, aptitudes y competencias exigidas para la obtención de un diploma o título expedido por el Estado (Guimaraes, Hirata y Sugita, 2011).

Las articulaciones entre instancias de formación e inserción laboral se consideran una estrategia valiosa para promover la profesionalización de la ocupación y atender a una de las principales causantes de pérdida de la fuente de trabajo, el fallecimiento de la persona mayor. En esta línea, se mencionan los programas de doble perspectiva, como el Programa Nacional, con modificaciones en su diseño que permitan que la cuidadora conserve su fuente de trabajo luego de transcurrido el año de práctica que contempla el programa actualmente. Se destaca la

estructura jurídica de las cooperativas de trabajo, en cuanto a su potencial para propiciar la continuidad de la fuente de trabajo, formalizar las condiciones laborales y el agrupamiento de las trabajadoras, favoreciendo la toma de conciencia y la organización para defender sus derechos. En estos procesos, se consideran claves las articulaciones con otros actores sociales públicos y privados, como las obras sociales, las empresas prestadoras de servicios y el PAMI (que en el pasado articuló con el Programa Nacional).

El contenido y orientación de la política dirigida al cuidado de las personas mayores debe contemplar las distintas formas de ser viejos/as en nuestra sociedad (Aguirre y Scavino, 2018). Algunas iniciativas en esta línea son los servicios de cercanía para facilitar el acceso de las personas mayores, el fomento de formas de cuidado comunitario y la generación de fuentes de trabajo para cuidadoras que viven en el entorno de la persona mayor. Se trata de abordar la dependencia y la autonomía de las personas mayores de modo relacional y situado en el contexto local. Se menciona, además, el servicio de teleasistencia, como una prestación domiciliaria complementaria que puede ser desempeñada por cuidadoras formadas. Durante la pandemia, las cuidadoras entrevistadas realizaron una tarea similar que denominaron contención telefónica.

Una cuestión no menor es poder contar con fuentes estadísticas oficiales que permitan discriminar esta ocupación de otras ocupaciones del cuidado⁵⁷, de modo de identificar con mayor precisión su perfil y condiciones específicas de desempeño en los distintos ámbitos. Por último, se señala la necesidad de investigaciones adicionales sobre los procesos de profesionalización de las cuidadoras, por una parte, en línea con diferenciarlas de otras trabajadoras domésticas, con quienes comparten ámbito de desempeño, normativa y tareas. Por otra parte, se considera necesario indagar con más profundidad en el modo en que los distintos actores sociales significan el trabajo de las cuidadoras, bajo el supuesto de que este hecho impacta en la valorización y reconocimiento de su trabajo.

El marco de política necesario para implementar estas y otras recomendaciones que surgen de la literatura se encuentra en pleno desarrollo en Argentina. La comisión redactora de un

⁵⁷ En la actualidad, la Encuesta Permanente de Hogares (principal fuente estadística que aporta información continua sobre trabajo e ingresos) contempla el trabajo de la cuidadora en una misma categoría, mezcladas con toda otra gama de ocupaciones que incluye el cuidado de animales. Asimismo, entre quienes se desempeñan en domicilio, no existe forma de diferenciarlas de las trabajadoras que realizan tareas domésticas.

anteproyecto de ley para un Sistema integral de cuidados con perspectiva de género, en el ámbito del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, finalizará su trabajo en breve. En línea con las propuestas antes mencionadas, la política debe proponer marcos legislativos, mecanismos de evaluación y fiscalización, revisar los contenidos y orientación del diseño de la política, e involucrar a diversos actores sociales (Pautassi, 2018). Cada acto de cuidado se ejerce a expensas de tiempo, bienestar y oportunidades laborales de las mujeres, y la irrupción de la pandemia lo evidenció con contundencia. Para generar acciones que transformen la vida cotidiana de las mujeres, un objetivo explícito de la política debe orientarse a modificar el contrato de género, que se mantiene casi inalterable en nuestras sociedades. La cuidadora Tamara se había capacitado y trabajaba en el marco de una cooperativa. Sin embargo, en la pandemia no cobraba su sueldo, y según ella misma lo definía, estaba “*yendo a ayudar, digamos*”.

Referencias citadas

- Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales*, (50), 46-60.
- Aguirre, R., y Scavino, S. (2018). *Vejece de las mujeres: desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Uruguay: Doble clic.
- Alemán A; Aguilar Hernández R. M.; Martínez Aguilar M. L.; Avila Alpírez H; Vázquez Galindo L; Gutiérrez Sánchez G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Revista de Enfermería y Humanidades. Cultura de los Cuidados*, (33), 81-88. doi.org/10.7184/cuid.2012.33.11
- Alonso, V., y Marzonetto, G. (2019). El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales para adultos mayores y personas con discapacidad en la Argentina. Documento de trabajo, N° 102, Buenos Aires, CIEPP (Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas).
https://www.ciepp.org.ar/images/ciepp/docstrabajo/Documento_102.pdf
- Arango Gaviria, L.G. (2010). Género e identidad en el trabajo de cuidado. En E. de la Garza Toledo y J.C. Neffa (Coords). *Trabajo, identidad y acción colectiva* (pp. 81-107). Ciudad de México: Plaza y Valdés Editores.
- Arlegui, M. (2015). De eso no se habla: mujeres cuidadoras la generación postergada. XI Jornadas De Sociología, 13-17 de julio de 2015, Universidad De Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
https://dds.cepal.org/redesoc/archivos_recursos/MESA_90_ARLEGUI.pdf
- Arias, C. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Documento de proyecto, N°263, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3859>
- Arza, C. (2020). Familias, cuidado y desigualdad. *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19. La experiencia en la Argentina* (pp.45-65). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46453/1/S2000784_es.pdf
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales. Documento de trabajo, Serie Asuntos de Género N°24, Santiago de Chile, Naciones Unidas.

<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37726>

Batthyány, K. (2020). La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados. Artículo, N°1, Observatorio social del coronavirus, Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20200511063748/1-Karina-Batthyany.pdf>

Beccaria, L. A., Maurizio, R. D. L., y Vázquez, G. (2017). El estancamiento de la tasa de participación económica femenina en Argentina en los 2000. *Desarrollo Económico - Revista de Ciencias Sociales*, 57(221), 3-31.

Bloch C., Safdie G., Del Luca C., Schuster P. (2015). El problema de la dependencia en los adultos mayores en la Argentina. Cuadernos de Trabajo: El caso de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

[http://www.gerontovida.org.ar/archivos/Dependencia%20en%20adultos%20mayores%20\(1\)-10.pdf](http://www.gerontovida.org.ar/archivos/Dependencia%20en%20adultos%20mayores%20(1)-10.pdf)

Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Aproximaciones a las teorías del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al care como trabajo. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 14(22), 137-156.

Borgeaud-Garciandía, N. (2012). La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral. *Trabajo y Sociedad*, (19), 321-344.

Borgeaud-Garciandía, N. (2015). Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores. *Trabajo y Sociedad*, (24), 285-313.

Borgeaud-Garciandía, N. (2016). Intimidad, sexualidad, demencias. La relación subjetiva con el trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes. *Papeles del Ceic. International Journal on collective identity research*, 1(148), 1-27. doi.org/10.1387/pceic.15229

Borgeaud-Garciandía, N. (2017a). *Puertas Adentro. Trabajo de cuidado domiciliario de adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.

Borgeaud-Garciandía, N. (2017b). El trabajo de cuidado en instituciones geriátricas y domiciliario. Entre dificultades colectivas y ambigüedades del aislamiento. *Trabalho (En) Cena*, 2(2), 137-154. doi.org/10.20873/2526-1487V2N2P137

Borgeaud-Garciandía, N. (2020a). Cuidado y responsabilidad. *Estudios Avanzados*, 34(98), 41-55. doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.004

Borgeaud-Garciandía (2020b). Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina. En N.A. Guimarães y H.S. Hirata (eds.). *El*

- cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay* (pp. 27-73). Buenos Aires, Argentina: Fundación Medifé.
- Carrasco, C. (2003). El cuidado: ¿coste o prioridad social? Congreso Internacional Sare Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado, 13-14 de octubre de 2003, Donostia, España.
http://www.cmpa.es/datos/2351/cuidado_coste_o_prioridad_social_C49.pdf
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (Eds). *El trabajo de cuidados: historia, política y teorías* (pp. 13-74). Madrid, España: Los Libros de la Catarata.
- Carrasquer Oto, P. (2013). El redescubrimiento de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 91-113.
doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41633
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2021). *La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad*. Informe Especial COVID-19 N°9.
<http://hdl.handle.net/11362/46633>
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los adultos mayores. *Athenea digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 15(2), 111-140.
- Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género (2020a). *Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_un_sector_economico_estrategico_0.pdf
- Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género (2020b). *Las brechas de género en la Argentina. Estado de situación y desafíos*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/las_brechas_de_genero_en_la_argentina_0.pdf
- England, P., Budig, M., & Folbre, N. (2002). Wages of virtue: The relative pay of care work. *Social problems*, 49(4), 455-473. doi.org/10.1525/sp.2002.49.4.455
- England, Paula (2005). Emerging theories of carework. *Annual Review of Sociology* 31, 381-399. doi.org/10.1146/annurev.soc.31.041304.122317

- Esquivel, V. R. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo los cuidados en el centro de la agenda*. El Salvador: PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).
http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/Atando_Cabos.pdf
- Esquivel, V. R. (2015). El cuidado: de concepto a agenda política. *Nueva Sociedad*, (256), 63-74.
- Esquivel, V. R., y Pereyra, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina: Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad*, (28), 55-82.
- Etxeberria Mauleon, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad en S. Huenchuan y R.I. Rodríguez (Eds). *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. (pp. 61-70). Santiago de Chile: CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
- Esparza, E. A. Z., Valdez, B. M. T., y Ferreira, M. R. (2017). Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (6), 47-56.
- Faur, E. (2014). La organización social y política del cuidado. *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual* (pp. 25-53). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Faur, E. (2018). Repensar la organización social y política del cuidado infantil. Caso Argentina. En L. Arango, A. Urquijo, T. Pérez Bustos, y J. Pineda Duque (Eds.), *Género y cuidado. Teorías, escenarios y políticas*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia y Pontificia Universidad Javeriana.
- Faur E. y Brovelli K. (2020). Del cuidado comunitario al trabajo en casas particulares. *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19. La experiencia en la Argentina*. (pp.101-125). Santiago de Chile: CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
- Faur, E. y Pereyra, F. (2019). Gramáticas del cuidado. En J.C. Piovani y A. Salvia (Coords). *La Argentina en el siglo XXI: Como somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta nacional sobre la estructura social* (pp.497-534). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Filgueira, F. y Martínez Franzoni J. (2019). Growth to Limits of Female Labor Participation in Latin America's Unequal Care Regime. *Social Politics*, 26(2), 245-275

[doi:10.1093/sp/jxz015](https://doi.org/10.1093/sp/jxz015)

- Findling, L., y López, E. (2015). *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Freidin, B. (1996). Trayectorias laborales, conceptos y valores sobre el trabajo de mujeres migrantes pobres. Congreso internacional de la Latin American Studies Association, 17-19 de abril de 1996, Guadalajara, México.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/lasa97/freidin.pdf>
- Gosta Esping Andersen (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.
- Guajardo, L. V., y Fernández, M. A. (2016). Envejecimiento y cuidados en San Juan: El Programa de cuidados domiciliarios. *RevIISE, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 8(8), 59-73.
- Guimarães, N. A. (2019). Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro. Congress of the Latin American Studies Association (LASA), 24-27 de mayo de 2019, Boston, Estados Unidos.
<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidaddebuenosaires/sociologia/nadya-guimaraes-circuitos-do-cuidado-pdf/13154353>
- Guimarães, N. A., Hirata, H. S., y Sugita, K. (2011). Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. *Sociología y Antropología*, 1(1), 151-180.
doi.org/10.1590/2238-38752011v117
- Huenchuan, S. (2013). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación, Módulo 1, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personasmayores-ppublicas/Derechos_PMayores_M2_SHuenchuan.pdf
- INDEC (2013). *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad. 2010-2040*. N°36.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyecciones_prov_2010_2040.pdf
- INDEC (2014a). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Encaviam*.
<https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- INDEC (2014b). *Encuesta Sobre Trabajo no Remunerado y Uso del Tiempo. Tercer trimestre de 2013. Resultados por jurisdicción*.
https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf

- Jiménez, E. V., & Zúñiga, C. G. H. (2019). Reflexión sobre la precariedad laboral y sus consecuencias desde un enfoque de género. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 38 (2), 104-114.
- Lupica (2014). Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en Argentina. Documento de Trabajo, N°5, Buenos Aires, Organización Internacional del Trabajo.
https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_302535/lang--es/index.htm
- Micha, A. y Monsalvo, A.P. (2017). Una aproximación cuantitativa a los factores que inciden en la participación laboral de las mujeres de sectores populares. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, 2-4 de agosto de 2017, Buenos Aires, Argentina.
- Micha, A. y Pereyra, F. (2019). La inserción laboral de las mujeres de sectores populares en Argentina: sobre características objetivas y vivencias subjetivas. *Sociedade E Cultura*, 22(1), 70-95. doi.org/10.5216/sec.v22i1.57887
- Morgante, M. G., y Valero, A. S. (2020). Coronavirus y vejez en Argentina 2020. *Geronte. Revista de Estudios sobre Procesos de la Vejez*, (7).
- Oddone, M.J. (2018). Condiciones de vida de las personas mayores. En J. C. Piovani y A. Salvia (Coords.) *La Argentina en el siglo XXI* (pp. 593-623). Buenos Aires: Siglo XXI.
- ONU Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres), OIT (Organización Internacional del Trabajo) y CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020). Trabajadoras remuneradas del hogar en América Latina y el Caribe frente a la crisis del COVID-19. Documento de trabajo, ONU Mujeres, OIT y CEPAL.
<http://hdl.handle.net/11362/45724>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado. Para un futuro con trabajo decente*.
<https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/care-for-fow/lang--es/index.htm>
- Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Documento de trabajo, N°87, Santiago de Chile, CEPAL.
<http://hdl.handle.net/11362/5809>
- Pautassi, L. C. (2013). El trabajo de cuidar y el derecho al cuidado: ¿Círculos concéntricos de la política social? *Revista Cátedra Paralela*, (10), 65-92.
- Pautassi, L. (2018). El cuidado: de cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción. *El Trabajo de cuidados: una cuestión de*

- derechos humanos y políticas públicas* (pp. 175-188). Ciudad de México: ONU Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres).
- Pereyra, F. (2012). La regulación laboral de las trabajadoras domésticas en Argentina: situación actual y perspectivas. *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp.165-198). Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- Pereyra (2017). Las empleadoras bajo la lupa. *Revista Todavía*, (38), 13-17.
- Pereyra, F. (2018). Cuando la expansión de derechos es posible: el diálogo social de las trabajadoras domésticas en Argentina. Documento de trabajo, N° 26, Buenos Aires, OIT (Organización Internacional del Trabajo).
https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/documentos-de-trabajo/WCMS_654967/lang-es/index.htm
- Pérez Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: El Caso de los Cuidados*. España: CES (Consejo Económico y Social).
- Razavi, S. y Staab, S. (2010). Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado. *Revista Internacional del Trabajo* 129(4) 450-467.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: conceptual Issues, research questions and policy options*. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.
- Roig, A., (2020). Enlazar cuidados en tiempos de pandemia. Organizar vida en barrios populares del AMBA. *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19. La experiencia en la Argentina* (pp.67-99). Santiago de Chile: CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46453/1/S2000784_es.pdf
- Rodríguez Enríquez, C. M. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. *Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional* (pp. 229-240). Buenos Aires: CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales).
- Rodríguez Enríquez, C. M. (2014). El trabajo de cuidado no remunerado en Argentina: un análisis desde la evidencia del Módulo de Trabajo no Remunerado. Documento de Trabajo “Políticas públicas y derecho al cuidado” 2, Buenos Aires, ELA (Equipo latinoamericano de Justicia y Género).
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/34802>

- Rodríguez Enríquez, C.M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, (256), 30-44.
- Rodríguez Enríquez, C. M. (2018). Los aportes de la economía feminista a la agenda feminista en América Latina. *Revista Análisis* (27) 6-15.
- Rodríguez Enríquez, C. M., y Marzonetto, G. (2015a). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8), 103-134.
- Rodríguez Enríquez, C. M., y Marzonetto, G. (2015b). El trabajo de cuidado remunerado: Estudio de las condiciones de empleo en la educación básica y en el trabajo en casas particulares. Documento de Trabajo “Políticas públicas y derecho al cuidado” 4, Buenos Aires, ELA (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género).
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/56796>
- Rodríguez Enríquez, C. M., Marzonetto, G., y Alonso, V. (2019). Organización social del cuidado en la Argentina. *Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET)*, (58), 1-31.
- Scolni, M. (2018). La difícil tarea de lograr la distancia óptima en el trabajo del cuidador domiciliario. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV. Jornadas de Investigación XIV. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 28-01 de diciembre de 2018, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
<https://www.aacademica.org/000-122/154>
- Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice*. New York: New York University Press.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2020), *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. El impacto de la pandemia COVID-19 en familias con niñas, niños y adolescentes. Segunda ola*.
- Tinoboras, C. (2018). Condiciones de vida de las personas mayores: acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017) Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. EDSA Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Informe anual, Pontificia Universidad Católica Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8153>
- Zibecchi, C. (2013). Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. *Trabajo y Sociedad*, (20), 427-447.

- Zibecchi, C. (2014a). Cuidadoras del ámbito comunitario: entre las expectativas de profesionalización y el “altruismo”. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 129-145.
- Zibecchi, C. (2014b). Trayectorias de mujeres y trabajo de cuidado en el ámbito comunitario: algunas claves para su estudio. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(39), 97-139.

Bibliografía

- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales. Documento de trabajo, N°124, Santiago, CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
<http://hdl.handle.net/11362/37726>
- Benería, L. (1981). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Mientras tanto*, (6), 47-84.
- Bidegain Ponte, N., y Calderón, C. (2018). *Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018*. Santiago: CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
<http://hdl.handle.net/11362/44361>
- Carrasco, C. (2006). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de economía crítica*, 5, 39-64.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), 281-298.
- DGEyC (Dirección General de Estadísticas y Censos) (2015). *La situación de los Adultos Mayores en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de Resultados*. 852.
- Durán, M. A. (2018). Las cuentas del cuidado. *Revista Española de Control Externo*, XX(58), 57-89.
- Folbre, N. (2017). The care penalty and gender inequality. *The Oxford Handbook of Women and Economy*, 1-28.
- Grupo de Trabajo CLACSO “Cuidados y Género” (2020). Los graves impactos que tiene la pandemia en las desigualdades de género en la región. Artículo, N° 75, Observatorio social del coronavirus, CLACSO (Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales).

- <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/04/Grupo-de-Trabajo-CLACSO-Cuidados-y-genero.pdf>
- Martínez Franzoni, J. (2007). Regímenes del bienestar en América Latina. Documento de Trabajo, N° 11, Madrid, Fundación Carolina.
- <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT11.pdf>
- Molinier, P., & Iza, M. L. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. *Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, (1), 1.
- Mesa interministerial de políticas de cuidado. (2020). *Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros*.
- <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.pdf>
- ONU Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres) (2017). *El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe 2017*.
- <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/12/el-progreso-de-las-mujeres-america-latina-y-el-caribe-2017#view>
- Sistema de Cuidados. (2015). *Plan Nacional de Cuidados 2016 - 2020*, Uruguay.
- <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/902>
- Sorj, B. (2013). Arenas de cuidado nas interseções entre gênero e classe social no Brasil. *Cadernos de pesquisa*, 43, 478-491.
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), OIT (Organización Internacional del Trabajo), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento). *Desayuno sobre políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos en el cuidado de adultos mayores. Nota técnica*.
- <https://www.cippec.org/publicacion/desayunos-sobre-politicas-de-cuidado-en-la-argentina-mercado-de-trabajo-y-cuidado-nota-tecnica/>
- Pautassi, L. (2007). ¿Igualdad en la desigualdad? Alcances y límites de las acciones afirmativas. *Revista Internacional de Derechos Humanos*, 6(4), 71-95.
- Rico, M. N., y Robles, C. (2016). Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad. Documento de trabajo, Santiago de Chile, CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
- <http://hdl.handle.net/11362/40628>

Rodríguez Enríquez, C. M. (2001). Todo por dos pesos (o menos): Empleo femenino remunerado y trabajo doméstico en tiempos de precarización laboral. Documento de Trabajo, N° 31, Buenos Aires: CIEPP (Centro Interdisciplinario de Estudios de Políticas Públicas).

<https://www.ciepp.org.ar/index.php/documentosdetrabajo1/406-documentos-31>

Rodríguez Enríquez, C. M., Alonso, V., y Marzonetto, G. (2020). En tiempos de coronavirus, el trabajo de cuidado no hace cuarentena. Artículo, N° 42, Observatorio social del coronavirus, CLACSO (Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales).

<https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/04/En-tiempos.pdf>