

DOSSIER

Cuidados en la vejez

Con artículos de
Mónica Roqué y Cristina Aboitiz
para la Asociación Lola Mora

OCTUBRE 2023

Asociación
LolaMora
Investigación y Capacitación para la Acción

 **RED DE
GÉNERO Y
COMERCIO**

 **FONDO DE
MUJERES
DEL SUR**

 **Repensar las
políticas económicas
desde la vida cotidiana
de las mujeres**

ÍNDICE

- 3 **Introducción**
- 4 **Las políticas de cuidado en la vejez, en clave de género.**
Mónica Roqué
- 21 **La cooperativa de trabajo de cuidados para la corresponsabilidad
entre el estado, el mercado y las familias y como medio para la
organización social del cuidado. Un aporte para el análisis desde
la perspectiva interseccional y de géneros.**
Cristina Nidia Aboitiz



Introducción

El movimiento feminista viene desde hace décadas luchando por visibilizar el rol fundamental de los trabajos de cuidados en el sostenimiento de la vida, y por darle valor económico y social a quienes realizan esos trabajos diariamente. En los últimos años estos temas han cobrado un mayor lugar en la conversación pública tanto en el ámbito internacional como en el nacional. Desde la Asociación Lola Mora y la Red de Género y Comercio buscamos aportar a estos objetivos desde la investigación, la formación y la incidencia en la política pública.

Entendemos por cuidados todas las actividades que son necesarias para el sostenimiento de la vida, y en ese sentido todas las personas necesitamos cuidados durante toda nuestra trayectoria vital. Sin embargo, es evidente que hay poblaciones en los extremos de la vida que requieren de cuidados de forma más intensiva porque tienen más limitadas sus posibilidades de auto-cuidado.

El presente dossier tiene como objetivo contribuir a la información sobre el estado de las políticas de cuidado para personas mayores. En primer lugar, Monica Roqué hace una caracterización de las necesidades de cuidado de las personas mayores, la distribución actual de esos cuidados y hace un repaso del estado actual de las políticas de cuidado a nivel nacional comparativamente con el resto del mundo. A continuación, Cristina Aboitiz relata el surgimiento de las cooperativas de cuidados para personas mayores en Chaco en el contexto del Covid-19, momento emblemático en el que se profundizó la llamada «crisis de los cuidados».

Esperamos que el presente dossier sea una contribución para fortalecer la visibilización de las necesidades de cuidado de este sector de la población y avanzar hacia sociedades que prioricen la atención de sus miembros que más lo necesitan.

Asociación Lola Mora, octubre 2023



Las políticas de cuidado en la vejez, en clave de género

Mónica Roqué¹

Introducción

Vivimos en un mundo envejecido, producto de los avances en las ciencias de la salud y las ciencias sociales de las últimas décadas. Estos avances no sólo han favorecido un envejecimiento poblacional sin precedentes, sino que, además, las condiciones de esa sobrevivencia son mejores que en otros tiempos. Por otro lado, dado que las mujeres viven mayor cantidad de años que los varones, se produce una feminización de la vejez. Las cifras que disponemos al respecto son contundentes: las mujeres representan un 54% de la población mayor de 60 años a nivel mundial y el 61% del total de personas de 80 años y más (Banco Mundial, 2022).

La región de América Latina y el Caribe no es una excepción, con un aumento sostenido de la población de personas mayores desde mediados de la década de 1960. Para el año 2022, el número de personas de 60 años y más de la región superan los 88 millones y medio, lo que representaba un 13,4% de la población total (CEPAL, 2022).

La feminización de la vejez

Según la OMS (2015), entre 2010 y 2015 la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) de las mujeres, a nivel mundial, superó a la de los hombres en promedio en aproximadamente cuatro años y medio. Si nos enfocamos en Argentina, comprobamos que también aquí el proceso de envejecimiento es prioritariamente femenino. El 57% de la población mayor de 60 años está compuesto por mujeres y el 43% corresponde a los varones (INDEC 2022). La feminización se profundiza si consideramos la población mayor de 75 años. En este

1. Médica, Magíster en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social. Secretaria General de Derechos Humanos, Geronto Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

subgrupo, la brecha entre varones y mujeres se ensancha: el porcentaje de mujeres que lo componen escala a un 63%, quedando para los varones el 37% restante. Esto se explica por la diferencia en la EVN entre varones y mujeres. Según las proyecciones oficiales del INDEC, en 2022 las mujeres presentan una EVN de 81,4 años y los varones, de 74,9 años.

Ahora bien, en tanto las mujeres viven más que los varones, lo hacen a expensas de mayor morbilidad, mayor discapacidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Por lo tanto, son las mujeres quienes más necesidades de cuidados presentan (OMS, 2015).

Quiénes cuidan y a qué costo

Debido a la injusta división sexual de trabajo, en las sociedades capitalistas la provisión de los cuidados está en gran medida relegada al ámbito de los hogares y, dentro de estos, especialmente a las mujeres (CEPAL 2022).

En América Latina y el Caribe, los cuidados de las personas mayores quedan a cargo de las redes familiares y recaen en especial en las mujeres de las familias que lo llevan adelante como trabajo no remunerado. En el 86% de los casos, las tareas de cuidados de las personas mayores son asumidas por una mujer, que suele ser la esposa, hija o nuera de quien recibe los cuidados, y suponen más de 12 horas diarias de trabajo (CEPAL, 2018). En 2015, en países como China, México, Nigeria o Perú, las tareas de cuidados de las personas mayores dependientes con demencia eran mayoritariamente asumidas por mujeres (hijas, nueras o cónyuges), y una proporción importante de ellas había reducido su trabajo remunerado para prestar cuidados no remunerados (ONU Mujeres, 2015).

Los cambios sociales y demográficos y la salida de las mujeres al mundo público producen lo que ha sido denominado “la crisis de cuidados”. Hay más personas mayores para cuidar y menos personas cuidadoras en el seno de las familias. Al mismo tiempo, hay nuevas estructuras familiares, como parejas sin hijos o de un solo hijo, familias sin cónyuge, monoparentales, etc., lo que significa una reducción de los cuidadores y las cuidadoras informales.

El tiempo destinado al cuidado no remunerado reduce la cantidad de horas disponibles para dedicar al trabajo remunerado. Las cifras también son muy claras en este aspecto: a nivel mundial, el 42% de las mujeres no accede al trabajo remunerado porque es responsable de la totalidad de las tareas de cuidados de los grupos familiares o a cargo. En comparación, sólo un 6% de los varones realizan tareas similares (Ministerio de Economía, Argentina, 2020).

El informe mundial sobre envejecimiento de la OMS del año 2015 también ofrece cifras muy elocuentes. En México, por ejemplo, una cuidadora o cuidador familiar debió, en promedio, reducir sus horas de trabajo remunerado en un 25,4% para prestar cuidados a una persona mayor; en tanto en Perú, para el mismo período, ese porcentaje promedio fue de un 16,3%. Otro estudio, efectuado en los Estados Unidos, concluyó que las mujeres de entre 55 y 67 años que prestaban servicios de cuidados no remunerados a su madre o a su padre reducían sus horas de trabajo en un 41%, en promedio (ONU Mujeres, 2015).

La carencia de una política de cuidados perjudica directamente a las mujeres, puesto que les impide estar en el mercado de trabajo formal y, por ende, acceder a una jubilación e incluso, a una magra pensión.

La inversión en los cuidados a largo plazo no sólo beneficiaría a las personas mayores con pérdida de autonomía o independencia, sino también a las mujeres que, de este modo, podrían permanecer en la fuerza laboral formal, en lugar de estar obligadas a quedarse en casa al cuidado de familiares de edad. Además, a largo plazo, los servicios de cuidados también pueden fomentar la cohesión social, al compartirse las tareas y sus desafíos dentro de la comunidad (OMS, 2015).

Las políticas de cuidados

En un documento del año 2015, la Organización Mundial de la Salud afirma que la expectativa de vida de los varones carentes de buena salud, después de cumplir los 60 años, es de 8 años, mientras que la de las mujeres, en las mismas condiciones, asciende a 10 años. Es en este periodo cuando más necesarios se hacen los servicios de cuidados en su amplia gama prestacional. Son las familias quienes, de modo predominante, brindan hoy estos apoyos, con

una incidencia muy baja del sistema público, en particular en nuestra región. El cuidado está, por lo tanto, familiarizado y feminizado, y en consecuencia no se lo considera un trabajo que deba ser remunerado. Adriana Rovira, siguiendo a Aguirre nos propone reflexionar sobre estas tareas, a las que define como “una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social (que) (c)omprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental” (Aguirre, 2005, como se citó en Rovira, 2017).

No sólo las personas jóvenes cuidan, las mayores también son cuidadoras. A menudo se ocupan de sus parejas, de sus hijos o hijas con discapacidad, o de sus amistades. El cuidado de otras personas que realizan los mayores puede impactar negativamente en su salud y bienestar. Por un lado, le dedican menos tiempo al autocuidado; por otro, el cuidado siempre va asociado a una sobrecarga de trabajo que genera estrés físico y psicológico, lo que genera o profundiza problemas de salud (Huenchuan, 2018).

Las consecuencias negativas sobre la salud de las personas mayores que se derivan de este escenario plantean la necesidad de implementar políticas públicas de cuidados de las personas mayores. Por otra parte, el “derecho a los cuidados a largo plazo y la obligación de los Estados de garantizarlos” están claramente establecidos en el artículo 12º de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Los cuidados de las personas en situación de dependencia forman parte de los servicios de inclusión social que los Estados deben garantizar. El BID (2017) define a estos servicios como aquellos que “pretenden que las personas alcancen un nivel mínimo de bienestar, desarrollen su potencial y participen en igualdad de condiciones en la vida social, política y económica”. Además, plantea que los servicios de inclusión social son aquellos que promueven el desarrollo de habilidades y capacidades, la generación, vinculación y aprovechamiento de oportunidades y el cuidado a personas en situación de dependencia. Estos servicios se enfocan en tres etapas del ciclo vital: “la primera infancia, cuando hay una ventana de oportunidad para el desarrollo de la arquitectura cerebral; la juventud, cuando existe el riesgo de interrupción de trayectorias exitosas; y la situación de dependencia, que puede ser causada por discapacidad, enfermedades crónicas, y/o edad avanzada” (BID; 2017). Sin embargo, los servicios de cuidados, tanto en la región de América Latina y el Caribe en general, como en Argentina

en particular, son casi inexistentes y presentan una muy baja inversión e institucionalidad (sólo en Uruguay existe un Sistema Integral de Cuidados).

La necesidad de implementar y desarrollar estos servicios no se funda sólo en el derecho a la inclusión y a ampliar la autonomía de las personas mayores o con discapacidad. Como se vio más arriba, también obedece al papel clave de estos servicios en cuanto a posibilitar el acceso de las mujeres a trabajos remunerados, incluso dentro del propio sector de los cuidados donde, según la OIT (2017) y la CEPAL (2022), podrían generarse millones de puestos de trabajo.

Qué son los cuidados a largo plazo y quiénes los necesitan

En el Informe Mundial de Salud de la OMS del año 2015 se definen los cuidados a largo plazo como “las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana”. En el mismo informe, se plantea la necesidad de que no solamente las personas mayores con dependencia reciban cuidados a largo plazo, sino también las que presenten una pérdida importante de la capacidad intrínseca y un alto riesgo de deterioro, lo que se denomina vejez frágil. Por lo tanto, las políticas de cuidados deben estar dirigidas a promover la autonomía personal y apoyar la independencia, tanto de quienes presentan fragilidad como dependencia.

Para el 2020, en América Latina y el Caribe, el 14,4% de las personas mayores de 65 años presentaban dificultades en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y necesitaban de apoyo de otras personas para su realización. Esta dependencia es mayor en las personas de 80 años, llegando a un 20%. Las mujeres mayores presentan más dependencia que los varones, debido a que ellas sufren con mayor frecuencia de enfermedades crónicas invalidantes como las osteoarticulares (BID, 2022).

En Argentina, de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (INDEC, 2012), el 9,5% de las personas mayores de 60 años presentó dependencia en las actividades de la vida diaria, con prevalencia de las mujeres por sobre los varones (12,2% y 5,9% respectivamente). A medida que

avanza la edad, la dependencia es mayor. En el grupo de personas de más de 75 años, la dependencia ascendió a un 20,7%, con el doble de mujeres que de varones. La dependencia en las actividades instrumentales es aun mayor: el promedio para ambos sexos es de 21,9%, y en mayores de 75 años, la cifra asciende a 41% –en ambos casos, con amplio predominio de mujeres–.

En 2015, existían 300 millones de personas mayores en el mundo con necesidades de cuidados. Si se implementaran políticas de cuidados para atender a esas necesidades, se generarían 13 millones y medio de puestos de trabajo (OIT, 2017). En América Latina y el Caribe, los puestos de trabajo ascenderían a dos millones y medio (CEPAL 2022).

Tipos de Cuidados en la vejez

Los cuidados en la vejez deben distinguirse en:

a. Cuidados en la Comunidad

Según la OMS (2015), esta denominación “hace referencia a todas las formas de asistencia que no requieren que una persona mayor resida permanentemente en un centro de atención institucional”. Estos cuidados pueden ser de distintos tipos:

1. **Teleasistencia:** se brinda a la distancia, a través de tecnologías. El objetivo principal es proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia a las personas en situación de dependencia o de fragilidad debido a una enfermedad crónica.
2. **Apoyos y cuidados domiciliarios:** son servicios prestados en el lugar donde reside la persona para asistirle en las actividades básicas e instrumentales.
3. **Centros de día:** son servicios integrales que se prestan en instalaciones que no incluyen alojamiento, como cuidado, enfermería, asistencia psicológica, terapia ocupacional y kinesiología, entre otros.

b. Cuidados institucionales: residencias de larga estadía (RLE)

Son servicios prestados en una institución que incluyen alojamiento, cuidados, asistencia psicosocial, enfermería, terapia ocupacional y servicios de salud de complejidad media. Durante la mayor parte del siglo XX, los cuidados institucionales se basaban en la atención médica, por lo que tanto su funcionamiento como las estructuras edilicias de las instituciones eran de carácter hospitalario (OMS, 2015). Ya a fines del siglo XX, estos espacios se fueron haciendo más amigables y pasaron a considerarse como el hogar, el hábitat, donde transcurre la vida de quienes residen allí. En el siglo XXI esto se plantea más fuertemente a través de la incorporación del paradigma de los derechos humanos. Este paradigma supone que, sin importar las condiciones de independencia o dependencia, todas las personas son sujetos de derechos, vivan en la comunidad o en una institución, y que, por lo tanto, también en las instituciones se debe promover la autonomía en la toma de decisiones. Las personas mayores institucionalizadas deben ser consideradas sujetos con plena capacidad jurídica, y es a ellas a las que se les debe solicitar el consentimiento libre e informado para entrar o salir de la residencia.

En Argentina, según el Censo Nacional de Población del año 2010, 76.627 personas de 60 años y más vivían en residencias, lo que significaba un 1,3% de la población mayor de 60 años. Aunque todavía no contamos con los datos del último Censo Nacional (2022), este número puede considerarse bajo si consideramos países como los europeos que presentan entre un 4% y un 5%.

Según el relevamiento realizado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en el año 2012, la cantidad de residencias llegaba a 3.584 en todo el país. Estos establecimientos pueden ser públicos (nacionales, provinciales o municipales) o privados (empresas u organizaciones de la sociedad civil). El relevamiento puerta a puerta se realizó al 50% de las residencias (1.803) en todo el país, y sus resultados nos indican que la mayoría de las RLE son de gestión privada (76,1%), le siguen las públicas (13,8%) y, por último, las pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil (10,1%). Un 85,9% de las RLE son pagas. La mayoría de las obras sociales no cubren esta prestación y las personas afrontan este gasto de su propio bolsillo. Solo PAMI, que cuenta con el 15% del total de las residencias, ofrece estos servicios de manera gratuita a sus afiliados. El relevamiento también señala que la mayoría de las residencias están distribuidas en la Ciudad de Buenos Aires, las provincia de

Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, y en mucho menor medida en el resto del país, donde estos servicios resultan insuficientes.

La regulación de estas instituciones está a cargo de las jurisdicciones provinciales y existen diferentes requisitos de admisión para el ingreso de las personas mayores. En algunos casos, estos requisitos tienen en cuenta la salud, la dependencia y el deterioro, y en otros, la situación de vulnerabilidad, la falta de familiares y de redes o de vivienda. Otro aspecto observado es que la mayoría de las instituciones son de tamaño mediano y cuentan con entre 20 y 30 plazas, lo que permite una atención centrada en la persona. En referencia al personal, el estudio muestra la falta de formación en las áreas de gerontología y geriatría y la falta de equipos interdisciplinarios (Roqué y Fassio, 2015).

Experiencias internacionales

Existen distintos tipos de cobertura y financiamiento en los países que tienen sistemas de cuidados. Según el documento "Marco Sectorial de Protección Social y Pobreza" (BID, 2017), en los países con sistemas desarrollados estos servicios representan entre 1% y 3% del Producto Interno Bruto (PIB). El mismo documento explica que los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) hay dos modelos: la cobertura universal con un solo programa y los países con más de un programa de cuidados a largo plazo.

Entre los países con cobertura universal de un solo programa hay algunos que están financiados por impuestos generales, como en los países escandinavos y que presentan un gasto promedio de entre el 2% y 3,6% del PBI; otros que se financian por un seguro obligatorio e independiente del seguro de salud, como Alemania, Corea del Sur o Japón, con un gasto promedio al 1,5% del PBI; y otros que están integrados en el seguro de salud y se financian de esa manera, como Bélgica.

Por su parte, entre los países con más de un programa de cuidados a largo plazo hay algunos, como en Escocia y la República Checa, donde coexisten por separado los cuidados de personas y los cuidados de enfermería, que son parte del sistema de salud. En otros hay programas universales de prestaciones económicas, pero con apoyo modulado por los ingresos, como en

Francia y Australia, donde el sistema no cubre todos los costos y el apoyo depende de los ingresos de las personas. Otro modelo es el de programas universales que conviven con programas focalizados por nivel de ingreso, como en España. Por último, está el caso de Estados Unidos que tiene programas altamente focalizados según el nivel de ingreso, para personas sin recursos económicos.

Experiencias en América Latina

Las inversiones en políticas de cuidados en la vejez son muy bajas en toda la región, y son muy pocos los países que tienen programas de cuidados en la vejez –el único que cuenta con una ley que los regula es Uruguay–. Implementar políticas universales de cuidados en la vejez es, por lo tanto, un gran desafío de la región.

Argentina

Desde 1996, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Desarrollo Social, Argentina ha implementado el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, luego aprobado por Resolución Ministerial N° 1.120. El propósito del Programa consiste en posibilitar que las personas mayores envejecen en sus casas y retrasar la institucionalización el mayor tiempo posible y conveniente (Roqué, 2017). Esto implicó el desafío de crear e instalar un nuevo servicio, distinto de las RLE, lo que impuso de inmediato una agenda de acciones: formar profesionales para dirigir estos servicios; formar profesionales de los cuidados para personas mayores; definir de modo preciso las incumbencias profesionales para diferenciarlas de las propias de la enfermería; crear áreas de atención en domicilio en las provincias y municipios; y convencer a la sociedad de que cuidar a una persona en la casa, con el apoyo de personal técnico (cuidador) era, en muchos casos, mejor que institucionalizarla, entre otras.

Una de las acciones a destacar del Programa fue el convenio con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros (ATTTA) para la formación de sus asociadxs, que impuso la exigencia de un cupo travesti trans en los cursos de formación. Entre principios de 2022 y mediados de 2023, se formaron 50 cuidadorxs trans, muchxs de lxs cuales prestan servicios en las

RLE, a cargo de la propia DINAPAM. De esta manera, se ofrece una alternativa laboral formal a este colectivo.

También es importante destacar que entre los módulos de formación existe uno dedicado de modo específico a las temáticas de género y diversidad en la vejez, dado que las personas mayores de las comunidades LGBTIQ+ son aun más discriminadas que el resto de las personas mayores.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) también lleva adelante una política de cuidados:

1. Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios: actualmente existen dos líneas de acción dentro de esta órbita, que emplean la modalidad de subsidio directo a la persona afilada. En diciembre del 2019 la cantidad de personas alcanzadas por el Programa era de 6.000, hoy ese número se incrementó a 55.000. Facilitar que las personas mayores puedan envejecer en sus casas, y seguir participando activamente en la comunidad es uno de los mayores logros de este programa. La falta de formación de los cuidadores y cuidadoras es uno de los principales obstáculos, por ello, tanto PAMI como DINAPAM trabajan en la formación cuidadores, en convenio con universidades nacionales en todo el país. Por otra parte, se está trabajando para cambiar el modelo de subsidios por un modelo prestacional que controle de mejor manera la calidad de atención que reciben las personas mayores.
2. Centros de Día para Personas Mayores y Centro de Día para personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias.
3. Residencias de Larga Estadía: como se comentó más arriba, las residencias son servicios sociales con coordinación sanitaria que deben brindar servicios a aquellas personas con alta dependencia que no puedan ser cuidados en la comunidad. Es el último eslabón de un sistema progresivo de atención, por lo tanto, es importante no institucionalizar en estos centros cuando existen recursos para que las personas mayores sigan viviendo en su casa y en su comunidad. PAMI cuenta con cuatro residencias propias y 540 contratadas, en todo el país.

Chile

El Programa "Chile Cuida" forma parte del Sistema de Protección Social del Estado y tiene como misión acompañar y apoyar, a través de diferentes servicios, a las personas en situación de dependencia, sus cuidadores y cuidadoras, sus hogares y su red de apoyo. Los servicios del programa son accesibles a través de los municipios y abarcan cuidados domiciliarios, ayuda técnica, residencias, hogares protegidos y centros diurnos, entre otros. Las poblaciones destinatarias del programa son las personas mayores de 60 años en situación de dependencia y los niños, niñas, adultos y adultas en situación de dependencia. Por otra parte, prioriza la atención a los hogares más vulnerables del país, según el Registro Social de Hogares.

Uruguay

Uruguay es el único país de América Latina que, a través del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, creado mediante la Ley 19.353, implementa políticas de cuidados institucionalizadas. Este sistema es transversal, es decir que se organiza en función de las personas de todas las edades que precisan cuidados, entre las cuales están las personas mayores con dependencia, pero también la infancia y las personas con discapacidad con dependencia (Junta Nacional de Cuidados, 2015). En este marco, se elaboró el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, cuyo objetivo general es:

Garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres. (Junta Nacional de Cuidados, 2015, p. 11)

Dentro de este plan, hay un objetivo exclusivamente destinado a la población mayor:

Mejorar la atención de las personas mayores y las personas con discapacidad que se encuentran en situación de dependencia mediante el desarrollo de estrategias corresponsables de cuidado que se adecuen a las necesidades y capacidades de las personas y los hogares. Fortalecer

las capacidades institucionales y su mejora continua. (Junta Nacional de Cuidados, 2015)

Para cumplir con estos objetivos, Uruguay dispone de un programa de cuidados en domicilio denominado “Asistentes personales”. La prestación consiste en un subsidio económico definido en función de la capacidad de pago de cada hogar y la carga de cuidados correspondiente. En cuanto al acceso, se determina a través de un sistema de postulación que prioriza a las personas mayores de 80 años. Hacia marzo de 2017, el número de personas alcanzadas por este programa era todavía muy bajo (2.048, según la Junta Nacional de Cuidados, 2017), lo que plantea la pregunta por el impacto de estas políticas.

Ventajas de las políticas de cuidado

Hasta aquí, hemos argumentado y presentado datos acerca de la necesidad de implementar políticas de cuidados –desde la formación profesional de cuidadores y cuidadoras, hasta la asistencia directa– con gestión o participación estatal. Nuestro enfoque ha sido el de los derechos: tanto el derecho de las personas a recibir cuidados, como el de los y las trabajadoras del sector a ser reconocidas y recibir remuneración por sus tareas. Sin embargo, la necesidad de estos servicios también se fundamenta en el uso más racional y adecuado de los recursos. La falta de servicios de cuidado a largo plazo produce otros gastos, a causa del mal uso de los servicios de atención, por ejemplo, de cuadros agudos. Así, aunque los gastos públicos en cuidados a largo plazo pueden parecer bajos, es probable que se hayan transferido, al menos en parte, hacia el sector de la salud (OMS, 2015).

Las ventajas de estos servicios son:

1. Mejorar la calidad de vida de personas con dependencia y fragilidad.
2. Promover la inclusión y participación social de las personas en la comunidad.
3. Aliviar la carga de las cuidadoras y los cuidadores informales.
4. Brindar asistencia adecuada a las personas que presentan patologías crónicas que motivan la dependencia.
5. Reducir las hospitalizaciones y los costos asociados (se acorta la duración de las hospitalizaciones y se apoya el retorno de las personas mayores a sus hogares).

6. Mejorar los cuidados en casos de demencia.
7. Mejorar los cuidados al final de la vida.
8. Promover la dignidad en la vejez.
9. Promover el empleo.

Conclusiones

De modo breve, a partir de todo lo expuesto, concluimos que:

- Los servicios de cuidados en América Latina y el Caribe son escasos, y el cuidado recae en las mujeres de las familias, incluso, hasta edades muy avanzadas.
- Las principales receptoras de los cuidados en la vejez también son las mujeres. La inversión en las políticas de cuidados no solo beneficiará a las personas mayores con pérdidas significativas de la capacidad funcional, sino que también permitirá en muchos casos que las mujeres permanezcan en el mercado laboral en lugar de quedarse en casa al cuidado de familiares de edad.
- Por otro lado, aplicar políticas de cuidado ayudaría a disminuir el desempleo al generar millones de puestos de trabajo genuinos.
- Las políticas de cuidado son un derecho tanto para las personas que cuidan, como para quienes son cuidadas. Es necesario que los Estados desarrollen servicios y programas que garanticen este derecho.
- Por último, la implementación de servicios de cuidados a largo plazo redundará en una mejor administración de los recursos, lo que significa un ahorro para el sistema de Salud que puede orientarse más adecuadamente.

Bibliografía y referencias

Aguirre (2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. Universidad de la República, Uruguay.

Arriba González de Durana, A.; Moreno Fuentes, F. (2009). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social- IMSERSO.
<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>

Banco Mundial (2022).
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>

Banco Mundial (2021).
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>

Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (2011). Boletín Oficial del Estado. España. Recuperado en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174>

BID (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados.
<https://publications.iadb.org/es/cuatro-elementos-para-disenar-un-sistema-de-cuidados>

BID (2017). Documento de marco sectorial de protección social y pobreza división de protección social y salud.
<https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHA-RE-1728116555-3463>

CEPAL (2020). CEPALSTAT. Estadísticas e indicadores sociales. Tasa bruta de mortalidad. Disponible en: <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=5&idioma=e>

CEPAL (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Inclusión y derechos de las personas mayores. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%2C%20el%20envejecimiento%20poblacional%20%E2%80%94fen%C3%B3meno,y%20desaf%C3%ADos%20de%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABlica>

Franco Rebollar, P.; Ruiz, B. (2018). *El trabajo de ayuda a domicilio en España. Vicesecretaría General de UGT y la FeSP UGT.* España. Disponible en https://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf

Huenchuan S (ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos.* Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>

Roqué, M. (2019.). "Agenda 2030 desde la perspectiva del envejecimiento y las personas mayores", en *Experiencias y Prioridades para Incluir a las Personas Mayores en la Implementación y Seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.* Huenchuan S, Rivera E., CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44600-experiencias-prioridades-incluir-personas-mayores-la-implementacion-seguimiento>

INDEC (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores.* Argentina. Recuperado en <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

INDEC (2013). *Encuesta Sobre Trabajo No Remunerado y Uso Del Tiempo.* Argentina. Recuperado en https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf

Junta Nacional de Cuidados (2017). Informe anual Sistema de Cuidados 2017. Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Informe%20anual%20Sistema%20de%20Cuidados%202017.pdf>

Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006). Boletín Oficial del Estado. España 2018. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Ministerio de Economía (2020). Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto. Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

OIT (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social.* https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf

OMS (2020). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338072>

OMS (2019). Decenio del envejecimiento saludable 2020-2030. Borrador. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>

OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

ONU (2019). Consejo de Derechos Humanos. Visita a Mozambique. Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad. A/HRC/42/43/Add.2. <https://www.ohchr.org/es/documents/reports/visit-mozambique-report-independent-expert-enjoyment-all-human-rights-older>

ONU Mujeres, CEPAL (2020). *Cuidados en América latina y el caribe en tiempos de covid-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación 1.* <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>

ONU Mujeres (2015). *El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016.*

Transformar las economías para realizar los derechos.

<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/poww-2015-2016-es.pdf?la=es&vs=0>

Philippe; Molero Marañón, M. (2017). El sistema de protección social de las personas dependientes en Francia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272300>

Roqué, M. (2017). La atención centrada en la persona: Los retos del modelo para los servicios de apoyo a la dependencia, en *Dependencia y el apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos*. Dirección Sociocultural de Chile. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

Roqué, M y Fassio, A (2015). Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores en Argentina Relevamiento y Evaluación. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación- Facultad de Psicología de la UBA. Argentina. https://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS_LARGA-ESTADIA.pdf

Rovira, A. (2017). "Los modelos de atención y los servicios de apoyo a la dependencia: la experiencia desde la práctica", en *La Dependencia y el Apoyo a los Cuidados, un Asunto de Derechos Humanos*. Dirección Sociocultural del Gobierno de Chile. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

Salvà, A.; Rojano, X.; Rivero, T. (2007). *Las situaciones de dependencia. Su valoración, los baremos y su aplicación.* España. Disponible en <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/situaciones-dependencia-valoracion-baremos-331710218>

La cooperativa de trabajo de cuidados para la corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y las familias y como medio para la organización social del cuidado. Un aporte para el análisis desde la perspectiva interseccional y de géneros

Cristina Nidia Aboitiz²

Antecedentes

El 20 de marzo de 2020, “la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al coronavirus (Covid-19) como una pandemia, luego de que se confirmaran 4.291 decesos a nivel global y su presencia en 114 países” (OISS, 2022, p. 15). En ese contexto, las personas mayores fueron consideradas entre las más vulnerables, dado que se trata del grupo etario con mayor incidencia de factores de riesgo y, por lo tanto, el más expuesto a altas tasas de morbilidad y mortalidad. Todo esto hizo que fueran sometidas con mayor rigor a la necesaria imposición del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO).

En Argentina, el contexto en el que se desarrolló esta pandemia vulnerabilizó aún más la situación de este sector de la sociedad, ya que fueron notorias las diversas fallas estructurales del sistema de salud gerontológico nacional, debilitado por el gobierno de tinte neoliberal que condujo el rumbo del país entre los años 2016 y 2019. La ausencia de agendas públicas de cuidados gerontológicos fue notoria tanto a nivel nacional como en la provincia del Chaco, donde la infraestructura de cuidados está poco desarrollada. Los mayores avances se registraban en el ámbito público provincial, pero de todos modos el personal con el que contaba este sector era altamente precarizado y el servicio de atención a las personas adultas mayores, muy débil. La pandemia dejó traslucir la falta de personal formado profesionalmente en cuidados, tanto en el ámbito público de la salud como en el privado, y la falta de servicios profesionales de prestaciones sociales, públicas y privadas.

2. Especialista en Políticas Públicas para la Igualdad. Directora de la Diplomatura en Políticas Públicas Gerontológicas de la Universidad Nacional del Chaco Austral. Presidenta de la Fundación Morena en Chaco, Argentina.

En primer lugar, en las veintiséis Residencias de Larga Estadía (RLE) públicas, las cuidadoras se encontraban trabajando bajo un modelo eclesiástico similar al asilar, caracterizado por instituciones cerradas, con una estructura de decisión verticalista, antidemocrática y de rigidez organizacional. Bajo este régimen, las necesidades y preferencias individuales de las personas residentes no eran respetadas –por ejemplo, en materia de horarios o tipo de comida, o de actividades a desarrollar–. Este modelo es opuesto al de atención centrada en la persona bajo el que se organizan las RLE en la actualidad y que implica dar importancia a los proyectos y planes de vida de las personas, respetando sus propias decisiones y su participación en la entidad donde residen.

En segundo lugar, una cantidad significativa de enfermeras, auxiliares de enfermería y cuidadores y cuidadoras empíricas trabajaban en la informalidad. Este carácter informal del trabajo de cuidado impedía a cuidadores, cuidadoras y personal de enfermería (alrededor de 650 en las RLE del ámbito público y de 500 en las RLE del ámbito privado) comprometerse de modo sostenido y más profesional con su tarea.

En tercer lugar, el escaso personal de las RLE recibía, además, haberes ínfimos en relación con el compromiso, el conocimiento, la aptitud, la empatía y, sobre todo, la resistencia que implican sostener en el tiempo tareas de cuidados entre personas con múltiples factores de riesgo, especialmente en contexto de pandemia.

Por otra parte, el Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco no reconocía la tarea del cuidado domiciliario como un trabajo. Por ello, al momento de decidir aislar preventivamente a las personas mayores y a personas dependientes acudió al único ámbito preparado, aun con todas las debilidades ya señaladas, para afrontar el ASPO de esas personas: el de las RLE públicas y privadas.

En síntesis, al inicio de la pandemia el sistema de salud en la provincia del Chaco exhibía una gran endeblez en las prestaciones de cuidados, resultado de la falta de políticas públicas en la materia, en particular, en lo relacionado con la formación profesional de personal especializado en estas tareas.

La pandemia

Ante la emergencia que representó el nuevo contexto de pandemia, las RLE públicas del Chaco obligaron a sus residentes a realizar el ASPO en los establecimientos, cuidados por personal que, sin embargo, se movilizaba dentro y fuera de ellos, haciendo circular el virus y provocando contagios. Esta grave amenaza fue advertida tempranamente por el Gobierno provincial, que tomó decisiones acertadas, como los bloqueos de foco, evitando así esa circulación y los consiguientes contagios masivos y decesos de personas mayores. El total del personal de las residencias fue reemplazado por nuevas dotaciones, provenientes del sector comunitario –conocido también como *cuidotoriado*–, que fueron previamente capacitadas para la tarea mediante cursos profesionalizantes.

Pero además de los avances en la formación y profesionalización, este nuevo sector del *cuidotoriado* presentó al Gobierno de Chaco una propuesta prestacional fundamentada en la responsabilidad colectiva del cuidado, en la comprensión de que se trata de una tarea que no puede ser desarrollada de manera individual, ni basada en premisas o modelos “familiaristas”. Los cuidados empezaron, así, a concebirse a partir de un modelo de corresponsabilidad y articulación entre comunidad, Estado, mercado y familias, que apunta a que la fuente de ingresos de las trabajadoras del cuidado esté sustentada en los aportes provenientes del Estado, de las obras sociales y, complementariamente, de los hogares.

El contexto pandémico fue, entonces, la ocasión en que un renovado personal eventual, proveniente del voluntariado social y formado en su mayoría por mujeres, consiguió el reconocimiento de su identidad laboral y se constituyó en un actor clave del sistema.

Problemas y debates

En relación con lo expuesto en el apartado anterior, aparecen algunas preguntas acerca de la responsabilidad en la organización de ese nuevo sector emergente del *cuidotoriado*, en relación con sus propias reivindicaciones e intereses ¿El Estado debe intervenir para promover esa organización? ¿Es la autoorganización el único camino?

Por otro lado, a partir de definiciones como estas de Arriagada y Todaro:

Las interrelaciones entre las políticas económicas y sociales del cuidado conforman la organización social del cuidado. Se trata de la forma de distribuir y gestionar la provisión de los cuidados que sustentan el funcionamiento económico y social. Para ello se debe considerar la demanda de cuidados existentes, las personas que proveen los servicios así como el régimen de bienestar que se hace cargo de esta demanda. La organización social de cuidado implica una distribución de la responsabilidad de la provisión de bienestar entre el mercado, las familias, la comunidad y el Estado. (Arriagada y Todaro, como se cita en Batthyány Dighiero, 2015, p. 16),

y teniendo en cuenta que el Estado es garante de los derechos consagrados por la Convención Interamericana de Protección de Derechos de las Personas Mayores, que establece la obligación de asegurar cuidados integrales, nos preguntamos acerca de qué modelo organizacional debíamos adoptar o promover desde la Subsecretaría de Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, si queríamos lograr que las tareas y el financiamiento de los cuidados fueran asumidos de modo corresponsable por todos los actores implicados: el Estado, el mercado, las familias y la comunidad.

Desde esta perspectiva, la necesidad de organización del sector comunitario del *cuidatoriado* en defensa de su estatuto profesional y de sus derechos laborales apareció como un requisito ineludible para su integración en un modelo de corresponsabilidad. Y llegamos a la conclusión de que la tradición cooperativista brindaba las premisas y herramientas más adecuadas para ese objetivo.

Fue así que empezamos a trabajar en la creación de un Ente cooperativo de ayuda mutua, que facilitara, al mismo tiempo que esa organización sectorial, los canales de encuentro entre las personas que cuidan y las personas que demandan cuidados. Este Ente sería responsable, además, de establecer no sólo los baremos de valoración de dependencia, sino que también debería considerar los aspectos conductuales y la relación entre ambas partes *“para que pueda asumirse plenamente, desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan, es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados”*. (Batthyány Dighiero, 2015)

Estas ideas se empezaron a materializar en la realidad de la provincia del Chaco de una manera muy compleja debido a la suerte de consenso dominante de que sólo el empleo moviliza socialmente y no el trabajo autogestivo, basado en la solidaridad y la ayuda mutua.

Las cooperativas de trabajo en la provincia del Chaco

En este contexto, la Fundación Morena presentó al Gobierno de Chaco una propuesta para establecer una Unidad de Políticas de Cuidados, que promoviera la corresponsabilidad en los cuidados. Las cooperativas de cuidados ocuparían un lugar central en esta propuesta y tendrían como una de sus tareas principales la organización del trabajo voluntario de modo que dejara de ser no remunerado y se retribuyera con un pago acorde a los convenios colectivos de trabajo vigentes, de modo de valorizar el trabajo del *cuidadoriado*.

A partir de esta propuesta de jerarquización profesional y de un incipiente reconocimiento laboral, y para profundizar la visibilización y la formalización de sus trabajos –voluntarios o precarizados–, las cuidadoras empezaron a organizarse de manera solidaria en cooperativas de ayuda mutua. Con el apoyo del Gobierno del Chaco, a través de la Subsecretaría de Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social, las cooperativas obtuvieron sus personerías jurídicas, lo que les permitió trabajar en tareas de cuidados de personas adultas mayores, de modo reconocido social y económicamente. Más tarde, estas cooperativas, junto a Fundación Morena, conformaron la red de fortalecimiento *Chaco Te Cuida*.

Los mayores aportes de las cooperativas durante la pandemia tuvieron lugar cuando el personal de las RLE debía realizar bloqueos de foco y aislarse en sus hogares. En esos casos, el personal fue reemplazado por las cuidadoras voluntarias, que estaban realizando sus prácticas profesionalizantes, mientras estudiaban la carrera de cuidador domiciliario y/o polivalente en el Ministerio de Educación de Chaco, o en la Universidad Nacional Chaco Austral (UNCAUS). Las cuidadoras trabajaron, además, en asistencia domiciliaria para atender las demandas de la población de adultos mayores que requería medicamentos, controles de salud, asistencia de comida o cuidados en general, ante una situación de dependencia. Estas tareas fueron realizadas sin recibir paga alguna o por una paga ínfima, como parte de su compromiso con la comunidad.

Actualmente, existen cooperativas de cuidados instaladas en distintos puntos geográficos de la provincia: tres en la zona norte, tres en la zona centro, una en la zona este y tres en el área metropolitana o cercanas a la capital de la provincia. Cada una de ellas surge con características propias, según la zona de origen y en que desarrolla sus actividades, y se conforma atendiendo a la necesidad de sus integrantes, mayoritariamente mujeres.

Las tres cooperativas de cuidados de la zona norte –en las localidades de Miraflores, Juan José Castelli y Villa Río Bermejito– sufren una realidad en común. En esos parajes aislados, las necesidades de las mujeres son radicalmente desatendidas, con pérdida de derechos y un acceso muy limitado a los recursos y servicios del Estado. Las interseccionalidades de clase, género, etnia y edad determinan múltiples opresiones sobre los cuerpos y las vidas de esas mujeres, signadas por la conjunción del dominio patriarcal, colonial y capitalista (Boaventura de Souza Santos, 2016). Esta realidad cotidiana se traduce en datos concretos: allí, las mujeres –que en promedio provincial y nacional tienen una esperanza de vida mayor a la de los varones– envejecen en peores condiciones y viven menos que los varones.

En estas condiciones, las cooperativas se presentan para las cuidadoras como un espacio de encuentro y una herramienta de defensa no sólo de sus derechos, sino también de los de sus pares mayores, creando una red de sororidad resiliente –además de constituirse en una plataforma desde la que lograr el reconocimiento y la valorización de las tareas de cuidados que llevan adelante–.

Este *cuidotoriado* es el que sostuvo a las personas mayores de sus comunidades durante la pandemia de Covid-19, a partir de un firme y certero compromiso. En el caso de Miraflores, por ejemplo, ese compromiso fue sostenido a través de la Mesa de Gestión del Impenetrable. En el caso de Juan José Castelli, con participación del Municipio, que creó un área gerontológica específica articulada con la cooperativa para atender a las personas mayores y/o con discapacidad. En el caso de Villa Río Bermejito, a través del Centro de Jubilados Nacionales, cuyos asociados afiliados a la obra social PAMI coordinaron con el organismo la provisión de los servicios de cuidados necesarios en la localidad. El coordinador de este centro fue también fundador de la Cooperativa de Trabajo “Bermejito te cuida Ltda”.

De la misma forma, las cooperativas del centro de la provincia –de las localidades de Sáenz Peña, Quitilipi y Machagai–, junto con la del este –de Colonia Elisa– comparten también rasgos en común en relación con los usos y costumbres de la población rural, que constituye el 50% de la población total de esas localidades. En estas áreas, la institución patriarcal se expresa especialmente en la propiedad de la tierra, en cabeza de los varones, mientras que es la labor silenciosa de las mujeres, que siembran y cosechan donde no son propietarias, la que sostiene la economía familiar.

Como en los casos que vimos para el norte de la provincia, los recursos y servicios del Estado permanecen muchas veces inaccesibles a estas mujeres, del mismo modo que se les niegan derechos básicos, obstaculizando así su autonomía y el acceso a cuidados. En el contexto de relativo aislamiento de las poblaciones rurales, la supervivencia de la costumbre colonial aporta rasgos característicos a la demanda y organización comunitaria de los cuidados, en sociedades en la que las mujeres tienen arraigada la obligación de cuidar y autocuidarse dentro del ámbito familiar y comunitario. Dadas estas particularidades, las cooperativas organizadas en la zona reciben su mayor demanda de las ciudades, y no de los propios campos, parajes o asentamientos rurales y/o indígenas, donde las mujeres de las familias toman los cuidados a su cargo.

Las cooperativas del área metropolitana, Barranqueras te Cuida Ltda. y Margarita Franca Ltda., cuentan en cambio con mejor acceso a recursos del Estado, justamente porque conocen más sus derechos, los exigen y reclaman cuidados a cargo de las obras sociales o del Estado. La esperanza de vida en estos lugares es más alta y esta población más longeva requiere más cuidados.

Por su parte, la Cooperativa de Trabajo Fontana te Cuida Ltda., perteneciente a esta misma zona, está ubicada en los Barrios Balastro I y II, con alcance a los Barrios Cacique Pelayo y con extensión a los Barrios del Gran Toba y al Barrio Mapic, ambos de la ciudad de Resistencia. Aunque está localizada, por lo tanto, en una localidad anexa a la capital provincial, muy próxima a la urbe y con mayor acceso a los recursos del Estado, su realidad se asimila a la descrita para el norte de la provincia. A pesar del fuerte dominio patriarcal y de las pervivencias coloniales, las cuidadoras que sostienen a las personas mayores de estas comunidades se organizan desde hace muchos años en una red de apoyo, a través de los Consejos de Ancianos y Ancianas Indígenas

que habitan en los barrios. Aquí, los mayores son asistidos y cuidados por la población indígena más joven, que conoce sus usos y costumbres, tanto medicinales, como de autocuidado y en cuanto a formas de envejecimiento (que difieren de las criollas). Entre estas mujeres, prevalecen hábitos de sororidad que las reúnen y las motivan y que se expresan mediante actividades comunitarias, como la cestería y otras artesanías.

Conclusiones

La pandemia de Covid-19 obligó a buscar nuevas soluciones en materia de cuidados que redundaron en una también renovada reflexión y profundización en torno a su concepto mismo. Aparecieron así en nuestro horizonte una diversidad de modos en los que se dan los cuidados: físico, afectivo, remunerado, no remunerado... Pero también, una apreciación más ajustada de otros factores, como el compromiso de las familias, el tiempo que demandan los cuidados, o la falta de cobertura de las obras sociales, entre otros.

Por otra parte, el contexto de la pandemia sacó también a la luz la rotunda feminización de los trabajos de cuidados, impuesta por la división sexual del trabajo y la ausencia casi absoluta de reconocimiento y de formalidad en la que se llevan adelante estos trabajos.

Todo esto alertó acerca de la necesidad de un Sistema Integral de Cuidados que, al mismo tiempo que garantice el acceso de la población a los servicios, reconozca, proteja y valore la tarea. La formación de cooperativas capaces de articular el trabajo de cuidados con el Estado, el mercado y las familias pareció el mejor camino a seguir para conseguir este doble objetivo.

Si bien aún queda mucho trabajo por hacer en la consolidación de un servicio de cuidadores y cuidadoras domiciliarios y/o polivalentes basado en la corresponsabilidad, tanto las obras sociales como las familias y el Estado son hoy más conscientes de esta necesidad. Diversos organismos estatales de la provincia, como la Secretaría de Derechos Humanos y Géneros y el Ministerio de Trabajo han incorporado a sus agendas políticas y de gobierno esta propuesta, por ejemplo se han implementado ayudas económicas para cada ente y para cada trabajador/a cooperativista, que contribuyen a las prestaciones de cuidados de las Cooperativas de la Red Chaco te Cuida.

A partir de la colaboración en la formación académica y de práctica profesional interdisciplinaria aportada por Fundación Morena, las cooperativas pueden desarrollar su trabajo, con el apoyo del Programa Articular y Producir (Cuidados), y del Programa Autogestivo del Gobierno provincial.

Al mismo tiempo, las cooperativistas ya están organizando su sede propia, empezaron a establecer diferentes roles en la organización y gestionan ante las obras sociales y el Estado fuentes de ingresos adicionales.

El camino recorrido en la provincia desde la emergencia planteada por la pandemia hasta hoy indica que hay que seguir trabajando para que las agendas de gobierno incorporen cada vez más tanto el derecho a recibir cuidados como el reconocimiento y la valoración de estas tareas, de modo que cada cuidadora o cuidador esté no sólo bien remunerado según su tarea, sino contenido en un ámbito de corresponsabilidad colectiva.

En este sentido, las cooperativas representan, más allá de un espacio de ayuda mutua y solidaria, la posibilidad de acceso a una fuente de trabajo digna, a la par que un servicio de cuidados pensado a partir de una concepción que tiene en cuenta no sólo los aspectos técnico-profesionales de la tarea, sino además los relacionales y afectivos que ella involucra.

Bibliografía y referencias

Batthyány Dighiero, Karina (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales. Naciones Unidas.

Boaventura de Souza Santos (2016). Curso Internacional América Latina: Ciudadanía, Derechos e Igualdad. Clase 3. Las Luchas por la Igualdad en América Latina: por un nuevo ciclo constituyente. Clacso (Buenos Aires, 12 de abril de 2016).

Constitución de la Nación Argentina (1994).

Durán, M. de los Angeles (2018). Las cuentas del cuidado. Revista española de control externo.

ONU Mujeres (2018). El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas

Organización Iberoamericana para la Seguridad Social (OISS) (2022). Material de Estudio del Diplomado Iberoamericano 2022. Políticas de Cuidado.

