

Tareas de cuidado en situación de pobreza: la participación de los efectores

María Fabiana Carlis¹, Florencia Sobral Stuber²

Enviado: 20/06/2022 // Aceptado: 09/11/2022

Resumen. La presente investigación tiene como objetivo describir la participación de los efectores de la organización social del cuidado (Estado, Familias, Mercado y Comunidad) en las tareas del cuidado en familias en situación de pobreza de la provincia de Buenos Aires, Argentina. El estudio utiliza un diseño cuantitativo de tipo descriptivo en el cual se realizaron encuestas a través de medios virtuales en el marco de la pandemia COVID-19.

En las tareas de cuidado se destaca la recarga de la responsabilidad y ejecución del cuidado sobre las familias y, dentro de ellas, en las mujeres. Asimismo, se observa, por un lado, la baja participación del Estado, excepto por medio de transferencias económicas y, por otro, la presencia de organizaciones de la comunidad, especialmente en el marco de la pandemia y de la situación de crisis socioeconómica que profundizó la misma. Por su parte, el ámbito del mercado queda restringido a la contratación de mujeres de estas mismas familias para desarrollar tareas de cuidado en hogares con mayor poder adquisitivo.

Palabras Claves: Cuidados, Familiarización, Pobreza, Covid-19, Argentina

[en] Care work in a situation of poverty: the involvement of stakeholders

Abstract. The aim of this research was to describe the participation of the providers of socially organized care (State, families, market and community) in caregiving tasks among families living in poverty in the province of Buenos Aires, Argentina. The study used a descriptive quantitative design involving surveys conducted virtually in the framework of the COVID-19 pandemic.

Families, particularly their female members, faced a notable burden in terms of taking responsibility for and implementing caregiving. It was also observed that there were low levels of State involvement other than through financial transfers, but community organizations did have a presence, particularly in the context of the pandemic and the socioeconomic crisis that exacerbated it. Market-based care provision was restricted to hiring women from the same families as mentioned before to undertake caregiving tasks in households with greater purchasing power.

Keywords: caregiving, familiarization, poverty, COVID-19, Argentina

Sumario: 1. Introducción. 2. Antecedentes. 3. Metodología. 4. Análisis y discusión de resultados. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas

Como citar: Carlis, M. F.; Sobral Stuber, F. (2023). Tareas de cuidado en situación de pobreza: la participación de los efectores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 36(1), 133-144.

1. Introducción

Desde los años setenta y ochenta del siglo XX, comenzaron a cobrar relevancia algunas preguntas que fueron construyendo progresivamente la agenda de preocupaciones de los feminismos. Una de ellas se centra en las tareas desarrolladas por las mujeres al interior de los hogares y su importancia para el funcionamiento del sistema económico y el bienestar social, y la escasa o nula visibilización de las mismas más allá del cotidiano de las mujeres.

¹ Universidad Nacional de Luján, Bs. As., Argentina
mfcarris@hotmail.com

² Universidad Nacional de Luján, Bs. As., Argentina
florenciasobralstuber@gmail.com

Particularmente en Latinoamérica, el concepto de *cuidado* se ha estudiado con mayor interés en los últimos veinte años (Batthyány, 2020) a partir de su posicionamiento en la agenda regional y en las agencias de financiamiento multilateral (CEPAL, ONU, OEA). Esto dió lugar no solo a aportar visibilidad al avance de conocimientos en la temática, sino también a impulsar la generación de políticas públicas que den respuesta a las necesidades que los estudios van identificando.

Las *tareas de cuidado*, comprenden a todas aquellas actividades que “implican la atención de necesidades para la reproducción cotidiana de la vida, generación de capacidades y la atención de la dependencia” (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015, p. 5). En otras palabras, “son todas aquellas tareas necesarias para el sostenimiento de la vida cotidiana y de su reproducción intergeneracional” (Aguilar, 2019, p. 19) e incluye tanto aquellas prácticas que constituyen la acción material y física de cuidar propiamente dicha, así como la preocupación, el afecto y la atención que requiere una persona que necesita cuidados.

Una revisión de dicha categoría permite identificar distintos aportes asociados a la composición multidimensional de los *cuidados* en relación a los aspectos y actores involucrados. Esto marca una diferencia con la mirada lineal del tema que se convoca desde el sentido común, que suele recortarlo al vínculo familia-sujeto de cuidado que, efectivamente, es el espacio donde las tareas de cuidado se realizan mayoritariamente en la actualidad pero de ningún modo limitan sus fronteras.

Asimismo, las tareas de cuidado engloban dos dimensiones constitutivas: una dimensión económica, material y medible, debido a que implica un costo cuando consideramos al cuidado como trabajo, y una dimensión afectiva, ya que la acción de cuidar supone el desarrollo de algún tipo de relación emotiva, sentimental (Batthyány, Genta y Perrota, 2012). Cuidar requiere la presencia de un otro/a, es decir, requiere el establecimiento de un vínculo entre quien cuida y quien es cuidado/a con las posibilidades y tensiones que todo vínculo trae implícito.

Por otro lado, las tareas de cuidado pueden ser desglosadas analíticamente en tres instancias, según plantea Rodríguez Enríquez (2015):

- el *cuidado directo* de las personas, interpersonal, como por ejemplo: dar de comer, vestir a niños/as y/o a adultos/as mayores;
- el *cuidado indirecto*, que incluye la provisión de las condiciones para que se realice el cuidado directo: la preparación de alimentos, la limpieza del hogar y de la vestimenta, (entre otros) y la gestión del mismo, como tramitar turnos médicos, llevar a los niños/as al centro educativo, realizar las compras de los insumos necesarios para cocinar;
- el *autocuidado*, que hace referencia a todas las actividades que tienen que ver con satisfacer necesidades de cuidado de tipo personal y que tienen como objetivo el propio bienestar.

Un aporte relevante fue realizado por Razavi (2007) quien identifica que la provisión de cuidados está a cargo de distintas instituciones (públicas y privadas), las cuales se relacionan entre sí de diversas formas. Para ello, la autora acuñó el concepto de “*diamante del cuidado*” (p. 20) para simbolizar la interacción de los cuatro efectores centrales en la provisión del cuidado: las Familias, el Estado, las Organizaciones comunitarias y el Mercado. Por su parte, Faur (2014), revisando el concepto de Razavi desde una perspectiva latinoamericana, sostiene que, en distintas sociedades y momentos históricos, la relación entre los actores proveedores del cuidado se presenta de manera diferencial. Batthyány (2020) agrega que, en nuestra región, no existen políticas públicas ni regímenes de cuidados consolidados, sino acciones incipientes y sin articulación. Por tal motivo, Faur busca adaptar la figura del diamante y elabora el término “*organización social y política del cuidado*” (p. 18) que permite reconocer una estructuración dinámica y heterogénea entre la oferta de servicios de cuidado y quienes acceden o no a ella. Destaca la presencia de la política pública como parte vinculada con la forma de la organización de dichos actores dado que, en buena medida, direcciona (por acción u omisión) el rol de cada uno ante las tareas del cuidado.

Los estudios dan cuenta de que en la sociedad argentina hay dos características comunes respecto a la *organización social del cuidado*:

- a) la mayor carga de tareas de cuidados se resuelve casi exclusivamente en el ámbito del hogar
- b) dentro de la familia recae en las mujeres e identidades feminizadas, tanto si se trata de una tarea remunerada (dentro de las familias) como no remunerada (Batthyány, 2020; Faur, 2014; Rodríguez Enríquez, 2015).

Esto conlleva una distribución desigual de la organización social del cuidado que reproduce las injusticias existentes en términos de género. A esto se suma la evidencia de las desigualdades socio-económicas ya que, según el Informe elaborado por UNICEF (2021) las mujeres a cargo de hogares con niñas, niños y adolescentes son quienes enfrentan mayores dificultades para ingresar al mercado formal de trabajo. Esto dificulta posteriormente su inclusión en el sistema de retiro laboral y/o tienen una inserción de peor calidad en el mercado laboral por mayores niveles de informalidad, mayor inestabilidad y salarios más bajos.

Sumado a lo ya mencionado, la pandemia de COVID-19 y las medidas de aislamiento y distanciamiento social adoptadas por los distintos gobiernos dieron muestras suficientes de la desigualdad estructural sobre la que se asentó la crisis sanitaria y el confinamiento, como por ejemplo, el espacio doméstico reproductivo. “De acuerdo a un informe publicado por el Foro Económico Mundial, la pandemia incrementó la cantidad de tiempo en el que se podría reducir la brecha de género a nivel mundial: pasó de 99,5 a 135,6 años” (Página 12, 2021). Por esta razón, podríamos afirmar que la crisis económica producida por el coronavirus golpeó más a las mujeres.

Allí, las tareas domésticas, el teletrabajo y las actividades educativas quedaron inevitablemente entramadas al interior de los hogares, especialmente durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) dispuesto, el cual duró 231 días, entre el 20 de marzo y el 29 de noviembre de 2020 en lo que se conoce como el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Estas primeras aproximaciones nos permiten construir el interrogante central que dio lugar al presente trabajo: ¿Cuáles son características de la *organización social del cuidado* en familias en situación de pobreza de la Provincia de Buenos Aires (Argentina) durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) dispuesto a partir de la pandemia COVID-19? A través de un trabajo de investigación, descriptivo, cuantitativo, hemos intentado generar algunas respuestas.

Si consideramos la especial relación que existe entre la intervención del Trabajo social y las familias, la tradición en la preocupación por los cuidados (términos asociados) de nuestra profesión (para algunos, yace allí la raíz de nuestra existencia) y la necesidad de revisar de manera constante y crítica los vínculos entre Sujetos-Estado-Territorio, creemos oportuno abordar el interrogante enunciado para luego generar algunas reflexiones específicas desde la profesión.

2. Antecedentes

El concepto de *tareas del cuidado* en la región latinoamericana se encuentra en construcción. A medida que se profundiza en la investigación de dicho concepto es posible identificar énfasis específicos en el abordaje del término, los cuales se concentran alrededor de cuatro miradas analíticas, teórico-metodológicas (Batthyány, 2020): la economía del cuidado, el cuidado como componente del bienestar social, el cuidado desde una perspectiva de derechos y, por último, la perspectiva de la ética del cuidado. Cada mirada da respuestas diferentes a interrogantes centrales sobre las tareas del cuidado, pero no son excluyentes entre sí.

La *economía del cuidado*, noción acuñada en los estudios asociados a la economía feminista, pone el énfasis en la contribución de las mujeres a la economía y a la sociedad a través del trabajo no remunerado. Más específicamente, esta mirada analítica se propone dos objetivos principales: visibilizar el aporte económico del trabajo de cuidados en las sociedades capitalistas y dar cuenta de qué modo las formas actuales de organización de la reproducción social impactan en las desigualdades de género, ya que la manera en que se organiza actualmente el cuidado tiene implicancias en la vida económica de las mujeres, principales proveedoras de las tareas de cuidado (Rodríguez Enriquez, 2015).

Sobre este último aspecto, se debe considerar que producto de las relaciones de género el organizador social de la vida cotidiana de las mujeres en tanto sujetos se encuentra en las actividades de cuidado. Esto deriva, por ejemplo, en una participación menor en el mercado laboral y en condiciones de informalidad y precariedad, lo que las coloca en una posición de desventaja o inferioridad respecto de sus pares varones.

El *cuidado como componente del bienestar* desde una mirada más sociológica, se centra en analizar el lugar de los cuidados y sus actividades en los regímenes de bienestar social, ofreciendo una crítica detallada del papel del Estado en la configuración del acceso al cuidado (Esquivel, 2015). Por lo que deja en segundo plano al resto de los actores, como es el caso de las familias, la comunidad o a las mujeres como proveedoras.

La tercera línea de abordaje hace énfasis en la necesidad de considerar al *cuidado como un derecho*, un derecho humano básico. Plantea esencialmente tres aspectos: el derecho a recibir cuidados de calidad, el derecho a elegir si se desea cuidar o no y el derecho a condiciones laborales dignas en el sector de los cuidados remunerados. En este sentido, los trabajos e investigaciones que entienden al cuidado como un derecho suelen indagar en las consecuencias que esta concepción tiene para las políticas públicas y la distancia entre los lineamientos formales de esas políticas y su implementación real (Batthyány, 2020).

Por último, la ética del cuidado pone especial atención en la dimensión emocional y las implicancias que esta tiene para los cuidados y las personas cuidadoras. Hace énfasis no solo en la satisfacción de esas necesidades concretas (materiales) de cuidado, sino también en la disposición personal que demanda dicho acto y las condiciones que se deben generar para que ese otro que es cuidado se sienta seguro (Tronto, 2015).

De igual modo, esta perspectiva visibiliza que el cuidado no solo depende de “la dedicación, la buena voluntad o las cualidades humanas de las personas, sino que [implica] condiciones organizacionales concretas” (Molinier, 2011, 61). Es decir, requiere que las sociedades asuman colectivamente todo lo que atañe a los cuidados, incluso las contingencias que plantea.

Por su parte, Argentina tiene un recorrido propio en materia de conceptualización e investigación de los cuidados. A grandes rasgos, la mayoría de los estudios en nuestro país se centran en las características de la

organización social del cuidado, privilegiando la investigación sobre los distintos actores del diamante y/o priorizando a la población dependiente, como es el caso del cuidado infantil. Las referentes de estos trabajos son: Faur, Jelin, Brovelli, Marzonetto, Pautassi y Rodríguez Enriquez, entre otras.

Otro interés preponderante se centra en las condiciones laborales de los/as trabajadores/as del cuidado, con especial énfasis en las trabajadoras de casas particulares³ y las trabajadoras que se desempeñan en organizaciones de la comunidad. Aquí podemos mencionar a autoras como Zibecchi, Fournier, Pereyra, Sanchís, Esquivel y otras. Más recientemente, comenzó a estudiarse el trabajo de cuidado remunerado a adultos mayores dependientes (Batthyány, 2020; Borgeaud Garciandía, 2020).

Estos trabajos de investigación, los cuales mayoritariamente se desarrollan en zonas urbanas correspondientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires⁴ (capital federal del país) y los municipios aledaños permitieron que la temática de los cuidados gane un lugar en la agenda pública en distintos niveles de gobierno, lo cual implica ciertos desafíos para las políticas públicas.

En ese sentido, podemos señalar que en Argentina con el cambio de gobierno a nivel nacional se creó a finales del 2019 el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad. Dicho organismo cuenta con una Dirección Nacional de Políticas de Cuidado accionando a través de dos líneas de trabajo principales: el Mapa Federal del Cuidado, por un lado, y la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, por otro. Esta última reúne a quince organismos del Poder Ejecutivo Nacional y se encarga de diseñar políticas específicas en el tema.

3. Metodología

Los datos que se presentan en este artículo surgen de una investigación aplicada, de tipo descriptiva, transversal (Hernández Sampieri, 1998). A partir de un diseño cuantitativo, la técnica utilizada fue un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas para acceder a información que releve las siguientes dimensiones: edad, grupo conviviente, trayectoria educativa, condiciones laborales, ingresos, destinatarios/as del cuidado, horas destinadas al cuidado, utilización de efectores del cuidado.

La estrategia de acceso al campo combinó videollamada, en los casos en los que fue posible en relación a la conectividad/internet con la que contaba la informante, con relevamiento telefónico por llamada a línea fija. Estas comunicaciones tuvieron una duración promedio de 45 minutos.

La carga de datos se organizó en un formulario on line preestablecido⁵. Se seleccionó esta estrategia dado que el relevamiento se llevó adelante durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) dispuesto en el marco de la pandemia de COVID-19. Las encuestas se realizaron en el lapso de 10 días durante el mes de octubre de 2020.

3.1. Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por familias en situación de pobreza por ingresos que residían en la zona de influencia de las sedes de la Universidad Nacional de Luján (UNLu): 2 se situan en el AMBA (más cercanas a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA) y 2 en el interior de la provincia de Buenos Aires.

El muestreo fue intencional, por conveniencia. Se trabajó en un diseño secuencial (Martínez-Salgado, 2012). Los criterios seleccionados para identificar a las unidades informantes incluyeron:

- mujeres
- de 18 a 60 años (adultas)
- que refieran encontrarse al cuidado de niños, adolescentes, adultos enfermos, personas adultas mayores o con discapacidad
- que residan en las zonas urbanas del área de influencia de las sedes de la Universidad
- que pertenezcan a hogares en situación de pobreza por ingresos.

Respecto de este último criterio, se consideró lo establecido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC), el cual establece mediante un cálculo denominado *Línea de Pobreza* si un hogar es considerado pobre a partir de sumar los ingresos que reciben todos los miembros del hogar y ponerlos en relación con el costo de la canasta básica de bienes y servicios⁶. Al momento del relevamiento dicha canasta tenía un valor de \$45000 (equivalente a € 615, al momento del relevamiento).

³ Refiere a empleadas domésticas, mucamas, niñeras y oficios similares que se desarrollan al interior de domicilios particulares

⁴ De aquí en adelante CABA.

⁵ El trabajo de campo fue realizado por estudiantes de segundo año de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Luján como parte de sus prácticas de formación profesional en el marco de la asignatura Trabajo Social I. El trabajo ha sido planificado junto con el equipo docente de la asignatura y con supervisión del mismo.

⁶ Ver <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-43-149>

Con los criterios informados, considerando la situación de pleno aislamiento y sin contar con registros de datos previos que pudieran hacer accesibles a las unidades informantes por otros medios, se decidió que sean los/as estudiantes quienes, a través de un mecanismo de bola de nieve que iniciaba con contactos personales previos, identificaran las unidades informantes según los criterios establecidos. Ninguno de ellos/as entrevistó a sus propias conocidas sino que refirió los datos de contacto a otro/a compañero/a para mejorar el ejercicio de distanciamiento y objetivación.

El total resultó en 267 encuestas distribuidas en: 202 correspondientes al AMBA y 65 en distritos del interior de la Provincia de Buenos Aires.

3.2. Instrumento

La operacionalización de la variable “tareas de cuidado” incluyó una amplia lista de variables e indicadores. Se construyó un instrumento compuesto por 36 preguntas, algunas de las cuales debían ser desagregadas para los/as distintos miembros de la familia, por ejemplo: edad, condiciones laborales y aquellas que permitían realizar una descripción sociodemográfica. A los fines de este trabajo se priorizó la presentación de datos asociados a los componentes del “diamante del cuidado” u organización social del cuidado cuyas dimensiones presentamos a continuación.

Organizaciones comunitarias: conocimiento, concurrencia antes y durante la pandemia. Las preguntas fueron:

- ¿Conoces si en tu barrio hay alguna de estas organizaciones comunitarias (se presentó una lista con 16 opciones que incluían comedor, club, iglesia, olla popular, entre otros).
- Antes de iniciar la pandemia ¿concurrían a espacios de ayuda comunitaria?
- ¿Continua concurrendo a estos espacios durante la pandemia?

Estado: caracterización de su participación en la provisión de cuidado (directa o indirectamente), fuente de la misma y asistencia en salud. Las preguntas del cuestionario fueron:

- ¿Recibe alguno de los siguientes aportes del Estado? (se presentó una lista de 10 opciones asociadas a políticas públicas como Asignación Universal por Hijo (AUH), Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), Tarjeta alimentaria, entre otras)
- Cuando se presenta un problema de salud ¿Dónde concurren para su atención? (con opciones: Hospital público, Sanatorio/clínica privada, consultorio privado, unidad sanitaria)

Familia: actividades que consideran incluidas dentro de las tareas de cuidado, quién se encuentra mayormente a cargo de las mismas, percepción de cómo se encuentran repartidas estas tareas. Las preguntas realizadas fueron:

- Si hablamos sobre tareas de cuidado. ¿Qué actividades cree Ud. que estarían incluidas en ello? (pregunta abierta)
- ¿Quién es la persona de la casa que está mayormente al cuidado del resto de la familia?(pregunta abierta)
- ¿Cómo considera que están repartidas las tareas de cuidado al interior de la familia? (muy bien repartidas/Bien repartidas/ poco repartidas/mal repartidas)

Mercado: cantidad y características de realización de tareas de cuidado de forma remunerada y quien asume esas actividades cuando la cuidadora principal trabaja fuera del hogar.

- ¿Alguien se dedica al “trabajo de cuidado” de manera remunerada por fuera del domicilio?
- ¿Quién cuida de sus hijos/as si tiene que salir a trabajar? (Familiar conviviente, familiar no conviviente, quedan solos, terceros/as contratados/as)

3.3. Consideraciones éticas

Sobre este aspecto, se informó a las personas encuestadas que el objetivo de la investigación era conocer algunas características de las familias y su dinámica, teniendo como eje la confidencialidad y el anonimato de los datos. A su vez, se les informó que el relevamiento estaba a cargo de estudiantes de la carrera de Trabajo Social, al mismo tiempo que contaba con la supervisión del equipo docente de la misma universidad.

Asimismo, el equipo encuestador se comprometió a hacer una devolución de los resultados de manera accesible a las entrevistadas, a través de un video con fines de divulgación.

4. Análisis de resultados

4.1. Estado

Los datos muestran que la participación del Estado en las tareas de cuidado en contextos de pobreza se vuelve de alta relevancia en términos de asistencia económica para las familias en general y para las personas responsables del cuidado, en particular.

Esa participación del Estado se identifica en el hecho de que uno de los principales ingresos económicos de las familias entrevistadas proviene de los programas de transferencia monetaria condicionada, “una modalidad específica de intervención gubernamental sobre la pobreza que se viene implementado en América Latina y el Caribe desde mediados de la década de los 90” (Maglioni, 2017, p. 5), como ocurre por ejemplo con la Asignación Universal por Hijo (AUH) o a través de prestaciones que permiten únicamente la compra de insumos específicos como el programa Alimentar.

Sobre esta cuestión, es importante destacar que los programas de transferencia de ingresos solo contemplan brindar un respaldo a los destinatarios de dicha política en la compra de una canasta de bienes y servicios mínimos, es decir, sin comprender a los cuidados en un sentido amplio (Esquivel, 2013). Al mismo tiempo que estos programas exigen una serie de condicionalidades relativas a la salud y la educación, otorgando a la familia y, dentro de ella a la mujer, una centralidad absoluta en la responsabilidad del cumplimiento de las mismas.

En el marco específico del ASPO y ante el impacto de la crisis económica por la que atravesaron muchas familias debido a la imposibilidad de continuar con sus trabajos (especialmente de tipo informal) durante la emergencia sanitaria, el gobierno nacional dispuso el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE): una suma de dinero o bono destinada a un integrante del grupo familiar que se encontrara trabajando en el mercado informal, monotributistas sociales, trabajadoras/es domésticos y beneficiarios de la AUH o Asignación por Embarazo (AxÉ). Se intentó, magramente, insuflar efectivo para la cobertura de las necesidades más básicas (alimentos y elementos de higiene, centralmente). Este ingreso de emergencia fue en la misma línea que otras políticas tradicionales que recortan la relación Estado-cuidados a la transferencia de ingresos o prestaciones monetarias.

Los datos muestran que la mayoría de las familias entrevistadas (34%) percibió Programas de Transferencia de Ingresos como las asignaciones familiares de tipo Asignación Universal por Hijo o Asignación por Embarazo, por un lado, y el bono IFE (27%), por el otro. En algunos casos, esto se ve ampliado por programas alimentarios específicos (12%) que, como veremos más adelante, se complementaron desde la acción de las organizaciones civiles.

Fuera de lo antes mencionado, se identifica un 16% que incluye una amplia gama de acciones del Estado, en especial a nivel local, que puede incluir desde bonos para el pago de gas envasado que genera beneficios para el núcleo familiar hasta la provisión de medicamentos para patologías específicas de algún/a miembro de la familia.

Otra de las formas en las que el Estado participa, directa o indirectamente, en la provisión de cuidados es mediante las políticas de salud. En el marco del aislamiento y bajo el contexto de pandemia, los espacios de salud, especialmente los del sector público, receptaron demandas que excedían las propias competencias dado que eran los que con certeza estaban abiertos para la atención de la población.

Ante la consulta sobre los espacios a los que las entrevistadas acudían para atender su salud o la del grupo familiar prevalece la elección del hospital como espacio de atención recurrente (76%), institución que a su vez permite resolver cuestiones de mayor complejidad a diferencia de las unidades sanitarias que se encuentran en los barrios con capacidad para atención de nivel primario. Esta elección inclina la balanza a favor de la utilización del sector público, el cual presenta deficiencias en términos presupuestarios y de infraestructura pero es prácticamente la única opción con la que cuentan aquellas personas que no poseen cobertura de salud.

Al interior del sector privado, un 27% refirió acudir a clínicas y/o sanatorios privados para atender sus necesidades de salud, mientras que un 14% elige abonar en forma particular las prestaciones que consume de determinados profesionales de la salud en consultorios privados externos. Al mismo tiempo se visualiza que una parte de las personas entrevistadas mixturan la elección de tales espacios de salud entre el sector público y el sector privado: los datos muestran 29 casos (10, 5%).

Tabla 1

Sector	Tipo de institución	Frecuencia	Total por sector
Público	Hospital	203 (76 %)	243 (91 %)
	Unidad Sanitaria	40 (15 %)	
Privado	Clínica/Sanatorio	72 (27 %)	110 (41 %)
	Consultorio privado	28 (14 %)	

Fuente: elaboración propia.

4.2. Familias

Ciertamente, la pandemia de COVID-19 y las medidas de aislamiento y distanciamiento social adoptadas han tenido múltiples impactos en la vida cotidiana, generando cambios en los hábitos y rutinas de las personas y sus hogares. Tal es así que el peso de las tareas domésticas, el teletrabajo y las actividades educativas recayeron inevitablemente en los hogares y al interior de estos, principalmente sobre las mujeres.

Las características que asumió la distribución de tareas y la imposibilidad en el contexto de pandemia de derivar el cuidado a otros/as (familiares, personal doméstico, instituciones públicas o privadas) obstaculizó la capacidad de sostener y/o conseguir trabajo. Esta dinámica afectó incluso a trabajadores/as (profesionales y no profesionales) que se desenvuelven en servicios esenciales como salud o áreas de infancia.

En la indagación respecto a la percepción de las informantes sobre las actividades incluidas en los cuidados surgieron una serie de tareas que incluían, por un lado, aspectos asociados al cuidado de los hijos/as y la atención de necesidades de esta población específica, como el acudir al médico o a la escuela, el acompañamiento en la realización de las tareas escolares, entre otras. Y, por el otro, mencionaron tareas asociadas a la limpieza y el mantenimiento del hogar, hacer las compras, cocinar, lavar la ropa, etc.

En ese sentido, y si partimos de la clasificación desarrollada por Rodríguez Enriquez (2015), mencionada anteriormente, podemos identificar que el 62% de las actividades referidas por las mujeres entrevistadas se corresponden con el denominado cuidado indirecto.

Al interior de este tipo de cuidado, predominan las tareas relacionadas con la provisión de condiciones para llevar adelante estos cuidados (89 %) que la gestión del mismo (11 %). Sobre esto, podríamos inferir que dicha categoría se vio engrosada por el contexto de pandemia que aumentó las horas destinadas a la limpieza, higiene y desinfección. Al mismo tiempo que, la población permanecía más tiempo en sus hogares y el contacto con “el afuera” estaba centralmente destinado a la compra de alimentos y elementos de higiene.

En segundo término, el 31% de las acciones mencionadas se enmarcan en el cuidado directo. Aquí se incluían fundamentalmente actividades como el cuidado de sus hijos/as y, en menor medida, de adultos mayores u otras personas dependientes. Y todas las tareas que implican una vinculación del tipo “cuerpo a cuerpo”: vestirlos, asearlos, darles de comer, etc.

Gráfico 1

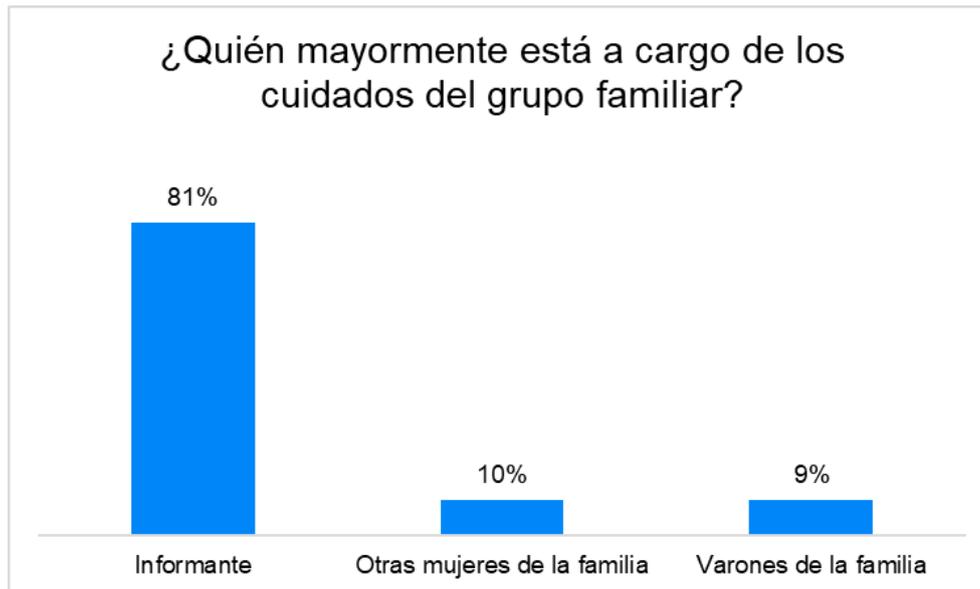


Fuente: datos propios reagrupados según tipo de cuidado suministrado a partir de las respuestas de las unidades informantes.

Por su parte, el autocuidado ocupa una porción menor en las respuestas. Solo el 3% de las personas entrevistadas hacen referencia a esta dimensión del cuidado. En este caso, se hace referencia a acciones vinculadas a la higiene personal y el cuidado de la propia salud: la realización de actividad física, rutinas de limpieza y cuidado de la piel, asistir a profesionales médicos/as, entre otras.

En relación a aquellas personas al interior del hogar que se encuentran mayormente al cuidado del resto de los/as integrantes del grupo familiar, se destaca aquí la presencia de las mujeres asumiendo dichas tareas. Principalmente, se encuentran a cargo las informantes (81%) y, en segundo lugar, otras mujeres de la familia (10%), ejemplificando la feminización de las actividades de cuidado. En esta línea, es muy acotada la presencia de varones (9%) como únicos responsables de la provisión de cuidados, en comparación a la presencia femenina.

Gráfico 2



Fuente: elaboración propia.

Junto a esto, resulta interesante señalar que la mayoría de las encuestadas consideran que las tareas de cuidado se encuentran entre bien repartidas (52%) o muy bien repartidas al interior del hogar (21%). Esto da cuenta que, entre la población entrevistada, el hecho de que la carga de cuidados sea responsabilidad casi exclusiva de las mujeres se encuentra naturalizado como una forma de organización al interior de los grupos familiares.

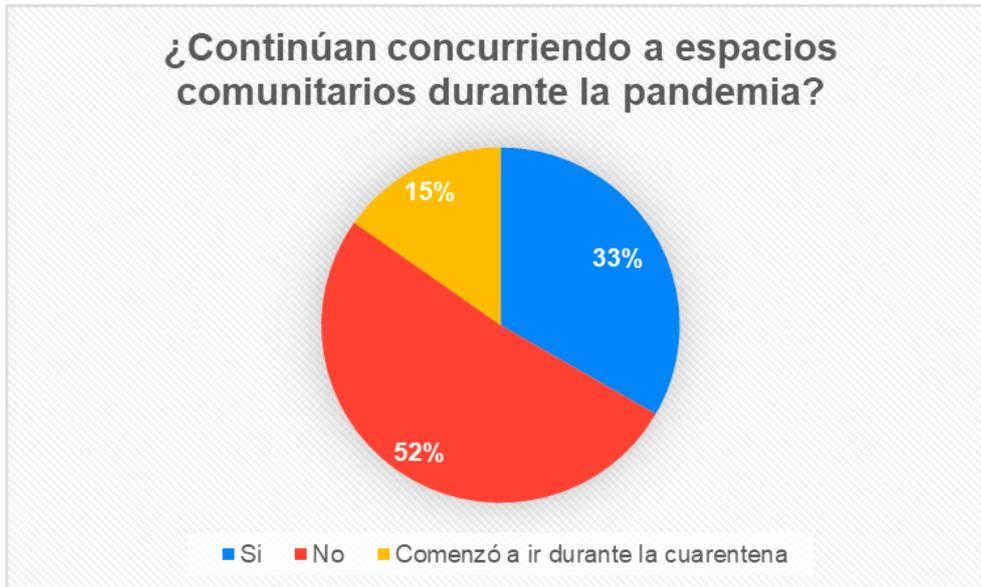
4.3. Organizaciones comunitarias

Cuando analizamos los datos referidos al vértice de la dimensión comunitaria y su participación en las tareas de cuidado, las personas entrevistadas refieren que acudían a las mismas previo al contexto de pandemia. Dicho vínculo con tales organizaciones se caracterizaba mayormente por la búsqueda de mercadería (alimentos frescos y/o secos) o por la asistencia a los comedores o merenderos en búsqueda de viandas o porciones de comida, con el objetivo de poder cubrir las necesidades básicas de los miembros del grupo familiar. Tal como plantea Sanchís (2020) nuestro país, e incluso la región latinoamericana, cuenta con una tradición en el desarrollo de experiencias de organización comunitaria con base territorial, en la que los sectores sociales de menores ingresos se sienten referenciados.

En el marco de la pandemia, la relación con las organizaciones civiles y/o comunitarias se vió modificada producto del aislamiento social y los protocolos establecidos, de modo que algunos grupos familiares dejaron de concurrir a estos espacios, como sucedió con aquellos destinados a la primera infancia. Sin embargo, como consecuencia de la crisis económica que se vio profundizada por la pandemia de COVID-19, se generaron nuevos espacios comunitarios, muchos de ellos impulsados por mujeres que vieron agravadas sus condiciones de vida. Es de considerar que para el momento del relevamiento y según datos del INDEC, un 42 % de las personas en Argentina se encontraban bajo la Línea de Pobreza, de los cuales el 35,1 % eran niños, niñas y adolescentes de 0 a 14 años. Esta situación derivó en que ciertos grupos familiares comenzaron a acudir a organizaciones sociales y comunitarias ante la agudización de su situación socio-económica y para resolver su supervivencia material.

La posibilidad de existencia de estos servicios comunitarios mayormente enfocados a satisfacer necesidades de alimentación, muchos de los cuales surgieron en el marco de la pandemia, sostienen su existencia en la presencia de un ejército de mujeres. Se conformaron en equipos de trabajo para alimentar cada día a quienes vivían en cercanías de la organización, articulando con el Estado la provisión de bienes. Algunas más noveles, otras de larga trayectoria en la participación social, dichas mujeres pusieron el cuerpo y su tiempo en la llamada “triple jornada”. Estas mujeres se han expuesto a múltiples riesgos (más allá de protocolos aplicados), incluyendo en ellos el fallecimiento por consecuencias de COVID-19 de varias integrantes y/o lideresas, lo que trajo como consecuencia la pérdida de personas con un enorme capital humano y social. En muchos de estos espacios colaboraban varones, centralmente en actividades de acarreo y/o de organización de las actividades, pero su participación comparativamente ha sido muy minoritaria y casi nula cuando se trata de las acciones vinculadas al cuidado directo.

Gráfico 3



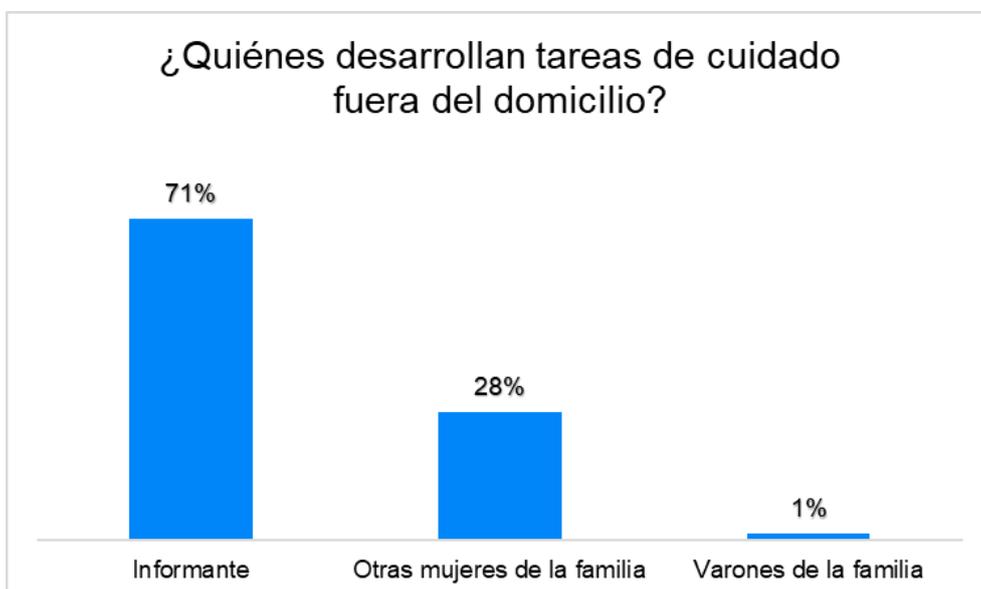
Fuente: elaboración propia.

No podemos dejar de considerar aquí la correlación existente entre las tareas de cuidado realizadas por las mujeres dentro del hogar y las que se desarrollan en las organizaciones comunitarias como lo son la preparación y distribución de alimentos, higiene del lugar y otras. Por lo cual queda en evidencia, una vez más, la feminización de las tareas de cuidado pero, en este caso, en los ámbitos comunitarios. Además de resaltar la pertenencia socio-económica de las mujeres de dichas organizaciones, quienes son parte del mismo estrato social de los destinatarios/as del servicio.

4.4. Mercado

Cuando analizamos la presencia del mercado en las tareas de cuidado, no podemos dejar de mencionar que el mismo incluye a aquellos/as trabajadores/as del cuidado que cuentan con remuneración (empleadas de limpieza doméstica, niñeras, cuidadoras de personas adultas mayores, etc). En ese sentido, algunas de las personas entrevistadas y/o sus familiares manifestaron que realizaban este tipo de trabajo de cuidados por fuera del contexto familiar, representando el 26 % del total.

Gráfico 4



Fuente: elaboración propia.

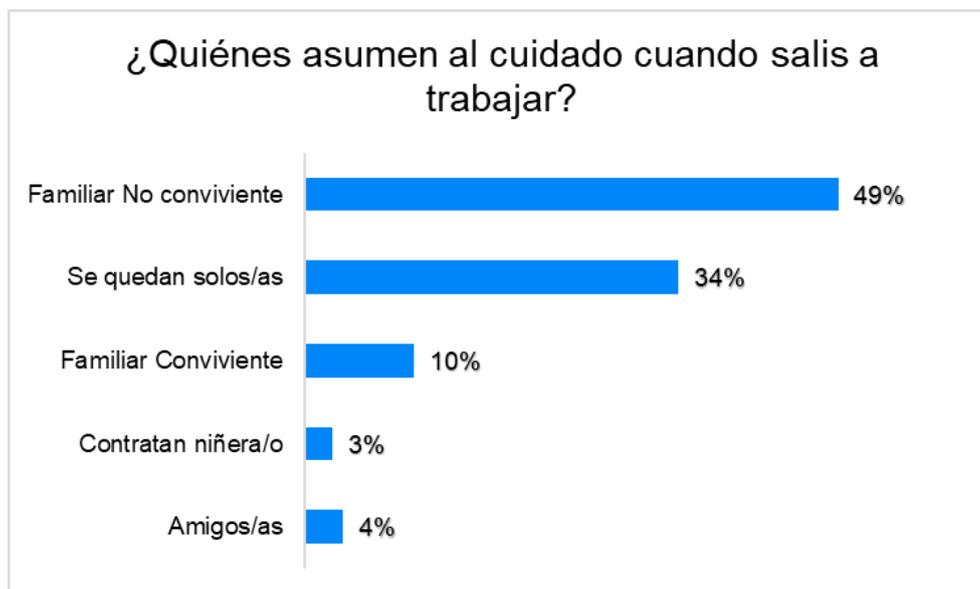
Si bien esta es una fuente de empleo habitual en los grupos poblacionales en situación de pobreza, la presencia de la pandemia y las medidas de aislamiento dispuestas imposibilitaban la circulación para acceder al trabajo. Asimismo, muchas de las personas que se desempeñaban en estos servicios optó por dejar los mismos ante el riesgo de “traer COVID” a su domicilio donde, en muchos casos, conviven en la misma casa o en el mismo terreno personas de varias generaciones y, entre ellas, adultos/as mayores. Los grupos poblacionales que contaban con trabajo remunerado en tareas de cuidado de manera permanente pero informal vieron vulnerabilizada su situación dado que se cortó el medio de ingresos en la mayoría de los casos.

Quienes llevan adelante mayormente el cuidado de forma remunerada por fuera del domicilio son las informantes mismas en el 71% de los casos, seguido por otras mujeres de la familia en el 28% (aquí se encuentran incluidas la madre, hermana e hija de la informante). Y, por último, los varones de la familia, en el 1% de los casos. A esto se suma que, en su mayoría, son las mujeres de los sectores más empobrecidos quienes configuran el colectivo de cuidadoras de las familias o grupos domésticos de clases altas, actividades que se suelen realizar en forma no registrada, por ende, sin protección social.

En ese sentido y ante la consulta sobre quiénes asumen las tareas de cuidados propias del grupo familiar de la informante cuando las mismas trabajan fuera del hogar, predominan dos respuestas: o lo resuelven dejando a otros familiares no convivientes a cargo del cuidado de los/as niños/as (49%) o los/as niños/as permanecen solos en la vivienda (34%) y quien asume la responsabilidad de cuidado mayormente es uno de los/as hermanos/as mayores (10%).

Esto da cuenta de que en los sectores de menores ingresos, que conforman el universo de muestra de este estudio, es bastante menor la posibilidad de poder contratar este tipo de servicios de cuidado en el mercado, a partir de emplear personal doméstico o lo que comúnmente se conoce como “niñeras”. Por lo que la resolución de tales necesidades se da en el marco de las redes de reciprocidad entre familiares, vecinos o amigos/as.

Gráfico 5



Fuente: elaboración propia.

5. Discusión y conclusiones

A continuación revisaremos los resultados obtenidos a fin de generar una síntesis de los mismos y conclusiones en términos de reflexiones incipientes, desafíos e interrogantes que invitan a recapitular sobre algunas cuestiones de interés.

En primer lugar, señalar la importancia que ha cobrado la categoría de cuidados en la producción académica en los últimos años, categoría continúa enriqueciéndose con diversos aportes y generando debates. Esto permite, en algún sentido, la reflexión y relación constante de dicho concepto con múltiples aspectos como la economía, la organización familiar, la presencia del Estado, la comunidad y su participación en la construcción de las formas de ser del cuidado. Asimismo, pensar las tareas de cuidado y el lazo de estas con el sostenimiento material y afectivo y con la reproducción social de la vida son aspectos que a estas alturas no pueden desconocerse como un factor determinante para la pervivencia aún cuando todavía no se las reconozca en términos sociales ni económicos.

Esta indagación permitió, por un lado, dar cuenta de varias cuestiones en torno a aquellas dimensiones que conforman las tareas de cuidado y cómo las personas entrevistadas las resuelven, tanto al interior del grupo familiar como por fuera del mismo. Por otro lado, cómo y en qué medida participan los distintos actores o efectores del cuidado en la provisión de estos.

Ya el aporte de Faur (2014) invita a desnaturalizar las relaciones entre los efectores, incorporando el rol de las decisiones de la política pública, con la perspectiva del rol central del Estado como igualador de responsabilidades.

Podemos señalar que las tareas de cuidado implican una dimensión física, material que se expresa en la demanda de tiempo y energía (cuerpo) al igual que cualquier otro trabajo, así como también la utilización de los espacios domésticos y extra-domésticos. Se han identificado cantidad de horas destinadas a satisfacer las necesidades de los/as sujetos de cuidado y la necesidad de visibilizar la puesta en juego del propio cuerpo por parte del/a cuidador/a y con ello, el desgaste del mismo y el impacto que esto tiene en la salud de quienes cuidan. En este sentido, los datos muestran que la cantidad de tiempo para el autocuidado es mínima y existe poco registro de ello en las entrevistadas. Asimismo, tienden a ver una distribución igualitaria de las tareas al interior del hogar, destacando la intervención del varón corresponsable aun cuando en la descripción de las tareas específicas esto no se convalide.

También se manifiesta una dimensión emocional o afectiva, característica del establecimiento de la vinculación con un/a otro/a que se ve profundizada en dos sentidos: por un lado, por el componente o contenido moral de este tipo de actividades que presiona sobre la ética del cuidado aprehendida por las mujeres como guardianas de la familia y de la sociedad, por el otro lado, debido a la fuerte naturalización de las mujeres como cuidadoras, mediante la cual se presentan como obvios los saberes y las habilidades, desligándolos de la construcción sociohistórica de expectativas de género. Más aún, cuando las condiciones materiales de vida no permiten cubrir las necesidades más básicas como la alimentación (situación que se expresó con más énfasis en las familias de sectores populares producto de la crisis del COVID-19), son centralmente las mujeres quienes despliegan cantidad de acciones y estrategias para hacer posible el cuidado del grupo familiar con la recarga física, emocional y ética que dicho peso acarrea. Cuando los alimentos y/o abastecimientos con los que la familia y/o la organización comunitaria cuentan no son suficientes, se genera un padecimiento específico que aumentó en tiempos de pandemia en los cuales la circulación no estaba permitida y los organismos del Estado habían retraído su presencia en los territorios recortándose el acceso al sistema público de asistencia.

Respecto a la perspectiva de las entrevistadas en relación al contenido de las tareas de cuidado, aún cuando incluyen el cuidado de niños en distintas formas y la alimentación, en general hacían referencia a acciones asociadas a la limpieza de la casa, la higiene de los hijos. Sin duda, la fuerte presencia de un discurso público en plena pandemia que reiteraba que la protección requería un compromiso de los individuos y de las familias para su protección generó impacto en la posibilidad de visibilización de las otras actividades cotidianas, algunas de ellas suspendidas en su modo tradicional (ej: llevar a los/as niños/as a la escuela).

No obstante es clara y notoria la depositación de la responsabilidad tanto del cuidado directo como del cuidado indirecto en las mujeres del grupo familiar, hecho naturalizado en la población y en responsables de las políticas públicas que cobran así un cariz familiarista y feminizado de los cuidados.

En el párrafo anterior se identifica ya la dimensión económica, caracterizada por la falta de recursos materiales suficientes para la cobertura de las necesidades básicas. Allí el Estado hace su aporte a los cuidados a través de la transferencia de fondos para la provisión de elementos básicos (básicamente alimentos), con baja presencia habitual en otro tipo de servicios (espacios de cuidado para la primera infancia, apoyo escolar, centro de día para adultos mayores, etc) y de imposible acceso en la pandemia, recargando las responsabilidades familiares.

Junto con esto se producen algunos avances concretos como el reconocimiento de las tareas del cuidado a través de la reducción de las brechas de género en términos de la posibilidad de jubilarse de mujeres que no pudieron sostener trabajo formal por dedicarse a los cuidados dentro de la familia y el domicilio y que, actualmente, comienzan a ser reconocidas aunque para un grupo acotado.

La intención del presente trabajo ha sido la de poner datos sistematizados a la caracterización de las tareas de cuidado y la presencia de los efectores en las mismas. Respecto del interrogante que guió el desarrollo del presente trabajo concluimos que:

- El Estado ha aportado durante la pandemia a través de sus mecanismos tradicionales asociados a la transferencia monetaria para asegurar la posibilidad de cobertura mínima de bienes materiales indispensables para el sostenimiento de la vida. Aun así, las políticas ponen en el centro a las mujeres como responsables de la recepción y administración de la percepción monetaria, obligándolas, en ocasiones, a generar hacerse responsables de la contrapartida en atención de la educación y la salud de niños y niñas
- El mercado participa utilizando principalmente a las mujeres como mano de obra para cubrir necesidades relacionadas con tareas que son continuidad de los cuidados que las mujeres realizan en el ámbito doméstico. Este ámbito que ofrece una salida laboral a la vez sostienen condiciones de alta informalidad y precarización del trabajo

- Las organizaciones comunitarias y/o de la sociedad civil se constituyeron en fuerte apoyo a las familias en el marco de la pandemia y el aislamiento social dispuesto poca visibilización. Con alta dependencia material del aporte del Estado y de la participación de las familias para su sostenimiento y el cumplimiento de sus funciones. Allí, una vez más, son las mujeres quienes sostuvieron la carga física, material y emocional del cuidado directo e indirecto de las comunidades
- Cuando pensamos y describimos a la familia, en rigor de verdad deberíamos estar hablando claramente de mujeres cuando nos referimos a las tareas del cuidado

Se hace necesario continuar la indagación en diversos contextos para realizar estudios comparativos. También queda en las preocupaciones seguir preguntándonos: ¿por qué y hasta cuándo las familias y las mujeres llevarán la mayor carga de las tareas del cuidado tanto en el ámbito doméstico como extradoméstico? ¿Qué procesos se hacen necesarios para redistribuir las tareas tanto al interior de las familias como entre los efectores, en especial el Estado y la Comunidad? Estimamos que respuestas académicas, políticas y del proyecto de sociedad serán requeridas.

6. Referencias bibliográficas

- Aguilar, P. L. (2019). Pensar el cuidado como problema social. En Guerrero, Nelba, Ramacciotti, Karina y Zangaro, Marcela (Ed.) *Los derroteros del cuidado* (pp. 19-30). Universidad Nacional de Quilmes.
- Batthyány, K. (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. CLACSO.
- Batthyány, K., Genta, N. & Perrota, V. (2012). *La población uruguaya y el cuidado: persistencia de un mandato de género*. Naciones Unidas Editorial.
- Borgeaud Garcíandía, N. (2020). Entre desarrollo y fragmentaciones: estudio y panorama del cuidado remunerado en Argentina. En Nadya Araujo Guimaraes, y Helena (Ed.) *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay* (pp. 27-73). Fundación Medifé Edita.
- Esquivel, V. (2013). *El cuidado en los hogares y las comunidades. Documento conceptual*. Informe de investigación OXFAM.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI editores.
- Hernandez Sampieri, R. (1998). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Gill Education.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (21 de mayo de 2022) Pobreza. Recuperado de: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46> (Consultado el 27 de abril de 2022).
- Maglioni, C. (2017). Los programas de transferencias condicionadas de Argentina y Uruguay. Tensión entre seguridad y ayuda social. En Custodio Pallarés Palermo y Ana Vigna (Ed.) *¿Cómo pensamos las desigualdades, pobreza y exclusiones sociales en América Latina?: luchas, resistencias y actores emergentes* (pp. 109-130). Teseo.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. En *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 17 (3). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Molinier, P. (2011). Antes que todo, el cuidado es un trabajo. En Luz Gabriela Arango y Pascale Molinier (Comp.) *“El trabajo y la ética del cuidado”* (pp. 45-64). La Carreta Editores.
- Página 12. (2021) *“La pandemia amplió la brecha de género”*. 20 de abril de 2021. <https://www.pagina12.com.ar/332971-la-pandemia-amplio-la-brecha-de-genero#:~:text=Con%20la%20pandemia%20de%20covid,mi%C3%A9rcoles%20el%20Foro%20Econ%C3%B3mico%20Mundial>.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. United Nations Research Institute for Social Development.
- Rodríguez Enriquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 256, 30-44. <https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-desigualdad/>
- Rodríguez Enriquez, C. y Marzonetto, G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 8, 103-134. <http://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/949/946>
- Sanchis, N. (2020). Ampliando la concepción de cuidados: ¿privilegio de pocos o bien común? En Norma Sanchis (Ed.) *“El cuidado comunitario en tiempos de pandemia...y más allá”* (pp. 9-21). Asociación Lola Mora.
- Tronto, J. C. (2015). *Who Cares? How to reshape a democratic politics*. Cornell University Press.
- UNICEF (2021). *Desafío de las políticas públicas frente a la crisis de los cuidados. El impacto de la pandemia en los hogares con niñas, niños y adolescentes a cargo de mujeres*. [s.n.]