

CUIDADOS Y FAMILIAS

CUIDADOS Y FAMILIAS

Los senderos de la solidaridad
intergeneracional

Liliana Findling y Elsa López
(Compiladoras)
María Paula Lehner
María Pía Venturiello
Marisa Ponce
Estefanía Cirino
Laura Champalbert
Silvia Mario
Lara Encinas
Mailín Blanco


teseo

Cuidados y familias: los senderos de la solidaridad intergeneracional / Liliana Findling... [et al.]; compilado por Liliana Findling; López Elsa. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2018. 150 p.; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-723-154-0

1. Salud. 2. Cuidado de la Salud. 3. Familia. I. Findling, Liliana II. Findling, Liliana, comp. III. Elsa, López, comp.

CDD 613

© Editorial Teseo, 2018

Buenos Aires, Argentina

Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escribanos a: **info@editorialteseo.com**

www.editorialteseo.com

Compaginado desde TeseoPress (www.teseopress.com)

Índice

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introducción | 9 |
| <i>Elsa López y Liliana Findling</i> | |
| 1. Hogares, salud reproductiva, educación y trabajo. Una comparación entre generaciones | 31 |
| <i>Liliana Findling, Elsa López, María Paula Lehner y Silvia Mario</i> | |
| 2. El marco legislativo que regula el cuidado de niños, de personas mayores y con discapacidad en Argentina | 51 |
| <i>Mailín Blanco, Estefanía Cirino y María Pía Venturiello</i> | |
| 3. ¿Cómo cuidan y han cuidado las mujeres a sus hijos? | 75 |
| <i>Estefanía Cirino y Lara Encinas</i> | |
| 4. El cuidado de los adultos mayores: ayer, hoy y mañana | 89 |
| <i>Liliana Findling, Laura Champalbert, Estefanía Cirino y María Paula Lehner</i> | |
| 5. El auto cuidado de la salud..... | 113 |
| <i>María Paula Lehner y Marisa Ponce</i> | |
| 6. A modo de cierre. Una comparación de los cuidados familiares en dos generaciones de mujeres | 133 |
| <i>Laura Champalbert, Liliana Findling y Elsa López</i> | |

Introducción

Acerca de la solidaridad intergeneracional

ELSA LÓPEZ Y LILIANA FINDLING

Este libro se propone describir y comparar el cuidado familiar hacia niños y adultos mayores en dos generaciones de mujeres (nacidas en 1940-1955 y 1970-1985) relacionando la organización del cuidado con los aspectos socioculturales e históricos que caracterizaron la formación de las familias de esas mujeres.

El cambio producido en la estructura y la dinámica de las familias se ha traducido en la modificación de las relaciones intergeneracionales. Los factores más relevantes a los que se les ha atribuido esas transformaciones son el aumento de la esperanza de vida, las nuevas modalidades de formación de parejas y familias, el crecimiento de las cifras de mujeres que se incorporan al mercado de trabajo, el descenso de la fecundidad y el retraso de la edad de la primera maternidad (Bazo y Ancizu, 2004; Findling y López, 2015; Roussel, 1995).

La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud y la higiene personal, así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales de las personas que requieren asistencia, tareas que incluyen simultaneidad de roles y responsabilidades en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo (Findling y López, 2015). Analizar el cuidado tomando como punto de partida

la condición humana vulnerable invita a reconocer la interdependencia de todos los seres humanos (Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2015).

Algunos ejes teóricos

El concepto de *generación* tiene varios significados: como cohorte de nacimientos, como grupo de edad, como grupo de personas que, en un momento dado, protagonizan un movimiento social o cultural o como forma de describir la situación de las personas en relaciones de parentesco (Imsero, 2009). Las generaciones suponen un concepto más amplio que la cohorte, que incluye aspectos de índole histórico-social, mientras que la cohorte se refiere a grupos que comparten un evento al origen (año de nacimiento, inscripción de ingreso en una institución educativa, entre otras).

Aunque las relaciones intergeneracionales pueden ser múltiples, en este trabajo se ha privilegiado la relación de abuelos-padres-hijos. Se incluye a los abuelos debido al aumento de la esperanza de vida, fenómeno que provocó la denominada “primavera de los abuelos”, que alude a un grupo de personas mayores de 60 años que, aunque dista de ser homogéneo en sus capacidades físicas y mentales, se encuentra en mejores condiciones de salud que la que tenían sus padres a esas edades (Roussel, 1995). Las mujeres entre los 50 y los 60 años, llamada generación “sandwich” (Gomila, 2011) se han encontrado también con notables cambios socioeconómicos y culturales en las relaciones de género, el ámbito laboral, el educativo y la vida doméstica.

El proceso de individualización y democratización ha modificado las relaciones entre generaciones, por lo cual éstas se han visto afectadas debido a los cambios producidos en la recomposición familiar, en la que los vínculos eran diferentes. A pesar de ello, no se puede generalizar sobre el

debilitamiento de las relaciones intergeneracionales; por el contrario, la situación demográfica actual ha provocado un crecimiento de las relaciones entre generaciones que puede comprobarse entre abuelos y nietos y, en algunos casos, entre bisabuelos y bisnietos, lo que ha dado lugar a un ámbito de interacción entre generaciones mucho más frecuente de lo que sucedía en el pasado (Gomila, 2011). Esa coexistencia de generaciones no se da de manera homogénea en la sociedad sino que está influenciada por las condiciones demográficas, económicas, sociales, culturales y políticas de cada momento histórico.

El concepto de *solidaridad familiar* se construye en base a sentimientos y obligaciones, a derechos y deberes, a coacciones formales e informales que se concretan en el intercambio recíproco de servicios, bienes y conflictos (Gomila, 2011) y está muy ligado a los recursos simbólicos presentes en los procesos de ayuda mutua. Las relaciones intergeneracionales se refieren a los vínculos entre padres/hijos y a las formas en que pueden presentarse en los diferentes momentos del ciclo familiar (Roussel, 1995). Se trata de una reciprocidad a largo plazo que se va construyendo en el curso de los ciclos vitales (Martins, 2006; Lacerda, Pinheiro y Guizardi, 2006).

Bengtson (2001) distingue seis dimensiones de solidaridad intergeneracional: 1) la estructural describe la estructura de oportunidades para que se dé el intercambio entre las generaciones, tal como se refleja en la distancia residencial entre padres e hijos; 2) la asociativa se refiere a la frecuencia y la pauta de interacción entre los miembros de la familia, por ejemplo la frecuencia del contacto o de las actividades conjuntas; 3) la funcional define el intercambio de recursos entre las generaciones e incluye tanto las transferencias económicas como las ayudas instrumentales; 4) la afectiva comprende la dimensión y la reciprocidad de los sentimientos positivos entre los miembros de la familia; 5) la consensual traza el grado de concordancia entre las actitudes y las opiniones de los miembros de la familia; 6)

por último, la solidaridad normativa concreta la intensidad con la que cada cual se siente vinculado con roles y obligaciones familiares. Un hallazgo fundamental derivado del modelo de Bengtson reside en el reconocimiento de que las relaciones intergeneracionales en cada una de estas seis dimensiones no son necesariamente adecuadas para garantizar la capacidad funcional de la familia.

Los intercambios de tiempo y de dinero entre generaciones funcionan mejor cuando existe un relativo equilibrio demográfico. Por ello, debe reconocerse que, en diversos grados, la solidaridad intergeneracional está actualmente amenazada y sometida a diversas tensiones concomitantes con el envejecimiento de la población y a la provisión informal y formal de cuidado (López et al., 2015).

La idea de la negociación, así como la de la reciprocidad, define los elementos sobre los que se construyen las responsabilidades familiares. Son estas “normas de juego” las que determinan, en gran medida, las actitudes de la asistencia a los demás, que se van modificando de una época a otra en las sucesivas generaciones (Gomila, 2011). Esta pertenencia común crea deberes de reciprocidad no sólo en caso de necesidad sino también para mantener el bienestar (Pitrou, 1992).

Las familias forman parte de la organización social como unidades de producción, reproducción y consumo y sus modos de interacción ponen de manifiesto conflictos de poder, afectos y obligaciones, sentimientos de adhesión y de enfrentamiento que expresan diversas situaciones domésticas y extra domésticas de los miembros que la componen (Jelin, 2012).

Para interpretar el lugar que ocupa la familia en los cuidados resulta útil el concepto de *familismo*, que se refiere a las prácticas familiares de los países mediterráneos europeos basadas en la solidaridad intergeneracional, en el carácter femenino de la asistencia y en el énfasis del rol familiar de las tareas de ayuda. Aunque las familias constituyen el eslabón fundamental de esas prácticas (Esping-

Andersen, 1993), y a pesar de la persistencia de los modelos de familia tradicional (Flaquer, 2002), se advierten en la actualidad procesos de desfamiliarización caracterizados por el crecimiento de los divorcios, la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y el aumento de los hogares con jefatura femenina. Los cambios ocurridos en las modalidades de formación de parejas y familias fueron el resultado de profundas transformaciones en la asignación de roles masculinos y femeninos (Martín Palomo, 2009; Tobío et al., 2010).

La familia es, en los modelos tradicionales, la portadora de importantes tareas de provisión del bienestar entre generaciones, al mismo tiempo que la transmisora de una clara división sexual del trabajo. La noción del varón proveedor ubica a éste en el mundo público del trabajo asalariado y es frecuente que, a pesar de la participación y permanencia de las mujeres en el mercado de trabajo, se las ubique principalmente en el espacio privado adjudicándoles las tareas domésticas, con responsabilidades productivas y reproductivas (Flaquer, 2002).

Sin dudas, la crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidado y afecta particularmente a las mujeres como sus proveedoras. Los procesos de individuación se manifiestan, en primer lugar, en la mayor selectividad y énfasis en la formación de las familias, liberando a hombres y mujeres de asignaciones de roles tradicionales, lo que conduce, con frecuencia, a una configuración de las relaciones menos consistente que en el pasado (Martín Palomo, 2009; Tobío et al., 2010).

Cada generación hace un balance entre lo que da y lo que recibe de otras generaciones y, a partir de ello, se construyen las expectativas de ser cuidado y las motivaciones para proporcionar asistencia. El principio de la reciprocidad castiga el egoísmo y el individualismo excesivo en el seno familiar (Gomila, 2011). Estas interacciones solidarias se desarrollan, según la lógica de Mauss (1968), en la dádiva o sistema del don, que permite visibilizar una

forma de organización social caracterizada por la presencia de un conjunto de intercambios recíprocos promovido por la acción de dar-recibir-retribuir determinados bienes que circulan en la vida social (Martins y Bivar Campos, 2006). La perspectiva de la dádiva o del don permite comprender las complejas razones de organización de los individuos y los grupos sociales. En el sistema del don, la obligación colectiva y la libertad individual, el interés/desinterés y la espontaneidad/no espontaneidad son motivaciones igualmente válidas en la organización de la acción social (Martins, 2009). La cohesión pasa por el respeto a las normas y es precisamente en la asistencia en la vejez donde se manifiesta más claramente cuál es –o cuál ha sido– el nivel de integración.

El triple movimiento de dar, recibir y retribuir funciona en la dinámica de cuidados familiares porque supone no sólo la obligación mutua entre dos generaciones sino una retribución que se espera de la siguiente generación (Venturiello, 2016).

Las estrategias de vida de las mujeres están fuertemente influenciadas por expectativas de cuidado, que se centran en el nacimiento y crianza de los niños o en dificultades de salud de sus padres. Toda su existencia está estructurada por estos registros de responsabilidad y temporalidad. Así, las relaciones intergeneracionales afectan a las mujeres en su vida personal y profesional. Los patrones de vida y trabajo se organizan en función de las actividades de cuidado que se estructuran con criterios de roles de género y edad (Bessin, 2013).

¿Cuál es el papel de las políticas sociales en los temas que se están tratando? Las políticas sociales afectan las transferencias intergeneracionales de carácter monetario y no monetario y deberían constituir un nuevo contrato social que asegure una distribución más equitativa de los roles entre mujeres y varones en torno al cuidado de las familias. El cuidado como marco de las políticas completa la agenda de los derechos sociales, especialmente el acceso

universal a servicios con estándares de calidad. El interés por conocer cómo se concibe la prestación de ayuda en una sociedad está muy ligado a la organización y gestión de la estructura asistencial de los Estados a través de las políticas sociales y sanitarias (Cepal, 2013; Gomila, 2011; Pautassi, 2013).

Es necesario comprender las condiciones y la dinámica en las que se formulan las políticas sociales, cómo inciden las reformas en los sistemas de protección social y cómo se redefine el Estado. Esping-Andersen (1993) analizó comparativamente varios Estados de Bienestar en Europa desde un enfoque neo-institucional. Según su definición, un Estado de Bienestar es algo distinto de cualquier menú de prestaciones sociales que puede ofrecer un Estado y abarca mucho más que una política social: se trata de una construcción histórica única, es una redefinición explícita del Estado (Esping-Andersen, 2000). Su perspectiva considera que las políticas públicas sociales se relacionan con el régimen de bienestar, noción bastante amplia que refiere a la configuración de diversas instituciones que proveen protección social y moldean las oportunidades y las condiciones de vida de la población. Así, el bienestar de una sociedad depende de la combinación de las políticas públicas sociales, del mercado de trabajo y de la familia, así como de la forma en que estos factores se reparten el riesgo social que se analiza desde las perspectivas de clase, de trayectoria vital e intergeneracional. Según dicha perspectiva existe una fuerte interrelación entre los sistemas de protección social, el empleo y el sistema político y se advierte sobre la omisión de las consideraciones culturales y axiológicas en las que se analiza a los regímenes de bienestar, aspecto importante para planificar, implementar y evaluar las políticas sociales.

De todas maneras, este modelo es criticado en los países europeos mediterráneos (con los que Argentina posee varias similitudes) ya que en esa concepción queda implícito

el trabajo gratuito de la mujer para cuidar, proponiéndose un cuarto modelo mediterráneo-latino familiarista basado en magras contribuciones públicas (Martín Palomo, 2016).

Las políticas sociales deben enmarcarse en un espacio crítico, en el que la cuestión social se torne cuestión de Estado y sea el resultado de la politización del ámbito de la reproducción. Estas políticas reflejan cómo una determinada sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de su población y cuál es su real capacidad de protección de los ciudadanos (Grassi, 2003).

Las políticas sociales constituyen el ámbito por excelencia en el que se resuelve la cohesión social y el poder de integración; más específicamente, aluden a un conjunto de servicios sociales y normas institucionalizadas que encuentran en el Estado, tanto su prestador directo (jubilaciones y pensiones), como una instancia de gestión y/o control (obras sociales, asignaciones familiares, seguros de desempleo).

Un panorama sobre estudios empíricos

La mayoría de las investigaciones realizadas en el continente europeo sobre cuidados y solidaridad intergeneracional se enmarcan en las orientaciones establecidas por los organismos internacionales como las Naciones Unidas y la Unión Europea, que subrayan la necesidad de fortalecer la solidaridad y la asociación entre las generaciones para satisfacer las necesidades particulares de los mayores y los más jóvenes y alientan las relaciones solidarias intergeneracionales. A modo de ejemplo, en 2005 se presentó el Libro Verde dedicado a este tema, en el que la Comisión Europea sostuvo que, para aliviar las consecuencias negativas de los cambios demográficos sobre el mantenimiento de los sistemas de protección social, debían desarrollarse nuevas formas de solidaridad entre las generaciones,

basadas en el apoyo mutuo y en la transferencia de habilidades y experiencias. En la Unión Europea, la preocupación por la solidaridad intergeneracional va unida al compromiso de aumentar la productividad y el crecimiento socio-económico de los Estados miembros. Se valoriza el potencial de crecimiento que representan tanto las jóvenes generaciones como las personas mayores, subrayando la importancia de crear nuevas oportunidades laborales para adultos mayores (Imsero, 2009).

Podría pensarse que los postulados que sustentan estas orientaciones se dirigen a justificar el retroceso de los programas de protección social del otrora Estado de Bienestar, reemplazando la responsabilidad estatal por el esfuerzo de las familias que, en muchos casos, deben recurrir al mercado (López et al., 2015).

¿Cuáles son las líneas de investigación que tienen como objetivo indagar sobre transferencias generacionales de cuidados? Los resultados de la encuesta Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), realizada desde 2004 a 2009 en 14 países europeos, muestran la persistencia de relaciones frecuentes entre las generaciones detectándose, además, un menor compromiso de las abuelas en el cuidado de los nietos ante la prolongación de su vida laboral, aspecto que rompe la gestión del cuidado de varias generaciones de la familia (Hank, 2012).

Otros estudios cuantitativos encarados en el mismo ámbito territorial arriban a conclusiones similares, resaltando la fuerza de las relaciones de apoyo mutuo entre las distintas generaciones de la familia y la importancia de los apoyos prestados por las mujeres de la generación adulta. Las personas entrevistadas prefieren, en mayor medida, la ayuda de la familia que la que proporcionan los servicios sociales, aunque con matices diferenciadores entre los países estudiados, al mismo tiempo que se hace notoria la demanda de la responsabilidad pública, considerando que le corresponde al Estado el rol principal en el apoyo de las familias (Bazo, 2012; Ayuso Sánchez, 2012).

También se ha observado que en muchos países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) persiste una notable diferencia entre la participación laboral de las madres y la de las mujeres en general. Esta diferencia suele ser más pronunciada en aquellos países en los que los costos del servicio de cuidado de niños son elevados, lo que sugiere que el acceso y la oferta de estos cuidados representan una barrera al trabajo remunerado de las madres con hijos pequeños (García Morán y Kuehn, 2012).

Desde otra perspectiva metodológica, de índole cualitativa, y estudiando a tres generaciones de mujeres de la misma familia en Sevilla, Martín Palomo (2013) observa que en las relaciones de cuidado es usual detectar sentimientos de afecto y de deberes que se ejercen gratamente. Sin embargo, se advierte un frágil equilibrio entre reciprocidades, afecto y obligación que, si bien no rompen las relaciones familiares, las tensan y recargan. En los intercambios entre generaciones se producen modificaciones en los modelos de cuidado tanto ascendentes como descendentes que implican negociaciones, consenso y también relaciones de poder y deseos de control o coacción entre quien da y quien recibe los cuidados. La movilidad social y geográfica de la segunda o tercera generación marca una cultura de la discontinuidad que supone acudir en mayor medida al apoyo del Estado o del mercado para la recepción de ayudas.

La realidad de los países del norte de América es diferente: en Canadá, por ejemplo, se ha estimado que hasta el 22% de las redes de cuidado contienen alguna persona que no forma parte de la familia y el 15% de las redes no contiene ningún familiar (Roger García, 2009).

La situación en América Latina se asemeja a la de los países del sur de Europa. Un estudio hecho en cuatro estados de México en cohortes generacionales de adultos mayores (65 años o más) y de jóvenes (de 18 a 30 años) evidencia que para los adultos el cuidado es una responsabilidad

individual especialmente de las hijas, mientras que los jóvenes plantean una mayor equidad de género (Robles y Pérez, 2012).

En Uruguay, y ante la discusión pública de la creación de un Sistema Nacional de Cuidados, la Universidad de la República y el Ministerio de Desarrollo Social financiaron un estudio en el que se indagó sobre las representaciones sociales y las expectativas de cuidados de la población uruguaya dependiente (niños y adultos). De sus resultados se desprende una elevada participación de las familias en el cuidado, en la que la responsabilidad de las mujeres es claramente más pronunciada que la de los varones y, a su vez, es más marcada en el caso del cuidado de la población adulta mayor, donde el contrato de género tradicional se mantiene de forma más rígida. La presencia del cuidado domiciliario familiar es fuerte y se observan diferencias entre las expectativas del cuidado según edad y nivel socioeconómico. Al analizar las representaciones sobre el Estado, éste desempeña un papel sustitutivo a las familias solo en aquellos casos en los que no se dispone de recursos, sean económicos o de apoyo social, para enfrentar los problemas de dependencia (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013).

El porqué de este libro

Los principales resultados de proyectos anteriores encarados por el equipo de investigación sobre el tema de cuidados mostraron que las mujeres ejercen un rol protagónico en la organización, provisión y supervisión del cuidado a niños y familiares con problemas de salud. Aunque esta asistencia es casi generalizada, hay que subrayar que las mujeres de sectores medios cuentan con la posibilidad de delegar algunos aspectos del cuidado en ayudas remuneradas a cargo de congéneres de menores recursos. Se ha comprobado que las mujeres entrevistadas son conscientes

de los sistemas de intercambio y apoyo mutuo para su vida cotidiana y para el futuro, sea porque piensan que requerirán apoyo para el cuidado de sus hijos o bien para su propia vejez. Cuidar afecta también la salud de las personas (Findling y López, 2015).

Algunos de los interrogantes que guían este libro son: ¿qué normas rigieron en el pasado sobre las relaciones de reciprocidad del intercambio intergeneracional de cuidados al interior de las familias? ¿Cuáles rigen actualmente? ¿Existen cambios en las prácticas vinculadas al cuidado de niños y personas mayores? ¿Cuáles son esas modificaciones y cuáles las continuidades? ¿Cuáles son los beneficios de la solidaridad intergeneracional de las familias con respecto a la asistencia y qué conflictos suscita en las mujeres mayores y las más jóvenes? ¿Qué aspectos inciden en el auto cuidado de la salud de las mujeres de estas generaciones? ¿Qué problemas presenta la infraestructura de servicios de cuidado para niños y adultos mayores en el país? ¿Cuáles son las demandas al Estado sobre el cuidado?

El objetivo general de este libro es describir y comparar las formas de cuidado familiar hacia niños y adultos mayores en dos generaciones de mujeres nacidas entre 1940-1955 y 1970-1985, relacionando la organización del cuidado con los aspectos socioculturales e históricos que caracterizaron la formación de sus familias.

El primer objetivo específico es describir y comparar diversos atributos sociodemográficos de las dos generaciones de mujeres con hijos pertenecientes a estratos socioeconómicos medios y bajos, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. El segundo objetivo es caracterizar y comparar el escenario de las políticas sociales y la legislación referidas a los servicios de cuidado correspondientes a los años de formación de las familias de las mujeres de dos generaciones; finalmente, el tercer objetivo es comparar las prácticas de cuidado familiar de las mujeres con hijos de ambas generaciones con respecto a niños y adultos mayores

Los supuestos que guían la investigación son los siguientes:

- El envejecimiento de la población modifica las necesidades de cuidado y afecta la carga de trabajo no remunerado de las mujeres.
- La ausencia o precariedad de políticas de cuidado unidas al sentimiento de obligación que tienen las mujeres hacia la asistencia de niños y personas dependientes hace que se reduzca el tiempo de trabajo o se deba abandonarlo cuando es preciso ocuparse de otros.
- Los cambios sociodemográficos y culturales de las cohortes más jóvenes tiende a hacer algo más equitativa las tareas de cuidado de niños y adultos mayores entre los sexos.
- El nivel socioeconómico de los hogares influye de manera preponderante en los modos de acceso para el cuidado de niños y adultos mayores.
- La mayor participación de las mujeres adultas en el mercado de trabajo disminuye la frecuencia para cuidar a sus nietos menores.
- Las mujeres más jóvenes perciben relaciones familiares más democráticas con sus madres que lo que éstas consideran respecto a las suyas.
- Las mujeres adultas provenientes de niveles medios desearían acudir a asistencia externa en el caso de que se vieran en una situación de dependencia, antes de ser cuidadas por sus propios hijos para no suponer una carga, aunque ellas mismas hayan asistido a sus padres.

El abordaje metodológico tuvo en cuenta un diseño exploratorio y descriptivo en base a fuentes secundarias y primarias.

Para la caracterización y comparación de ambas generaciones de mujeres residentes en el GBA que hayan tenido hijos y nacido entre 1940-1955 y 1970-1985, se trabajó con fuentes secundarias provenientes de Censos Nacionales de

Población, Hogares y Viviendas, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y series estadísticas de matrículas escolares del Ministerio de Educación. Se consideraron dimensiones relativas a la composición familiar, número de hijos nacidos vivos, participación en el mercado de trabajo y asistencia de los hijos al nivel inicial de la escuela.

Para analizar y comparar los contextos socioculturales e históricos, las políticas sociales y las legislaciones vinculadas al cuidado de niños y adultos mayores, se analizaron leyes y resoluciones de los Ministerios de Trabajo, Desarrollo Social, Educación y Salud, y se procedió a revisar publicaciones correspondientes a los períodos analizados desde 1960. Asimismo, se realizaron algunas entrevistas en profundidad a responsables de instituciones de cuidado de niños y adultos mayores.

Para conocer y comparar las prácticas de cuidado hacia las personas mayores y los hijos de mujeres de dos generaciones, se seleccionaron dos unidades de análisis:

a) Mujeres de estratos medio bajos y medios residentes en el GBA nacidas entre 1940 y 1955 que hubieran tenido hijos nacidos vivos y trabajado en forma remunerada.

b) Mujeres de estratos medio bajos y medios residentes en el GBA nacidas entre 1970 y 1985 con hijos nacidos vivos hasta 12 años de edad, que se encuentren actualmente trabajando en forma remunerada.

Se elaboró una muestra no probabilística, intencional, por cuotas según edad y estrato social y se entrevistó a 25 mujeres cuya caracterización se detalla en el capítulo 3. El nivel socioeconómico se definió en base al grado de instrucción alcanzado y la posición ocupacional de las entrevistadas.

El instrumento de recolección de datos fue una entrevista en profundidad que indagó sobre los cambios producidos en el período transcurrido entre ambas generaciones a fin de aprehender experiencias destacadas de la vida de las mujeres según su propia visión, captando información sobre problemas que confluyen en

la relación entre tiempo biográfico y tiempo histórico-social. La guía de pautas incluyó las siguientes dimensiones: composición de la familia y características socio-demográficas, número de miembros, sexo y edad, escolaridad, condición de actividad, ocupación, vivienda y cobertura de salud, trayectoria familiar, la trayectoria laboral de la entrevistada, percepciones sobre el cuidado de la familia, valores, motivaciones, negociaciones intergeneracionales en torno a la asistencia, expectativas acerca del cuidado en la adultez, percepciones sobre las diferencias y/o similitudes en el cuidado familiar entre la generación anterior y la actual, organización del cuidado de ambas generaciones para los adultos mayores dependientes o discapacitados y para niños, características del cuidado, tipo de tareas realizadas, principales redes de apoyo informales e institucionales para la asistencia y comparación entre las dos generaciones, transmisión de valores sobre el cuidado, la familia y el trabajo de madres a hijas, modalidades del cuidado ejercidas por las madres que continúan vigentes, que se han modificado o que ya no existen, modelos de educación y cuidados recibidos y puestos en práctica y auto cuidado de la salud.

Posteriormente a la desgrabación de cada una de las entrevistas, el material fue procesado con un procesador de datos cualitativos, teniendo en cuenta la construcción de categorías interpretativas para identificar los ejes predominantes del discurso, recuperando las motivaciones, valores, justificaciones y propósitos a través del discurso de las entrevistadas.

Los contenidos de este libro

En esta introducción se han expuesto los objetivos, metodología y algunos aspectos relacionados con el cuidado desde el punto de vista de la solidaridad intergeneracional.

En el capítulo 1 se analiza la evolución de las mujeres de ambas generaciones teniendo en cuenta el trabajo, la conformación de los hogares, el cuidado de la salud reproductiva y la oferta de servicios educativos.

En el capítulo 2 se describe el marco legislativo de Argentina referido al cuidado de niños, al cuidado de adultos mayores y de las personas con discapacidad.

El capítulo 3 se inicia con el análisis de las entrevistas a las mujeres de ambas generaciones. Se ofrece un panorama sociodemográfico de las entrevistadas y se interpreta el discurso de las mujeres con respecto al cuidado de niños, así como las demandas al Estado que hacen las mujeres madres.

El capítulo 4 trata sobre el cuidado de adultos mayores (cómo cuidaron y cuidan, cómo esperan ser cuidados en la vejez) y cuáles son las demandas requeridas al Estado.

En el capítulo 5 se detallan los discursos de las entrevistadas relacionados con el auto cuidado de la salud y las implicancias de cuidar a niños y a adultos mayores en sus trayectorias de vida.

Finalmente, en el capítulo 6 se esboza una comparación de ambas generaciones de mujeres a modo de reflexiones finales.

Este libro es el resultado de un proyecto de investigación titulado “Mujeres, cuidados y familias en el Gran Buenos Aires: los senderos de la solidaridad intergeneracional” (subsidio Ubacyt, financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires durante el período 2014-2017), dirigido por Elsa López y codirigido por Liliana Findling, en el que participaron todas las autoras de los capítulos de este libro. El proyecto tuvo sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad

de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, a cuyas autoridades y personal administrativo agradecemos por su constante apoyo.

Asimismo, no podemos dejar de mencionar la excelente disposición de las entrevistadas para responder preguntas que indagaron sobre su intimidad y sus vínculos afectivos. Sin su confianza, este trabajo no hubiera sido posible.

La mayoría de los temas presentados en el libro han sido expuestos en jornadas, congresos y seminarios académicos. El equipo de investigación considera importante poder plasmar en este libro una visión global de los resultados de la investigación.

Referencias bibliográficas

- Ayuso Sánchez, L. (2012) “El deber de apoyar a la familia. Una revisión del pacto intergeneracional de ayudas familiares en España”, *Panorama Social*, 15: 143-158. Disponible en: <https://goo.gl/itctVk>.
- Batthyány, K. (coord.), N. Genta y V. Perrotta (2013) *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay*. Montevideo, Universidad de la República. Disponible en: <https://goo.gl/z64atR>
- Bazo, M.T. (2012) “Relaciones familiares y solidaridad intergeneracional en las nuevas sociedades envejecidas”, *Panorama Social*, 15: 127-142. Disponible en: <https://goo.gl/itctVk>
- Bazo, M. T. e I. Ancizu (2004) “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 15: 43-78.

- Bengtson, V. L. (2001) "Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds", *Journal of Marriage and Family*, 63 (1): 1-16.
- Bessin, M. (2013) "Temporalités, parcours de vie et de travail", en M. Maruani (dir.) *Travail et genre dans le monde. L'état des saviors*. Paris, La Découverte, Hors collection Sciences Humaines. Disponible en: <https://goo.gl/Tkk6vQ>
- CEPAL (2013) *Panorama Social de América Latina 2012*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en: <https://goo.gl/BjHjZ7>
- Esping-Andersen, G. (1993) *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, Alfons el Magnanim.
- Esping-Andersen, G. (2000) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ariel.
- Findling, L. y E. López (2015) *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Flaquer, L. (2002) "Introducción", en L. Flaquer (ed.) *Políticas Familiares en la Unión Europea*. Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- García-Morán E. y Z. Kuehn (2012) *With strings attached: grandparent-provided child care, fertility, and female labor market outcomes*. CEPRA Working Paper. Disponible en: <https://goo.gl/HJgavF>
- Gomila, M. A. (2011) "Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia", *Historia contemporánea*, 31, 505-542. Disponible en: <http://goo.gl/DVoVVU>
- Grassi, E. (2003) *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame 1*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Jelin, E. (2012) "La familia en Argentina: Trayectorias históricas y realidades contemporáneas", en V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires, IDES: 45-72. Disponible en: <https://goo.gl/cFfM7B>

- Hank, K. (2012) “Relaciones entre generaciones en Europa. Una panorámica de las diferentes dimensiones de solidaridad familiar intergeneracional”, *Panorama Social*, 15: 9- 22. Disponible en: <https://goo.gl/AbJEkB>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO (2009) III Congreso Estatal de las Personas Mayores – Ponencia C: Relaciones intergeneracionales. Disponible en: <https://goo.gl/apZ7xy>
- Lacerda, A., R. Pinheiro y F. L. Guizardi (2006) “Espaços públicos e Saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social”, en P. H. Martins y R. Bivar Campos (org.) *Polifonia do Dom*. Recife, Editora Universitária UFPE.
- López, E., L. Findling, M.P. Lehner, M.P. Venturiello, M. Ponce, S. Mario, E. Cirino y L. Champalbert (2015) “Los cuidados en las familias: senderos de la solidaridad intergeneracional”, *Revista Argumentos de Crítica Social*, 17: 1-19 Disponible en: <https://goo.gl/V9fCam>
- Martín Palomo, M. T. (2009) “El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care”, *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 4: 325-355. Disponible en: <https://goo.gl/N2kK9Y>
- Martín Palomo, M. T. (2013) “Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31 (1): 115-138. Disponible en: <https://goo.gl/LgmwLx>
- Martín Palomo M.T. y J. M. Muñoz Terrón (2015) “Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado”, *Revista Argumentos de Crítica Social*, 17:1-26. Disponible en: <https://goo.gl/YfCCv5>
- Martín Palomo, M.T. (2016) *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencia. Nuevos retos políticos*. Granada, Centro de Estudios Constitucionales.
- Martins, P. H. (2006) “Ação pública, redes e arranjos familiares”, en B. Fontes y P.H. Martins (org.), *Redes, práticas associativas e gestão pública*: 19-50. Recife, Editora Universitaria da UFPE.

- Martins, P. H. (2006) "Introdução", en B. Fontes y P. H. Martins (org.) *Redes, práticas associativas e gestao pública*: 6-18. Recife, Editora Universitária UFPE.
- Martins, P. H. y R. Bivar Campos (2006) "Polifonia do Dom", en P. H. Martins y R. Bivar Campos (org.) *Polifonia do Dom*: 235-254. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Martins, P. H. (2009) "Redes sociales: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico", *Cinta de Moebio*, 35: 88-109. Disponible en: <https://goo.gl/39w25M>
- Mauss, M. (1968) "L'expression obligatoire des sentiments", en *Essais de Sociologie*. Paris, Minuit.
- Pautassi, L. (2007) *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Serie Mujer y Desarrollo N° 87. Santiago de Chile, CEPAL.
- Pautassi, L. (2013) "Perspectivas actuales en torno al enfoque de derechos y cuidado: la autonomía en tensión", en L. Pautassi y C. Zibecchi (coord.) *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos.
- Pitrou, A. (1992) *Vivre sans famille? Les solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui*. Toulouse, Privat.
- Robles, L. y A. C. Pérez (2012) "Expectativas sobre la obligación filial: comparación de dos generaciones en México", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1): 527-540. Disponible en: <https://goo.gl/aoVPPo>
- Rogero García, J. (2009) *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Colección Estudios, Serie Dependencia N° 12011. Madrid, IMSERSO. Disponible en: <https://goo.gl/5kNfdv>
- Roussel, L. (1995) "La solidaridad intergeneracional: ensayo de perspectivas", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 846 (70): 11-24.

- Tobío, C., T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo (2010) *El cuidado de las personas, un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales N° 28. Barcelona, Fundación La Caixa. Disponible en: <https://goo.gl/KFLM3o>.
- Venturiello, M. P. (2016) *La trama social de la discapacidad. Cuerpo, redes familiares y vida cotidiana*. Buenos Aires, Editorial Biblos.

1

Hogares, salud reproductiva, educación y trabajo

Una comparación entre generaciones

LILIANA FINDLING, ELSA LÓPEZ, MARÍA PAULA LEHNER Y SILVIA MARIO

Los procesos demográficos, el aumento de la esperanza de vida y las diversas formas de organización de las familias modificaron la dinámica de los hogares y las relaciones intergeneracionales.

El objetivo de este capítulo es describir y comparar los aspectos socio-familiares de dos generaciones de mujeres nacidas en Argentina, las mayores entre los años 1940 y 1955 y las menores entre 1970 y 1985, así como analizar el escenario de las políticas de salud reproductiva y la oferta de los servicios de cuidado infantil en ambos períodos.

En base a fuentes secundarias (datos provenientes de Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas, Encuestas y publicaciones académicas) se analizaron varios aspectos que afectaron a estas cohortes desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, entre ellos: ¿qué problemas presenta la infraestructura de servicios de cuidado para niños/as? ¿Cuáles fueron los avances y retrocesos de las últimas décadas en relación a las políticas de salud reproductiva? ¿Qué modificaciones ocurrieron en la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo? ¿Cuál es la concepción de los roles de género en ambas generaciones?

Estos interrogantes serán abordados a través de las siguientes dimensiones: familias, hogares y prácticas de cuidados de la salud reproductiva; participación femenina en el mercado de trabajo y servicios de cuidado infantil.

Familias, hogares, mujeres y salud reproductiva

A fines de 1930, disminuida la inmigración internacional que caracterizó los últimos decenios del siglo XIX y los primeros del XX, la denatalidad se constituyó en la principal responsable de la disminución del crecimiento demográfico. Bunge (1940) atribuyó ese descenso a las costumbres modernas que hacen caso omiso de la naturaleza, al trabajo femenino remunerado fuera del hogar y al rechazo a las enseñanzas de la iglesia católica. A ello se agregó el temor ante el envejecimiento de la población, como ya había ocurrido en Francia y en Inglaterra.

En esos años tomó fuerzas la idea de la “maternidad moderna” (Nari, 2004), entendida como el destino natural e ineludible de las mujeres, a la que se le atribuyeron determinadas condiciones, actitudes y comportamientos. Después de la II Guerra Mundial y en el primer gobierno de Juan D. Perón volvió a manifestarse el aumento de la inmigración internacional y de la natalidad, así como un incipiente crecimiento del nivel educacional de las mujeres y de su participación en la actividad económica, quedando el fantasma de la denatalidad en un segundo plano, situación que se prolongó durante el periodo 1958-1972 bajo diversos gobiernos constitucionales y dictaduras militares.

Durante los gobiernos peronistas las conquistas laborales y ciudadanas estuvieron matizadas por preceptos de la iglesia católica, que señalaban diferencias entre los roles sociales de varones y mujeres, identificando a los primeros como los proveedores del hogar y el sostén principal de las familias y a las mujeres con la función materna y

de guardianas del hogar. En esa época prevalecían, entre los que los practicaban, los métodos anticonceptivos tradicionales (el retiro y el preservativo), mientras que los temas relativos a la sexualidad seguían siendo tabú. La doble moral sexual prescribía que las mujeres conservaran la virginidad hasta el día de la boda y, por el contrario, que el debut sexual de los varones no estuviera ligado a esa circunstancia y, en ocasiones, la iniciación sexual ocurriera con prostitutas. Los manuales sobre familia y sexualidad indicaban solapadamente cuáles debían ser los comportamientos esperados para unas y otros.

En este periodo, y en lo que respecta a la atención de la salud de la madre y el niño, debido a la ampliación del sistema de salud (Barrancos, 2002), casi la totalidad de los partos se producen en instituciones sanitarias, con los consecuentes controles prenatales y del recién nacido que redundan en una mejora del estado de salud de los mismos.

En cuanto a las configuraciones ideacionales, la imagen ideal femenina se plasmaba, en las décadas de 1940 y 1950, en una mujer que, luego de completar el nivel secundario de estudios, se casaba, tenía dos hijos y circunscribía su vida al ámbito del hogar. También existió el modelo de la mujer que trabajaba fuera de su casa y desempeñaba, al mismo tiempo, idénticas tareas domésticas que las que no lo hacían.

La Encuesta de Fecundidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires de 1964, realizada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) mostró que los métodos más conocidos por las mujeres encuestadas fueron el condón y el coitus interruptus, mientras que los métodos femeninos (la píldora, el diafragma, el DIU) fueron los menos mencionados. La píldora ocupaba el último lugar y sólo el 12% de las entrevistadas afirmaron conocerla, hecho que podría atribuirse a su reciente difusión. Con respecto a las preferencias sobre el tamaño final de la descendencia, mujeres y varones opinaron que era una decisión consensuada entre la pareja (De Janvry y Rothman, 1975).

De acuerdo a los Censos Nacionales de Población de la Argentina, entre 1960 y 2001 aumentaron de manera notable en el país las uniones consensuales, las separaciones y los divorcios y disminuyeron los matrimonios legales y la soltería (INDEC, 1999; Mazzeo, 1998; Torrado, 2003). Dichas transformaciones se acompañaron de otros fenómenos sociodemográficos como el persistente descenso de la fecundidad, la tendencia sostenida hacia el envejecimiento de la población y las mejoras en la condición de las mujeres, consistentes estas últimas en el aumento de la escolaridad y de la participación femenina en la actividad económica (Wainerman y Geldstein, 1994; Torrado 2003). En la década de 1970 se produjo un cambio de perspectiva en el contexto internacional hacia los temas ligados a la salud de la reproducción y los derechos de las personas, aunque hay que destacar que los cambios se dieron con ritmos diversos en diferentes países de América latina y del mundo. En la Argentina, a fines de 1983, después de la recuperación de la democracia, se promulgaron importantes leyes de ampliación de los derechos de la ciudadanía, como la patria potestad compartida, el divorcio vincular, la igualdad de derechos para los hijos matrimoniales y extra-matrimoniales, entre otras, aunque estas mejoras no se vieron acompañadas por el libre acceso al control de la reproducción, ya que siguió vigente un decreto del gobierno de María Estela Martínez de Perón (que persistió durante la dictadura de 1976-1983) que establecía dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos modernos, como los orales y el DIU, especialmente a los estratos socioeconómicos más pobres que atendían sus necesidades de salud en los hospitales públicos. En ese marco pasaron su infancia y adolescencia las generaciones de mujeres más jóvenes y en ellas comenzó a percibirse con intensidad creciente, en comparación con las generaciones anteriores, el aumento sostenido de la participación en la actividad económica y en el aumento de la edad a las uniones conyugales, así como un incipiente crecimiento de la consensualidad en las uniones

de pareja, aunque esas uniones han tendido a buscar la unión legal luego del nacimiento de los hijos. El modelo de convivencia sin papeles no es nuevo en la Argentina, donde se ha dado históricamente, especialmente en los sectores populares de algunas regiones del país. Lo nuevo es la proliferación de este tipo de uniones en amplias capas de los niveles medios de la población.

De manera adicional, se ha hecho visible la participación de ambos miembros de la pareja en el mantenimiento económico de los hogares, también llamados hogares de dos proveedores.

El tamaño de los hogares de las generaciones nacidas alrededor de 1940 es mayor que el observado en las más jóvenes, pasando de 3.6 a 2.3 en la mayoría de las zonas del país a excepción de la Ciudad de Buenos Aires, donde el tamaño de las familias siempre fue más reducido (Torrado, 2003). En la actualidad se aprecia también el aumento de las familias monoparentales, especialmente las que tienen a mujeres como jefas del hogar, que comienzan a crecer a partir de 1960, fenómeno atribuible al aumento de los divorcios y las separaciones.

En los primeros años del siglo XXI los temas relativos al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se ampliaron y permitieron la discusión y sanción de leyes que fortalecieron los derechos de las personas: leyes de salud sexual y procreación responsable, de fertilización asistida, de matrimonio de personas del mismo sexo y de identidad de género.

Las mujeres y el mundo del trabajo extradoméstico

La cuestión del empleo femenino es un problema complejo ya que, además de los factores comunes a ambos sexos que inciden en la participación en el mercado de trabajo (edad, nivel de instrucción, demanda de trabajo), hay que tener

en cuenta otros que son exclusivos de las mujeres, como la situación conyugal, presencia y edad de los hijos, existencia de otros ingresos en el hogar (Kirsch, 1975). Los estereotipos sobre los roles de género y el lugar de la mujer en la sociedad en un momento histórico juegan un importante papel en la comprensión de la inserción de las mujeres en el trabajo extradoméstico.

En la Argentina, históricamente, una porción importante de las mujeres siempre han trabajado fuera de sus casas, pero es a partir del Censo Nacional de Población de 1960 que se observa un aumento de la proporción de mujeres que participa del mercado de trabajo. De acuerdo a esos datos, sólo una de cada cuatro mujeres en edad activa participaban en la actividad económica, un valor elevado si se lo compara con el resto de los países de América Latina y bajo en relación con las cifras de los Estados Unidos y varios países europeos (Kirsch, 1975; Recchini de Lattes, 1983). ¿Por qué una sociedad que para esa época presentaba un elevado nivel de urbanización/industrialización y ya había mostrado una reducción de la fecundidad no tenía los niveles de participación femenina de las sociedades desarrolladas?, se pregunta Kirsch (1975). Según el autor, el descenso de la fecundidad sólo explica en parte la participación, siendo variables de mayor importancia el ingreso del cónyuge, la actitud de la sociedad para la mujer/madre que trabaja y la actitud de los empleadores para contratar mujeres. En ese sentido, aún en un momento de profundos cambios culturales y sociales, el trabajo femenino se consideraba en la Argentina algo accesorio, en términos del autor “fuerza de trabajo secundaria”.

Wainerman y Navarro (1979), en un trabajo acerca de las ideas predominantes sobre el trabajo femenino en la Argentina, recorren el período que va desde principios del siglo XX hasta 1970 y reconocen como hitos fundamentales la ley N° 11.357 de 1926, que iguala los derechos civiles de la mujer mayor de edad con los de los varones mayores de edad; la ley N°13.010 de 1947, que reconoce sus

derechos políticos y la ley N°17.711, que en 1969 le otorga plena capacidad al cumplir la mayoría de edad cualquiera sea su estado civil.

Las leyes que regulaban el trabajo femenino se habían redactado a principios del siglo XX y estuvieron en vigencia hasta 1974, cuando se promulga la Ley de Contrato de Trabajo. Estas primeras leyes postulaban que las mujeres tenían una menor capacidad física para el trabajo y estaban capacitadas sólo para actividades ligadas a su condición femenina, privilegiando ante todo la función materna. El trabajo femenino extradoméstico que se legitima es el realizado por necesidades económicas. Algunos trabajos, como el de maestra o enfermera, se valoran pues se asocian con funciones femeninas de maternaje y cuidado.

La baja participación de las mujeres en el mercado de trabajo se fue modificando hacia el aumento a partir de la década de 1960. De acuerdo a los Censos de Población, el porcentaje de mujeres en edad activa que participaban de la fuerza de trabajo fue creciendo: 21,5% en 1960, 25,3% en 1970 y 27,5% en 1980. Hay que señalar que los comportamientos laborales de mujeres y varones son muy diferentes: como observan Recchini de Lates y Wainerman (1979) (gráfico1), las tasas de actividad de los varones no sólo son superiores a las de las mujeres, sino que adoptan tasas específicas de actividad por edad muy distintas. Los varones mantienen altas tasas durante toda su vida activa, mientras que las mujeres tienen un máximo de participación entre los 20 y los 24 años, que luego declina.

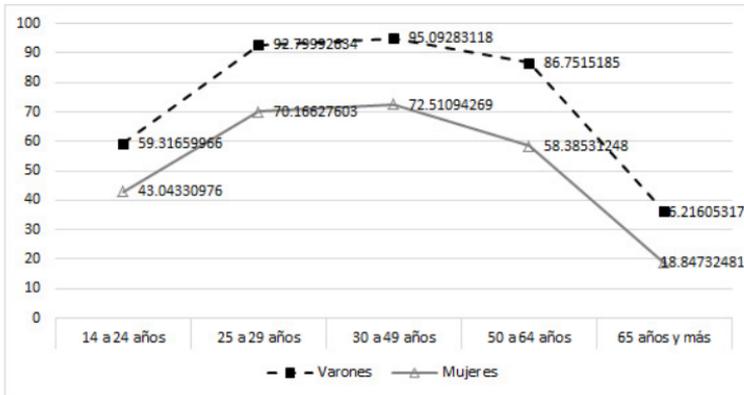
Es probable que muchas de las mujeres de la cohorte de mayor edad hayan tenido experiencias de trabajo fuera de sus hogares hasta que formaron sus familias y comenzaron a tener hijos.

Con respecto a las mujeres de la generación más joven, Wainerman (2003) destaca que la diferencia más notoria del patrón actual o contemporáneo de inserción laboral de esas mujeres con respecto al que se observaba en los años 1960/1970 se debe a la permanencia versus la intermitencia

asociada a las etapas del ciclo de vida familiar. El perfil típico en 1970 era el de una participación de las mujeres jóvenes antes de casarse o de tener su primer hijo y una reinserción (menor) luego de la etapa de crianza. Actualmente, quienes más aportan a la fuerza de trabajo son mujeres casadas o unidas con carga de familia. Desde 1980 hasta la actualidad, las mujeres han incorporado el rol productivo al rol reproductivo y este cambio en las pautas de participación se asocia a un cambio en las estrategias y roles familiares (Wainerman, 2003). Es así que el mayor nivel educativo, el menor número de hijos, el incremento en la esperanza de vida y la difusión de un estilo de vida que privilegia la realización individual y los mayores niveles de consumo alientan la participación laboral fuera de los hogares.

En la primera década del siglo XXI Argentina transita un contexto macroeconómico de crecimiento por el aumento del valor de las commodities, al que se suma un repunte del sector industrial, merced a un tipo de cambio desfavorable para la importación de productos manufacturados y regulación del intercambio comercial tendiente a la protección de los bienes de fabricación nacional. En 2010, el empleo registrado formal se había incrementado en un 65% respecto a 2002 (Díaz, Goren y Metlicka, 2011). En este contexto económico favorable, el aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo se estabiliza alrededor del 50 % y asume un comportamiento similar al masculino.

Gráfico 1. Tasas de actividad por grupos de edad por sexo según grupo de edad.
Total del país. 2010.



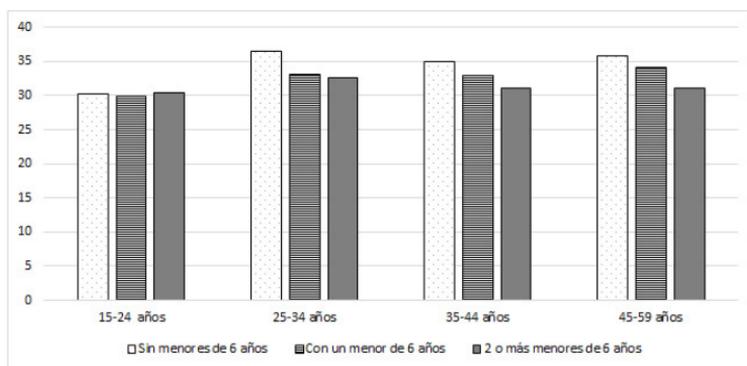
Fuente: INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Como se observa en el Gráfico 1, el comportamiento de las trabajadoras que actualmente tienen entre 25 y 49 años es muy distinto al de sus congéneres que transitaban la misma edad en las décadas de 1970 y 1980; mientras que estas últimas se retiraban del mercado de trabajo en edades tempranas (luego del matrimonio o de la llegada de los hijos), las más jóvenes mantienen su tasa de actividad económica y de empleo en ascenso hasta los 30-49 años, edades en las que alcanza su máximo (al igual que los varones). Este patrón de inserción laboral, debido a múltiples factores, da como resultado que las mujeres asuman las cargas del trabajo doméstico y extradoméstico y ha sido posible, en gran medida, por las políticas educativas y sociales que contribuyeron a la conciliación de la crianza de los hijos con el trabajo.

A pesar de ello, pueden observarse algunas diferencias respecto a la participación y el empleo si se toman en cuenta el nivel de educación, el estrato de ingreso del hogar y la composición de las familias. Entre las mujeres con mayores niveles de educación y quintiles más altos de ingreso, las tasas de actividad y de empleo son más elevadas.

La presencia y el número de hijos también son factores que condicionan el trabajo extradoméstico de las mujeres. Entre las que tienen hijos, las tasas de actividad son menores (Díaz, Goren y Metlica, 2011); asimismo las mujeres que están ocupadas y tienen hijos trabajan un menor número de horas semanales que las que no los tienen.

Gráfico 2. Promedio de horas semanales trabajadas por las mujeres ocupadas según presencia y número de menores de 6 años en edad en el hogar.
Total país (urbano). 3° trimestre del 2012



Fuente: INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) 3° trim. 2012.

De acuerdo al Gráfico 2, y para todos los tramos de edad, las mujeres sin hijos trabajan alrededor de 35 horas semanales, mientras que ante la presencia de un hijo disminuye a 33 horas y, con dos o más hijos, se reduce aún más la cantidad de horas.

Servicios de cuidados y educativos para la primera infancia

Las licencias por maternidad y paternidad y la disponibilidad de servicios de cuidado de niños, como guarderías y jardines de infantes, se constituyen en políticas indispensables para que padres y madres puedan llevar adelante el trabajo extradoméstico (Mario, 2012). El conocimiento del servicio de cuidados resulta imprescindible porque constituye uno de los factores que favorecieron la mayor inserción de las mujeres al mercado de trabajo y, de alguna forma, transfirieron el cuidado de los niños a una modalidad institucional. Para ello se ha rastreado información sobre la evolución de la disponibilidad de jardines maternos y de infantes.

En la Argentina, las políticas de protección de la maternidad y ayuda a los trabajadores con responsabilidades familiares presentan limitaciones para conciliar el ámbito del trabajo y el de la familia. En primer lugar, están pensadas casi exclusivamente para un momento específico del ciclo de vida como el embarazo, el parto y la lactancia en la que es mayor la tensión entre trabajo productivo y reproductivo (Martínez Franzoni y Camacho, 2006) y, en segundo término, alcanzan a un número reducido de personas, mayormente asalariadas del sector formal y, en menor medida, a trabajadores del sector informal.

Le legislación vigente se centra en el amparo de las licencias por embarazos, partos y pospartos. Sin embargo, ese interés ha desatendido las etapas siguientes de la crianza de los hijos, vinculadas con el cuidado de infancia, la salud

y la iniciación escolar. En estos enfoques ha prevalecido la división tradicional de roles de género, en la cual las mujeres son las que cuidan y los varones los que aportan el ingreso familiar (Faur, 2006).

Si se tienen en cuenta la oferta de servicios de cuidados y, especialmente, la evolución del nivel inicial de educación (Cuadro N°1), se observa que desde 1945 a la actualidad se produce una expansión en la matrícula. Este período puede subdividirse en una primera etapa (1945 a 1960) de gran impulso, ligado al proyecto político social de crecimiento industrial y extensión de la educación, que muestra un aumento en la cantidad de establecimientos, de los recursos humanos y en el número de alumnos inscriptos. En la siguiente etapa (de 1960 a 1970), se produce una ampliación notable en el número de establecimientos, docentes y alumnos, acorde a proyectos políticos y sociales, generando importantes innovaciones (Dirección General de Cultura y Educación, Provincia de Buenos Aires, 2001). A fines de 1970, y con la mayor incorporación de mujeres en el campo del trabajo, se genera una demanda de guarderías privadas con fines de lucro, especialmente en el ámbito de la Capital Federal, la Provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. El Estado comienza a ejercer cierto control sobre estas instituciones dictando para ello resoluciones que reglamentan su habilitación.

Entre 1985 y 1993 puede observarse un aumento de la cantidad de establecimientos públicos y la incorporación de recursos humanos que hace crecer la matrícula en el nivel inicial. En 1993 se sanciona en el país la Ley Federal de Educación N° 24.195 como intento de transformación del sistema educativo y la Educación Inicial no es ajena a estos cambios. Esta Ley establece la obligatoriedad de la sala de 5 años del Jardín de Infantes e incorpora al Jardín Maternal para niños menores de tres años. También establece la obligatoriedad del último año del Jardín de Infantes, completando así el ciclo inicial (3 a 5 años). En los documentos emanados de dicha Ley y del Consejo Federal de Cultura y

Educación, se define la identidad y objetivos del Nivel Inicial, en relación a la función propia y a la función propedéutica, destinada a garantizar el acceso a los conocimientos en el Primer Ciclo de Educación General Básica. La Ley Federal no define la responsabilidad política y económica de las salas de 3 y 4 años y mucho menos del jardín maternal, quedando delegada esta función a las posibilidades de cada jurisdicción (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2001).

A fines de la década de 1990 continúa la expansión cuantitativa y se aprueban los Contenidos Básicos Comunes del Nivel Inicial. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires se crea la modalidad de escuelas infantiles que alberga a niños de 45 días hasta los 5 años (Faur, 2014).

Cuadro N° 1 – Evolución histórica de la matrícula del Nivel Inicial en Argentina. Años seleccionados (1945/1993). En números absolutos.

| Año | N° Jardines de Infantes | | | N° de docentes | | | N° de alumnos | | |
|-------------|-------------------------|-------|-------|----------------|-------|-------|---------------|--------|--------|
| | Públ. | Priv. | Total | Públ. | Priv. | Total | Públ. | Priv. | Total |
| 1945 | 44 | 56 | 100 | 293 | 183 | 476 | 5127 | 3454 | 8581 |
| 1950/ 55 | 1291 | 558 | 1849 | 3380 | 959 | 4335 | 69866 | 31225 | 101091 |
| 1960/ 70 | s/d | s/d | 8400 | s/d | s/d | 24335 | s/d | s/d | 555358 |
| 1975/ 80 | s/d | s/d | 12316 | s/d | s/d | 42996 | s/d | s/d | 849298 |
| 1985 | 5472 | 2549 | 8021 | 31449 | 13470 | 44504 | 560559 | 237676 | 798235 |
| 1990 | 5907 | 2786 | 8693 | 33851 | 14969 | 48820 | 630832 | 283854 | 914686 |
| 1993 | 7263 | 2810 | 10073 | 35540 | 14453 | 49993 | 62709 | 252663 | 879760 |

Fuente: Barceló, Duarte, Enrique, Núñez y Ríos, 2014.

Desde 1996 a 2006 se mantiene la evolución y la matrícula llega a cubrir alrededor del 90% de los niños de todo el país entre 3 y 5 años, sin embargo, las salas de 3 y 4 años alcanzan niveles de escolaridad menores (DINIECE, Ministerio de Educación, 2006). Pese a la obligatoriedad de la sala de 5 años, la matrícula no alcanza a ser universal (Faur, 2014) y la oferta de servicios del nivel inicial arrastra importantes sesgos de desigualdad regional. La presencia del sector privado en la educación inicial es más notoria en las provincias con gran concentración urbana.

La cobertura de jardines maternos es muy incipiente en el país: menos del 10% de instituciones públicas de nivel inicial de jornada simple ofrece alguna sala de jardín maternal para chicos menores de 3 años. La regulación es deficiente y los costos de funcionamiento son altos. Tampoco se encuentran reguladas las competencias de los distintos organismos y el nivel de informalidad es mayor.

Esta carencia afecta principalmente a las mujeres con hijos pequeños de menores recursos que no tienen posibilidades de costear los servicios de cuidado institucionalizados en el ámbito privado y, por lo tanto, o disminuyen sus horas de trabajo o deben contar con algún familiar para el cuidado de sus hijos.

Desde la sanción de la Ley de Contrato de Trabajo se abren pocos Jardines Maternales estatales o de Obras Sociales, dando lugar a la creación masiva de instituciones privadas. En la legislación de la prestación del servicio del Jardín Maternal de Empresas y Obras Sociales quedan marginados los padres de familia ya que se refiere exclusivamente a la protección de la maternidad (Ministerio de Educación, 1986).

La encuesta Nacional de Trabajo Infantil de 2004 muestra que los niños de 0 a 4 años que más asisten son particularmente aquellos que provienen de hogares con ingresos superiores y es escasa la asistencia de niños de hogares pobres (Barceló, 2014).

Consideraciones finales

Desde el punto de vista de las dos generaciones de mujeres contempladas es útil señalar las diferencias en sus ciclos de vida. Las mujeres nacidas a finales de la década de 1930 y en los años 1940 vivieron su infancia y adolescencia en la época del gobierno peronista y de la dictadura de la autodenominada Revolución Libertadora, periodos signados por el uso de métodos anticonceptivos tradicionales, como el coitus interruptus y el condón, entre los más frecuentes. La atmósfera cultural de los años de formación de estas generaciones de mujeres estuvo caracterizada por los mensajes educacionales (aumento de la matrícula educativa), políticos (el voto femenino, el ingreso al Parlamento) y los métodos modernos de regulación de la fecundidad (píldora anticonceptiva, DIU) ya que, en la década de 1960, las mujeres de niveles socioeconómicos medios y altos tuvieron acceso a ellos. La interrupción voluntaria del embarazo siguió vigente, aunque es ilegal y está penada por la ley. Una buena síntesis del recorrido que los aspectos relativos a la reproducción humana tuvieron entre los años 1940 a 2010 sería el tránsito del binomio madre-hijo al cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Para las mujeres de la primera cohorte, el trabajo extradoméstico se consideraba en la Argentina algo accesorio, siendo el rol primordial asignado a las mujeres el de esposa y madre; de todas maneras no puede soslayarse que el estrato socioeconómico influye en los patrones de inserción de las mujeres.

A partir de 1960 y 1970 aumenta la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, a partir de un proceso de democratización. El descenso de la fecundidad, la mayor educación de las mujeres, son factores asociados a esa creciente participación.

Con la ampliación de los derechos ciudadanos a partir de 1980, las mujeres de las generaciones más jóvenes han sostenido su participación en el mercado de trabajo, hecho

que no solo ocurre antes de casarse y tener hijos; han demorado la edad de las uniones conyugales; han desarrollado un uso más extensivo de los métodos anticonceptivos; y han optado por una maternidad tardía, sobre todo entre las mujeres de niveles medios, entre quienes pesan las motivaciones de realización personal y profesional. No obstante, existen fuertes desigualdades de género en el mercado laboral: las mujeres se insertan fundamentalmente en el sector terciario, trabajando menos horas y con una desigual brecha de ingresos en relación a los varones. También persisten desigualdades económicas, ya que entre las mujeres de menores recursos el trabajo extradoméstico está más ligado a necesidades de subsistencia.

El eje de las políticas para el cuidado infantil se ha concentrado en la mujer trabajadora, aspecto que contribuye a consolidar la división sexual de las responsabilidades familiares y laborales. Además de ampliar la normativa que extienda las licencias por maternidad y paternidad, sería necesario legislar medidas que apunten a facilitar la tarea de cuidados –a ambos progenitores– contemplando imprevistos como enfermedades, actos escolares y reuniones para padres mediante la incorporación de permisos laborales durante la jornada de trabajo.

La oferta de los servicios educativos del nivel inicial destinado a las mujeres con hijos es aún endeble. El análisis de las tasas específicas de asistencia de niños entre 3 y 5 años a instituciones educativas muestra importantes brechas según el estrato socioeconómico, y los mayores niveles de inequidad en las tasas de asistencia se producen en las edades más tempranas.

Las dificultades que enfrentan mujeres en la organización de la crianza de sus hijos evidencia la escasa visibilidad que se le otorga al cuidado como un problema social y el exiguo consenso existente para promoverlo como una política pública. Si se contempla sólo como un problema

privado del ámbito familiar, no se vislumbra que son derechos adquiridos de la ciudadanía en tanto sujetos de políticas de reproducción social.

La ausencia de políticas conciliatorias flexibles determina que el cuidado de los hijos sea considerado básicamente un asunto privado y la legislación vigente promueve la persistencia de las desigualdades de género que concentra en las mujeres la responsabilidad casi exclusiva del cuidado infantil y familiar, pese a los avances acaecidos en los últimos años desarrollados en las políticas sociales y a una mayor democratización de las relaciones entre hombres y mujeres.

Referencias bibliográficas

- Barceló, M.A., M.C. Duarte, Y. Enrique, A. Núñez y C. Ríos (2014) *El nivel inicial en el sistema educativo argentino* [Online]. La Plata, Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://goo.gl/XDF17Z>
- Barrancos, D. (2002) *Inclusión/Exclusión. Historia con mujeres*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- De Janvry, B. y A.M. Rothman (1975) *Fecundidad en Buenos Aires. Informe sobre los resultados de la Encuesta de Fecundidad en el área de Capital y Gran Buenos Aires, 1964*, Santiago de Chile, CELADE.
- Díaz, E., N. Goren, y U. Metlicka (2011) *Situación laboral de las mujeres: período 2009-2010*. Informe N° 3 del Centro de Estudios Mujeres y Trabajo de la Argentina. CTA. Disponible en <https://goo.gl/Pk2yFQ>
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (2001) *Historia de los Jardines de Infantes de la Provincia de Buenos Aires*. La Plata: Disponible en: <https://goo.gl/SLf7FK>

- Faur, E. (2006) "Gender and family work reconciliation: Labor legislation and male subjectivities in Latin America", en L. Mora y M. J. Moreno (comp.) *Social cohesion, reconciliation policies and public budgeting. A gender approach*. México, UNPFA-GTZ. Disponible en: <https://goo.gl/SH1bfc>
- Faur, E. (2014) *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Kirsch, H. (1975) "La participación de la mujer en los mercados de trabajo en Latinoamérica", *Notas de Población*, Año III, vol 7: 19-41.
- Mario, S. (2012) "Opiniones sobre las políticas vinculadas a la maternidad y la paternidad", en E. López y L. Findling (coord.) *Maternidades, paternidades, trabajo y salud. ¿Transformaciones o retoques?* Buenos Aires, Biblos.
- Martínez Franzoni, J. y R. Camacho (2007) "Equilibristas o malabaristas... pero ¿con red? La actual infraestructura de cuidados en América Latina", en M. A. Carbonero y S. Levín (comp.) *Trabajo, familia y Estado: las transformaciones en las relaciones de género*. Rosario, Homo Sapiens.
- Mazzeo, V. (1998) *Comportamiento de la nupcialidad en la Ciudad de Buenos Aires en el período 1890-1995. La concepción jurídica de la familia y el concepto del matrimonio a través del tiempo*. Informe final de investigación de un Subsidio del Programa de Investigación y Desarrollo de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT). Inédito.
- Ministerio de Educación y Justicia de la Nación (1986) *Situación de los jardines maternales en Capital Federal 1984-1985*. Buenos Aires, Secretaría de Educación y Organización de los Estados Americanos (OEA).
- Ministerio de Educación, Dirección Nacional de Información y Estadística de la Calidad Educativa (2006) *Relevamiento Anual de Estadística Educativa 2006*.
- Nari, M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940*. Buenos Aires, Biblos.

- Recchini de Lattes, Z. (1983) *Dinámica de la fuerza de trabajo femenina en la Argentina*. París, Unesco.
- Recchini de Lattes, Z. y C. Wainerman (1979) *Empleo femenino y desarrollo económico: algunas evidencias*. Cuadernos del CENEP N°6. Buenos Aires, CENEP.
- Torrado, S. (2003) *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor.
- Wainerman, C. (2003) “Mercado de trabajo, familias y género”, en *El sostén de los hogares trabajo, participación social y relaciones de género*. Documento N° 32. Buenos Aires, Dirección General de la Mujer, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Wainerman, C. y M. Navarro (1979) *El trabajo de la mujer en la Argentina: un análisis preliminar de las ideas dominantes en las primeras décadas del siglo XX*. Cuadernos del CENEP N° 7. Buenos Aires, CENEP.
- Wainerman, C. y R. Geldstein (1994) “Viviendo en familia: ayer y hoy”, en C. Wainerman (comp.) *Vivir en familia*. Buenos Aires, UNICEF – Losada.

El marco legislativo que regula el cuidado de niños, de personas mayores y con discapacidad en Argentina

MAILÍN BLANCO, ESTEFANÍA CIRINO Y MARÍA PÍA VENTURIELLO

Sobre las leyes para el cuidado de niños

Hasta 1950, el inicio de la vida doméstica y las tareas de cuidado signaban el comienzo de la vida adulta de las mujeres, mientras que para los varones el paso a la adultez se relacionaba directamente con el ingreso al mercado de trabajo. En este contexto, la maternidad era asociada a la domesticidad (Segalen, 2006).

Alrededor de 1960 se produce una transformación sustancial del rol de las mujeres en la sociedad que significó un cambio en la manera de concebir la maternidad. A ello contribuyeron los crecientes niveles de educación alcanzados, su entrada y permanencia en el mercado de trabajo, el contacto con diversas culturas a través de los medios masivos de comunicación, los nuevos métodos anticonceptivos y el papel cuestionador de los movimientos feministas

La identidad femenina experimentó modificaciones y se avanzó hacia una concepción de la mujer con mayor autonomía (Ariza y de Oliveira, 2001; Beck y Beck-Gernsheim, 2002). El doble papel de madres y trabajadoras, sin embargo, coloca a las mujeres en la conflictiva situación de afrontar las condiciones socioeconómicas actuales

donde la movilidad y la autonomía que exige el mercado de trabajo entran en tensión con los requerimientos de la vida familiar (Beck, 1998).

Desde esta perspectiva, el análisis de la legislación vigente ayuda a comprender la visión del Estado y los derechos de la ciudadanía que prioriza frente al cuidado de hijos; al mismo tiempo es posible detectar qué imágenes de lo femenino, de lo masculino, de la maternidad y de la paternidad se ponen en juego para delinear un perfil de la sociedad, de la familia y de las relaciones sociales de género (Faur, 2014).

El rastreo de la normativa permite detectar que la Ley N° 20.744 de “Contrato de Trabajo” (Infoleg), sancionada en 1974 y reglamentada en 1976, es una de las primeras normas referidas a los derechos laborales de la mujer. En el título VII, capítulo II, hace referencia a “la protección de la maternidad” detallando los derechos de la mujer al quedar embarazada y los tiempos de licencia establecidos. Además, estipula en el artículo 179 que “en los establecimientos donde preste servicios el número mínimo de trabajadoras que determine la reglamentación, el empleador deberá habilitar salas maternas y guarderías para niños hasta la edad y en las condiciones que oportunamente se establezcan”.

Después de treinta y tres años ese artículo aún no se reglamentó, por lo cual la Cámara en lo Contencioso Administrativo Federal ordenó recientemente al Poder Ejecutivo que, en el plazo de 90 días hábiles, pautara dicho apartado para que las empresas dispongan de salas maternas y guarderías. La resolución de la Cámara es el resultado de las medidas iniciadas en 2015 por una familia con hijos menores de 2 años en una causa con la ONG Centro Latinoamericano de Derechos Humanos. La reglamentación deberá establecer a partir de qué cantidad mínima de empleadas las empresas están obligadas a dar ese servicio. En el artículo 103 de la ley citada se mencionan los beneficios sociales que deben otorgar los empleadores en el caso de no disponer de ámbitos especiales para el cuidado, como los reintegros

de los gastos de guardería o sala maternal (prestación no remunerativa) hasta que los hijos cumplan 6 años. En la práctica, tanto la provisión de guarderías en el ámbito del trabajo como el pago de reintegros se aplican dependiendo de la empresa y del convenio colectivo de trabajo que rija en el sector, lo que hace que pocas empresas otorguen este beneficio.

A partir de 2006, en dependencias del sector público se reintegra al trabajador/a un monto fijo para las erogaciones de guarderías siempre que dicha suma no exceda el tope del ingreso mensual de las normas que regulan las asignaciones familiares vigentes.

Por otra parte, para acceder al beneficio de contar con una guardería en aquellas empresas que cuentan con estas instalaciones, sólo se reconoce a la mujer trabajadora como titular del derecho.

Durante la década de 1980 se sancionaron nuevas normativas que intentaron restablecer la definición de tareas y responsabilidades del cuidado: en 1985 se dictó la Ley 23.179 “Aprobación de la convención sobre eliminación de la discriminación de la mujer” que indica que se debe “garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos”. En esta línea, se aprobó en 1986 la Ley 29.451 (Ministerio de Trabajo, 2016) “Convenio sobre igualdad de oportunidades y trato entre trabajadores y trabajadoras” (Trabajadores con Responsabilidades Familiares), que intenta superar las barreras de discriminación de género y, a su vez, plantea la importancia de “desarrollar o promover servicios y medios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar”. Esta ley equipara los roles de género al mismo tiempo que destaca la necesidad de crear dispositivos de cuidados que faciliten esta tarea.

En 2002, la resolución 656/02 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad exige “promover la incorporación de medidas compensatorias que garanticen la efectiva participación de las mujeres en acciones de empleo, orientación y formación profesional entre las que se incluirán las concernientes a facilitar el cuidado de niños, niñas y familiares a cargo.”

Por otra parte, en 2005 se sanciona la “Ley Nacional de los Derechos del Niño/a y Adolescente”, donde se expresa que:

el padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos. Los Organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones.

Desde el ámbito educativo y en relación con el cuidado infantil, en abril de 1993 se promulga la Ley Federal de Educación, N° 24.195 (Infoleg), que establece en su artículo 17 la obligatoriedad de asistencia de los niños a sala de 5 años en todo el país. Posteriormente, en 2006, se sanciona la Ley Nacional de Educación N° 26.206 (Infoleg) por la cual “el Estado nacional, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen la obligación de universalizar los servicios educativos para los/as niños/as de 4 años de edad”; asimismo, se determina que la formación inicial constituye una “unidad pedagógica especial” que comienza a los 45 días y se extiende hasta los 5 años. Cabe destacar que en diciembre de 2014 se modifica esta última ley dictando la obligatoriedad para la sala de 4 años y la universalización para la sala de 3 años. La Ley Nacional de Educación integra a niñas y niños de 45 días a 2 años en el sector de la educación no formal (jardines maternos, artículo 22);

entre las edades de 3 a 5 años inclusive, se prevé la asistencia a jardines de infantes, siendo obligatorio sólo el último año de asistencia.

En el marco de la legislación argentina, el acceso a los servicios de cuidado es un derecho que se ofrece incompleto y fragmentado, no sólo por su inequidad, ya que alcanza únicamente a las personas que trabajan en el sector formal, sino porque aún en los casos en que el derecho está reglamentado, no se implementan acciones de control del cumplimiento efectivo de la norma, por lo cual su aplicación es discrecional (Faur, 2006) y tiene sólo un alcance simbólico (Martínez Franzoni y Camacho, 2007).

De todas maneras, en los últimos años se han producido en el país ciertos avances en el fortalecimiento y la extensión del nivel educacional inicial incrementando el gasto social destinado a ello (Zibecchi, 2014). A principios de 2006 se aprobó la Ley N° 26.075 (Infoleg), que pretende lograr un “incremento de la inversión en educación, ciencia y tecnología por parte del Gobierno nacional, los Gobiernos provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, para lograr la inclusión en el nivel inicial total de la población de 5 años y asegurar la incorporación creciente de los niños y niñas de 3 y 4 años, priorizando a los sectores sociales más desfavorecidos. Atendiendo a estos objetivos, en el año 2007 se sancionó la Ley de Centros de Desarrollo Infantil (Infoleg) para generar espacios de atención integral de niños y niñas hasta 4 años.

A pesar del impulso de estas nuevas iniciativas, la infraestructura disponible para la primera infancia (0 a 2 años) es muy débil y obstaculiza la ayuda a mujeres y varones para compatibilizar la doble responsabilidad del trabajo y la familia (Martínez Franzoni y Camacho, 2007).

Para paliar esta falencia en los establecimientos públicos, el Gobierno nacional anunció en 2016 el plan *3.000 Jardines* (Agencia Telam, 2016). A finales de ese año comenzó la licitación para la construcción de edificios a través de la resolución 2442/2016 del Ministerio de Educación y

Deportes de la Nación con la intención de otorgar vacantes para los 600.000 niños que no tienen acceso a salas de 3 años.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), desde el año 2000 y mediante la ley N°474/00 rige el “Plan de igualdad de oportunidades y trato entre varones y mujeres” que garantiza “el reparto equitativo de las tareas y responsabilidades domésticas y familiares”. Y en el artículo 12 propone “incrementar la oferta de jardines maternos, escuelas infantiles y comedores escolares”.

La CABA es la única jurisdicción del país en la cual la Constitución establece como responsabilidad estatal la provisión de servicios de cuidado para todos los niños y niñas a partir de los 45 días de edad (Faur, 2014).

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, en la Ciudad de Buenos Aires habitan un total de 188.589 niños y niñas de 0 a 5 años, de los cuales el 65% tienen hasta 3 años de edad. En 1995 la matrícula total del sector público abarcaba a 42.409 inscriptos elevándose a 54.166 en 2015; en el sector privado se registraron 36.254 inscriptos en 1995, que aumentaron hasta 69.328 matriculados en 2014 (Anuario Estadístico CABA, 2015). Se observa en CABA un comportamiento similar al del nivel nacional: el sector privado absorbe la demanda de vacantes, que no puede resolverse en el área estatal, de aquellos sectores que pueden solventar el pago. En este contexto, el Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires aprueba la implementación de programas que crean diferentes dispositivos de cuidado para la población que no cuenta con tales recursos económicos. Como precedente de estos programas puede considerarse la demanda colectiva que la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) presentó en 2006 en representación de los niños y niñas de la CABA que no pueden acceder a su vacante en el sistema educativo (Repetto, Díaz y Aulicino, 2012).

En 2007, siguiendo los lineamientos de la Ley Nacional N° 26.233 “Promoción y regulación de los Centros de Desarrollo Infantil”, la CABA pone en marcha la creación de los CeDI, dependientes de la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad. Los CeDI están dirigidos a niños y niñas de entre 45 días y 3 años de edad cuyas familias se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Para el ingreso de los niños/as a los CeDI los padres, madres o tutores responsables deben residir o trabajar en la CABA. En 2015 los CeDI contaban con un total de 1.004 inscriptos (Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2015). Para desempeñarse como docente en los CeDI no se requiere un título oficial.

Los Centros de Acción Familiar (CAF), están bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad y apuntan a una población infantil más amplia, comprendida entre los 45 días y los 12 años. A diferencia de los CeDI, los CAF funcionan a contra turno del horario escolar y su propósito es promover el desarrollo integral mediante la inclusión en espacios de socialización para el fortalecimiento vincular y el acompañamiento para la inserción en el sistema educativo formal.

En esta línea, la CABA publicó en su Boletín Oficial en 2009 la creación del “Programa Centros de Primera Infancia (CPI)”, que pretenden garantizar el desarrollo saludable de niñas y niños de 45 días a 4 años que residen en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires en situación de vulnerabilidad social. Estos establecimientos funcionan de lunes a viernes con jornadas de hasta 8 horas y son gestionados por Organizaciones de la Sociedad Civil que reciben una beca por cada niño o niña, que accede al cuidado de la CABA. En 2015 se registraron 56 CPI en funcionamiento dentro de la CABA (UNICEF- FLACSO -CIPPEC, 2015).

La entrevista mantenida con una funcionaria del CPI de Barracas permite ilustrar, a título de ejemplo, si los programas que se instrumentan en general conciben con los derechos que reconocen la Constitución y el espíritu de las leyes vigentes en CABA.

Al respecto se plantea que hay problemas económicos, ya que el subsidio otorgado es un monto global, independientemente de si un CPI debe pagar el alquiler del local en el que funciona y, además, dicho monto no distingue entre personal en blanco o contratado. Con respecto a la población con la que trabaja el CPI, se agrega que, aunque existe un índice de vulnerabilidad que se utiliza para determinar la prioridad de ingreso al CPI, este método no es tan estricto y aplicable a la hora de otorgar las vacantes. La demanda de vacantes que no se absorbe desde las instituciones educativas estatales agrega solicitudes de ingreso al CPI; además, las jornadas de los jardines de la CABA son de 3 y 6 horas mientras que los CPI cuentan con atención de hasta 8 horas diarias facilitando la dinámica de cuidado en el ámbito familiar.

A través del discurso de la entrevistada se deja traslucir que quincenalmente se arman reuniones de madres y “se forman redes y se ayudan entre sí”. Así el CPI, además de funcionar como dispositivo de cuidado, se transforma en un lugar de contención para las mujeres que llevan a sus niños y niñas. Pese a que se asigna igualdad de responsabilidades a madres y padres en lo que respecta al cuidado de los menores, pareciera que para varios padres el CPI no representa un lugar de apoyo donde pueden generar redes de contención. El CPI se presenta así como una alternativa para muchas familias que no pueden acceder a las vacantes del Estado, y tampoco pueden costear una cuota en un jardín privado.

Por otro lado, el lugar de contención que ocupa el CPI para las familias hace que sus directivos piensen en diversas estrategias que condicionan y determinan el concepto de

cuidado con el cual trabajan en la organización. Sin embargo, se plantea la importancia de no perder de vista que la principal tarea del CPI es educativa.

Según un informe del CIPECC de 2012, los funcionarios del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires consideran que los CPI constituyen el ideal de servicios para la primera infancia y son valorados de forma positiva. No obstante, la contradicción que se genera al analizar detenidamente el funcionamiento de los CPI radica en saber si ellos no se transforman en un servicio paliativo y asistencial, mientras que no se avanza en garantizar el acceso a las vacantes de todos los niños y niñas de la Ciudad de Buenos Aires (Repetto, Díaz y Aulicino, 2012)

Este recorrido histórico por las leyes y políticas públicas relacionadas con la dinámica del cuidado de niños y niñas en la Argentina pone de manifiesto que aún queda un largo camino por recorrer para garantizar los derechos de las mujeres y de los niños y niñas en todo el territorio nacional.

La oferta de servicios públicos de cuidado infantil es aún reducida y existe un vacío en la reglamentación de guarderías en empresas. Quizás el reciente fallo de la Cámara pueda mejorar la instalación de estos servicios o extender el pago correspondiente a los gastos de la institucionalización escolar. Queda por encarar todo lo que atañe a las trabajadoras informales.

Aunque algunas normativas intentan generar políticas públicas que faciliten la conciliación entre el cuidado y el trabajo, cabría preguntarse si la generación de leyes sólo se constituye en meros instrumentos discursivos con escasa efectividad en la práctica.

Leyes y programas para adultos mayores

Nunca antes habíamos vivido tanto, resumiría un hipotético cronista del siglo XX. Pero la extensión biológica en años ¿cómo se vive personal y colectivamente? El envejecimiento, en tanto proceso histórico-social, es dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado (Tamer, 2008). Y el concepto de longevidad contribuye a resignificar el envejecimiento como parte de una transformación evolutiva, porque no todos, y en todo el mundo, envejecemos igual y en las mismas condiciones.

La idea de una vejez homogénea ha sido desechada como parte de los mitos y de una construcción social negativa de esta etapa de la vida (Cabré, 1993; Rodríguez Daza, 2011). Por ello es necesario revisar cómo se encara socialmente la vejez a través de los lineamientos legales que, en última instancia, revelan la percepción contemporánea. El objetivo es describir los lineamientos legales sobre las personas mayores a nivel internacional y nacional y los programas que se implementan en el ámbito local.

Apenas despuntado el siglo XXI, según el Informe de la Asamblea de Madrid de la Organización de las Naciones Unidas de 2002, los organismos internacionales reconocieron la capacidad de las personas de edad para hacer aportes al conjunto social, otorgando un marco para que cada país lo considere a la hora de modernizar sus legislaciones e inspirar políticas concretas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en 2015 el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. El Informe trata sobre la prestación de servicios integrales para personas mayores y las políticas que les permitan vivir en mejores condiciones, así como formas de corregir los problemas relacionados con los sistemas de atención actuales. También destaca un cambio de perspectiva sobre la salud y el envejecimiento (Amadasi y Tinoboras, 2016).

Paralelamente, en 2015 se aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Esta Convención fue aceptada por Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay y Argentina ratificó en 2016 su adhesión en un proyecto de ley. Se obliga a los Estados miembros a promover y proteger la inclusión, integración y participación en la sociedad de los adultos de 60 años o más y a reconocer sus derechos. En ese sentido, la Convención exige a los Estados la adopción y el fortalecimiento de medidas legislativas, administrativas o judiciales que garanticen a las personas mayores un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos, puntualizando de manera destacada que no habrá exclusiones de ninguna naturaleza (Amadasi y Tinoboras, 2016; Pautassi, 2015).

En la Constitución Argentina se incluye, en el inciso 23 del artículo 75, que el Congreso deberá “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los ancianos”.

El Ministerio de Salud de la Nación creó, en 2007, el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud, cuyo objetivo general es fortalecer la accesibilidad al sistema de salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. El Programa se basa en el enfoque de Envejecimiento Activo, con un modelo de salud integral para adultos mayores en el sistema de salud (PRONEAS, Ministerio de Salud, 2016).

A nivel local, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y la Secretaría de Tercera Edad, que depende del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano, implementa una serie de programas orientados a las personas de 60 años o más, autoválidas que residan en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y no sufran padecimientos crónico-degenerativos o dependencias en etapas avanzadas. En esa Secretaría se llevan a cabo políticas focalizadas en apoyo y servicio, políticas universales de protección, inclusión y

derechos y políticas de nuevos estándares y tecnologías. En el área de apoyo y servicios se incluyen los Hogares de Residencia Permanente y los sistemas alternativos a la institucionalización: Centros de Día, programa Vivir en Casa y Servicio de Asistente Gerontológico Domiciliario y Hospitalario y el Programa Buenos Aires Presente (BAP) para las personas en situación de calle.

Las instituciones de residencia permanente a nivel público son cuatro (sólo dos de ellas están ubicadas en CABA). En estos hogares se ofrece vivienda, alimentación, rehabilitación y cobertura médica y social a personas mayores de 60 años, que estén en situación de vulnerabilidad, no posean apoyo familiar y que atraviesen problemas de alojamiento permanente. Un Equipo Interdisciplinario del Área de Admisión de la Dirección General de Promoción y Servicios de la Secretaría de Tercera Edad debe evaluar, previo al ingreso, ciertos requisitos y realiza acuerdos con la Obra Social de los Jubilados y Pensionados (PAMI) para aquellas personas que requieran una residencia permanente y posean la cobertura de este organismo.

En 2001 se reglamentó en la CABA la Ley N° 661, “Marco regulatorio para el funcionamiento de los establecimientos residenciales de la Ciudad de Buenos Aires”, a fin de regular la actividad de los Establecimientos Residenciales y otros servicios de atención gerontológica que brindan prestaciones en los términos del artículo 41° de la Constitución de la CABA”. La ley propone la creación de un registro único y obligatorio de establecimientos residenciales para adultos mayores de la ciudad, detallando características estructurales y profesionales necesarias a ser cumplidas para la habilitación, reconociendo la figura del Asistente Gerontológico para el cuidado. Los establecimientos se clasifican en residencias de personas con autonomía psicofísica acorde a su edad (destinadas a alojamiento, alimentación y actividades de prevención y recreación); hogar de día para personas con características similares a la anterior pero con una franja horaria predefinida de estadía; residencias con

cuidados especiales por invalidez; residencias y hogares de día para trastornos de conducta o padecimientos mentales. Asimismo, la ley reconoce derechos a las personas que viven en estas residencias, entre ellos “entrar y salir libremente, respetando las normas de convivencia del establecimiento” (Ley N° 661, capítulo I, artículo 1°).

La Legislatura porteña aprobó en 2016 un proyecto de ley denominado “Ley de Geriatría”, que propone reemplazar la ley N° 661 en la regulación de los establecimientos geriátricos de la Ciudad de Buenos Aires y regularizar otras situaciones como la de los cuidadores domiciliarios y su marco laboral.

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con 600 geriátricos privados registrados en la Unidad de Gestión de Control y Registro de Establecimientos Residenciales (UGCOR) y otros servicios de atención gerontológica para adultos mayores, que ofrecen diferentes niveles de prestación. Los 30 Centros de Día están en marcha desde 1989 en el horario de lunes a viernes de 9 a 16 horas. Algunos Centros funcionan en dependencias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, mientras que otros lo hacen en Centros de Jubilados, mediante convenios por los que reciben una compensación económica por el uso de las instalaciones. Se ofrecen talleres para el desarrollo físico, cognitivo y creativo y un servicio de almuerzo. La admisión se realiza a través de una entrevista con el adulto mayor o con un familiar, amigo o vecino. Para el ingreso se requiere ser residente de la CABA, tener 60 años o más y ser autoválido, pero se aceptan personas que tengan un padecimiento crónico-degenerativo en las primeras etapas.

Las actividades intergeneracionales se llevan a cabo entre los adultos mayores que concurren a Centros de Día o a Centros de Jubilados y los chicos que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) de la Ciudad. Se realiza un encuentro por semana, donde se busca promover el envejecimiento activo de los adultos y favorecer el crecimiento y la imaginación de los chicos en contacto con sus mayores.

Están vigentes las actividades de Abuelas Tejedoras y Juegos de Ayer. Otras políticas enmarcadas en el Envejecimiento Activo refieren a las actividades intergeneracionales, al apoyo a los Centros de Jubilados y a los Centros de Inclusión para Adultos Mayores (CIAM).

En relación a las políticas de protección, inclusión y derechos, la Secretaría de la Tercera Edad de la CABA impulsó en la Legislatura Porteña la ley N° 5420 con el objetivo de promover la concientización sobre el maltrato y abuso hacia adultos mayores. En promedio, la Secretaría cuantifica una muerte por mes como causa del maltrato en general, robo, violencia intrafamiliar o del cuidador domiciliario, así como mil denuncias de maltrato por año. Para la resolución de este problema se cuenta con un equipo de seguimiento de las denuncias y se ofrece un refugio a las personas con riesgo de vida.

A modo de síntesis y rastreando el espíritu de las leyes que protegen a las personas mayores, tanto a nivel nacional como internacional, habría que preguntarse si las normas establecidas se incorporarán efectivamente como parte del derecho vigente en nuestro país y si contribuirán al diseño e implementación de políticas públicas de promoción de los derechos de las personas mayores.

Los programas destinados a Adultos Mayores a nivel local no se abordan integralmente. La posibilidad de acceder a las actividades encaradas por las instituciones públicas no se difunde adecuadamente. A través de las entrevistas mantenidas con los responsables de la implementación del desarrollo de los programas que dependen de la Secretaría de la Tercera Edad se considera que las actividades son dispositivos orientados a generar inclusión y derechos, dejando la cuestión previsional y sanitaria en manos de otros ámbitos. Es importante continuar con políticas hacia la población adulta mayor que fomenten derechos y garantías de socialización, no obstante la auto-validez sigue siendo el punto de tensión en el abanico conceptual del envejecimiento activo.

Normativa legal sobre discapacidad en la Argentina

El modo de conceptualizar la discapacidad orienta las maneras de intervención del Estado en su comprensión del problema. El marco normativo vigente sobre discapacidad en la Argentina parte de diversas perspectivas conceptuales que se desarrollaron a lo largo del tiempo.

Las primeras leyes que se ocuparon de las personas con discapacidad son de principios del siglo XX y legislaron sobre problemas específicos relacionados con discapacidad visual. Las normas que abarcan varios aspectos de la vida social (salud, rehabilitación, educación, trabajo, entre otros) son las leyes 22.431 “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas” de 1981, la ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” de 1994 y la ley 26.378 de adhesión a la Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2008.

En 1981 se creó el “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas”. Esta ley constituye el marco de la respuesta estatal a las necesidades de asistencia, trabajo, educación, salud, prevención y accesibilidad de la población con discapacidad. La ley establece la protección que ofrecerá el Estado a la población con discapacidad. El artículo 4 indica que deben ser garantizados los servicios de: a) Rehabilitación integral, b) Formación laboral o profesional, c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual, d) Regímenes diferenciales de seguridad social, e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente o en establecimientos especiales, f) Orientación o promoción individual, familiar y social. Esta ley también crea la Comisión Nacional de las Personas con Discapacidad (CONADIS), cuya función es coordinar las políticas sociales en el tema, con dependencia exclusiva del poder ejecutivo nacional.

Según esta ley, es “discapacitada” “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. Esta definición señala que la alteración funcional provoca desventajas en la integración. Ante ello, la ley ofrece una protección integral para “neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales”.

Los conceptos citados asocian la discapacidad a la desviación de la normalidad. Los conceptos normal-anormal señalan en su enunciación a aquellos que se alejan de parámetros físicos valorados como normales y de los comportamientos definidos socialmente como útiles. Adicionalmente, se determina como un rasgo personal y, a su vez, parte de la anomalía que portan, la imposibilidad de integrarse a su comunidad en el rol equivalente a su edad y medio social. Esta definición, al mismo tiempo que reconoce necesidades y ofrece atenciones en rehabilitación, formación y subsidios para ayudar al desempeño laboral, reproduce un modo de control social. Los sujetos de esta ley, afectados por las desventajas que resultan de la discapacidad, encuentran que la integración posible constituye una aproximación a la vida “normal”. Ser “discapacitado” se presenta en esta declaración como un problema de origen biológico, cuyas consecuencias sociales la ley contribuye a reducir mediante las ayudas en servicios de salud, educación y accesibilidad. Junto a esta protección se destaca como condición para la integración la importancia del esfuerzo que la persona debe realizar para desempeñarse en la sociedad. Este es el sentido que adquiere la discapacidad para el modelo rehabilitador, según el cual la recuperación física y la integración social constituyen, en última instancia, un problema y una responsabilidad del individuo.

Los marcos legales son el resultado de los contextos institucionales y políticos, donde existen tensiones de intereses. Aquí tuvieron prioridad las definiciones promovidas en torno a la declaración del Año Internacional del Impedido en 1981, declarado por las Naciones Unidas junto a un plan de acción; su enfoque contempla a los impedimentos como resultado de la relación entre la persona y su medio (Pantano, 1993). Esta norma responde a la movilización internacional de las personas con discapacidad y a intereses personales y familiares de algunos funcionarios del gobierno de la dictadura militar de 1976 (Fara, 2010).

La variedad de temas que aborda esta ley significa un avance en la inclusión en el terreno público de las necesidades de la población discapacitada referidas a rehabilitación con una visión médica asistencial, salud, trabajo protegido y educación (Fara, 2010). Ello da cuenta de una mirada transversal sobre la discapacidad y las necesidades que deben ser atendidas para abordar el tema. Sin embargo, quedan fuera de esta legislación las demandas relativas al derecho al trabajo, impulsadas por los colectivos organizados de personas con discapacidad. Sus demandas apuntaban a trascender el lugar pasivo al que las confinaba el asistencialismo, situándolos como personas dependientes que debían conformarse como sujetos con derecho a trabajar (Joly y Venturiello, 2012). Como respuesta a la necesidad de inserción laboral, la ley 22.431 establece talleres protegidos de producción y el apoyo a la labor de las personas discapacitadas a través del régimen de trabajo a domicilio. Asimismo, en el artículo 8 se obliga a los organismos estatales a emplear una cuota del 4% de personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo. Aun cuando esta medida supone un reconocimiento parcial, el avance que representa la existencia de una cuota de empleo de personas con discapacidad sólo incluye al sector público, excluyendo al ámbito privado.

En 1997 se sancionó la ley 24.901, “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”, que precisa las prestaciones en prevención, asistencia, promoción y protección, tendientes a brindar una cobertura integral a las necesidades y requerimientos de esta población. A pesar de ello, esta ley sostiene una ambigua atribución de responsabilidades hacia el Estado y se focaliza en quienes carecen de recursos. De acuerdo con su artículo 3, “El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios”. Con esta modificación de la ley 22.431 se presenta a las obras sociales y la medicina prepaga como principales prestadoras y las familias como soporte permanente. Solo en caso de fallar ambas instancias se recurre al Estado, desplazando su responsabilidad a estas instituciones, lo que profundiza un proceso de individuación en el que el Estado traspasa su responsabilidad en el sujeto y sus redes sociales informales.

Esta manera de distribuir el riesgo social conduce a una desigualdad de la protección entre quienes están afiliados al sistema de seguridad social (por estar incluidos en el mercado de trabajo formal o poseer recursos para acceder a una prepaga) y aquellos que están desocupados o los que trabajan en el mercado informal y dependen de las prestaciones del Estado. De este modo, la condición de acceso al trabajador formal y las desigualdades socioeconómicas generan inequidades en el acceso a la salud y a la protección social. En efecto, el gasto social se concentra en el componente contributivo mediante los aportes que realizan los trabajadores insertos en el mercado laboral formal, de modo que la condición de asalariado es un requisito para acceder a los servicios sanitarios. Esta situación constituye un problema para las personas con discapacidad, quienes,

en el marco de precarias condiciones de inserción laboral, sin posibilidades de ser aportantes, resultan excluidos del sistema contributivo de protección social.

El CUD (Certificado Único de Discapacidad) es un documento público de validez nacional emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria que certifica la discapacidad de una persona. La Ley N° 24.901 establece la cobertura del 100% en las prestaciones para personas con discapacidad (de acuerdo al tipo de discapacidad certificada). Permite acceder a la cobertura integral de los servicios de habilitación y rehabilitación y la medicación. Los beneficiarios que no tengan obra social tendrán derecho a acceder a la totalidad de prestaciones básicas. Además se otorga acceso gratuito al transporte público nacional de corta, mediana y larga distancia y garantiza el derecho de libre tránsito y estacionamiento (Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud, 2016).

Los criterios de valoración de la discapacidad son establecidos por la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud) y ejecutados por los equipos intervinientes en ejercicio de sus competencias.

Teniendo en cuenta las normas internacionales, la Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad declarada por las Naciones Unidas en 2006 y a la que Argentina adhiere en 2008 con carácter facultativo mediante la ley 26.378, constituye el documento más avanzado en la materia. La primera característica a destacar es la definición de la discapacidad que se distingue por la ausencia de connotaciones negativas, sin sostener una carga valorativa negativa: en su artículo 1 indica que “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Incorpora un enfoque dinámico que posibilita adaptaciones a lo largo del tiempo y de acuerdo a los contextos socioeconómicos,

mientras destaca la interacción con distintas barreras en el origen de la situación de discapacidad (Rosales, 2007; Seda, 2015).

En Argentina, de acuerdo con las pautas establecidas en los tratados internacionales, el reconocimiento del derecho a la igualdad de trato y oportunidades de las personas con discapacidad, junto con otros colectivos considerados desventajados o considerados minorías, adquiere rango constitucional. Así lo establece el artículo 75 de la Constitución Nacional Argentina, ley 24.460, que insta a: “Legislar y promover medidas de acción positivas que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”. Adicionalmente, el Estado argentino adhiera a varios tratados internacionales que abogan por la no discriminación y la discriminación positiva como estrategia para reducir las disparidades sociales.

De este modo la Convención profundiza el reconocimiento de los derechos plasmados en las normativas precedentes por su capacidad de divulgación. De acuerdo con Seda (2015), en Argentina el reconocimiento de derechos en términos jurídicos cuenta con antecedentes para los cuales la Convención significa más una continuidad que un acontecimiento disruptivo en la adopción de medidas. En tal sentido, esta normativa internacional adquiere su rol simbólico como emblema del colectivo de personas con discapacidad, lo cual no necesariamente se refleja en un quiebre en el ejercicio jurídico (Seda, 2015). El potencial transformador de la perspectiva de derechos alude a que determinados sectores marginales cambian de estatus en relación con el Estado: de ser objeto del asistencialismo pasan a adquirir el rango de titulares de derechos. Este movimiento crea una nueva distribución de derechos y responsabilidades hacia el Estado. Con este fin se desarrollan mecanismos para el otorgamiento de poder a los sectores

postergados y excluidos que supone la responsabilidad del Estado, la igualdad, la no discriminación y la participación social (Abramovich, 2006). Cuando las normativas sobre discapacidad adoptan este enfoque se define a las personas como ciudadanos activos. Estas resultan víctimas de las desigualdades generadas por el orden social y no por sus condiciones individuales, dimensión central en el reconocimiento de la ciudadanía plena de esta población (Díaz Velázquez, 2016).

Las prácticas y ejercicios concretos que modifican la situación efectiva de las personas con discapacidad se encuentra matizado por dificultades culturales e institucionales en torno a la modificación de prácticas arraigadas que responden a una actitud que segrega y medicaliza a las personas con discapacidad (REDI et al., 2012). En este sentido, el concepto de los derechos humanos no solo es entendido como un límite a la opresión, sino también como un programa que puede guiar las políticas públicas de los Estados orientadas al fortalecimiento de las instituciones democráticas (Abramovich, 2006). Sin embargo, la perspectiva de derechos encuentra sus límites en las dificultades para convertir los preceptos de no discriminación y opresión en políticas estatales integrales.

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V. (2006) “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, *Revista de la CEPAL* 88: 35-50.
- Agencia de Noticias Telam (2016) “Macri anunció un plan para construir 3000 jardines de infantes en todo el país”. Disponible en: <https://goo.gl/tu36xW>

- Amadasi, E. y C. Tinoboras (2015) *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Buenos Aires, Observatorio de la Deuda Social, Educa. Disponible en: <https://goo.gl/De3qur>
- Amadasi, E. y C. Tinoboras (2016) *El desafío de la diversidad en el envejecimiento. Familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto.* Buenos Aires, Observatorio de la Deuda Social, Educa.
- Ariza, M y O. de Oliveira. (2001) "Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición", *Papeles de Población* N° 28: 9-39. Disponible en: <https://goo.gl/jyRhsK>
- Beck, U. (1998) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad.* Barcelona, Paidós.
- Beck, U. y E. Beck-Gernsheim (2002) *Individualization.* London, Sage Publications.
- Cabré, A. (1993) "Algunas consideraciones sobre el envejecimiento demográfico en España y su evolución futura", en P. Sánchez Vera (ed.), *Sociedad y población anciana.* Murcia, Secretariado de publicaciones, Universidad de Murcia.
- Díaz Velázquez, E. (2016) Tesis doctoral. El acceso a la condición de ciudadanía de las personas con discapacidad: el caso de España. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Sociología I. (Cambio Social). Disponible en: <https://goo.gl/MB3CXP>
- Fara, L. (2010) "Análisis de la normativa nacional orientada a persona con discapacidad" en C. Acuña y L. Bulit Goñi (comp.) *Políticas sobre discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos.* Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores.
- Faur, E. (2006) "Género, masculinidades y políticas de conciliación familia-trabajo", *Nómadas* 24: 130-141.
- Faur, E. (2014) *El cuidado Infantil en el siglo XX. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual.* Buenos Aires, Siglo Veintiuno editores.

- García, B. y O. de Oliveira (2006) *Las familias en el México metropolitano. Visiones femeninas y masculina*. México, El Colegio de México.
- Joly, E. y M.P. Venturiello (2012) "Persons with Disabilities: Entitled to Beg, Not to Work. The Argentine Case", *Critical Sociology* 12: 325-347.
- Martínez Franzoni, J. y R. Camacho (2007) "Equilibristas o malabaristas, ¿pero con red? La actual infraestructura de cuidados en América Latina", en Carbonero Gamundí, M. A. y S. Levín (comp.), *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos, políticas de género en Europa y América Latina*. Rosario, Homo Sapiens Editores.
- Ministerio de Salud. Programa Nacional de Envejecimiento Activo (2016) Disponible en: <https://goo.gl/wDcz3m>
- Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) (2016) Documento Único de Discapacidad. Disponible en: <https://goo.gl/613Qk3>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2016) Leyes para mujeres trabajadoras. Disponible en: <https://goo.gl/9TFZu>
- Pantano, L. (1993) *La discapacidad como problema social*. Buenos Aires, Eudeba.
- REDI – CELS – FAICA – FENDIM – ADC (2012) Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad. 8° período de sesiones / Evaluación sobre Argentina Informe alternativo situación de la discapacidad en Argentina – 2008/2012. Disponible en: <https://goo.gl/WrCFQy>
- Pautassi, L. (2015) "Inaugurando un nuevo escenario: el derecho al cuidado de las personas adultas mayores", *Revista Argumentos de Crítica Social* N° 17: 1-24. Disponible en: <https://goo.gl/jbURsb>
- Repetto, F., G. Díaz, y C. Aulicino (2012) *Cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires ¿La disyuntiva entre pañales y pedagogía?* Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en: <https://goo.gl/VZywe9>

- Rodríguez Daza, K. (2011) *Vejez y envejecimiento*. Documento de Investigación N° 12. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario.
- Rosales, P. (2007) “La nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, *Jurisprudencia Argentina II*: 817-818.
- Seda, J. (2015) Tesis doctoral: “Discapacidad y Derechos: evolución en la legislación y jurisprudencia en la República Argentina. Impacto de la Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Facultad de Derecho. Universidad de Buenos Aires.
- Segalen, M. (2006) *Sociologie de la Famille*. Paris, Armand Colin.
- Tamer, N. (2008) “La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar”, *Revista Argentina de Sociología*, Año 6, N° 10: 91-110.
- UNICEF. FLACSO Argentina. CIPPEC (2015) “Análisis de los Centros de Primera Infancia. Principales resultados” Disponible en: <https://goo.gl/6JDVJY>
- Zibecchi, C. (2014) *¿Cómo se cuida en la Argentina? Definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas*. Buenos Aires, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

¿Cómo cuidan y han cuidado las mujeres a sus hijos?

ESTEFANÍA CIRINO Y LARA ENCINAS

Características de las mujeres entrevistadas

Las veinticinco entrevistadas se clasifican en dos grupos: la primera generación, de 11 mujeres, tiene una edad media de 64 años (nacidas entre 1940 y 1955) y la segunda, por 14, de 38 años (nacidas entre 1970 y 1985). Según nivel socio-económico, 14 mujeres pertenecen a niveles medios (MM) y 11 a estratos medio-bajos (MB). Entre las de más edad, siete están jubiladas y las demás son empleadas domésticas, administrativas, docentes y/o encargadas de edificios. Las entrevistadas de la cohorte joven trabajan como empleadas administrativas (4), empleadas domésticas (2) venta de tortas y artesanías caseras (1) diseñadora gráfica (1) gestora cultural (1), odontóloga (1), investigadora (1) peluquera (1) y en la docencia (2). Tienen en común haber ingresado al mercado de trabajo antes del nacimiento de sus hijos. En algunos casos, quienes se dedicaron a su cuidado a tiempo completo, abandonaron el trabajo pero volvieron a él en cuanto sus hijos crecieron. Esta pausa en la trayectoria laboral ha sido más frecuente en las mujeres de la primera generación, aunque las de estratos medio bajos y las jefas de hogar (por separación de sus parejas) de esa cohorte siguieron con sus actividades económicas.

En lo que se refiere a las mujeres de la segunda generación, las interrupciones en sus recorridos laborales no han sido tan frecuentes, ya que transcurridas las licencias por maternidad, el regreso a sus trabajos ha sido lo habitual.

La mayoría de las entrevistadas de ambas generaciones mantiene su vínculo conyugal: seis están casadas y otras ocho unidas de hecho; estas últimas pertenecen a la segunda generación; tres están divorciadas, dos separadas y una es soltera. La viudez (5) solo aparece en la primera generación. El nivel educativo de las entrevistadas supera el secundario completo (19). En los sectores medios seis son universitarias, cuatro completaron estudios terciarios y dos los abandonaron. En los sectores medio bajos, dos no terminaron el secundario, tres registran primaria completa y una –de la primera generación– primaria incompleta. Casi la mitad de las entrevistadas son propietarias de su vivienda (cinco de la primera generación y siete de la segunda), seis alquilan y, otras siete habitan en viviendas prestadas por familiares, de las cuales tres pertenecen a la cohorte más joven de estratos medios. Viven en su mayoría (18) en barrios del GBA (primer cordón) y siete en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una gran mayoría posee cobertura de salud: las que trabajan actualmente tienen afiliación a las obras sociales de sus gremios o cuentan con servicios de salud prepagos. Las jubiladas están cubiertas por el PAMI.

Los cuidados de las mujeres de la primera generación (1940-1955)

Cuidar a los hijos es una tarea que se relaciona directamente con la situación socioeconómica del hogar, la cantidad de hijos, las trayectorias laborales de las mujeres, la inserción de los padres en el mercado de trabajo y el desarrollo

de instituciones educativas encargadas de la instrucción y socialización de los niños. A ello se agrega el marco socio-histórico y las prácticas culturales.

La asistencia a los demás opera hoy en un marco de mayor individualización y democratización de las relaciones familiares. En las últimas décadas, las mujeres han aumentado sus años de escolarización y permanecen en el mercado de trabajo afectando las relaciones familiares. Por ello aparece con mayor peso los conceptos de conciliación o corresponsabilidad en el cuidado, lo que supone el desarrollo de estrategias que permitan mantener un equilibrio entre las actividades domésticas, el cuidado y la inserción en el mercado de trabajo.

Las entrevistadas explican que previamente a casarse y tener hijos habían trabajado en tareas administrativas, la mayoría de ellas una vez egresadas de la escuela secundaria. Solo una de las once mujeres cursó estudios universitarios de grado y posgrado, aunque los interrumpió por la llegada de los hijos o por el cuidado de los padres. El abandono del mercado de trabajo para dedicarse al hogar y al cuidado de los niños estaba basado en el cumplimiento del ideal de la maternidad y la unión legal, así lo explica Gladys (60 años, MM): *“Renuncié cuando estaba a punto de tener familia y me quisieron tomar otra vez pero yo no tenía con quién dejar a mis hijos, entonces por acuerdo con mi marido habíamos decidido que lo mejor era que yo criara a mis hijos y de ahí en más dejé de trabajar y por más que me presentaron una propuesta para volver a trabajar, me negué”*.

Algunas de las mujeres de estratos medios intentaron unir el deseo de ser madre con la permanencia en el trabajo porque el trabajo significaba satisfacer una vocación o desarrollar habilidades sin que ello implicara, necesariamente, lograr autonomía económica. Las mujeres que consiguieron permanecer eran, en general, profesionales que contaban con ayudas domésticas pagas: *“Me encantaba trabajar, después tuve otro hijo, seguí trabajando de profesora”* (Nina, 71 años, MM). Existe en este punto una diferencia entre las mujeres

de niveles socioeconómicos medios y los medios-bajos, ya que las de menores recursos continuaron con sus trabajos, coincidentemente con sus parejas a fin de contribuir al mantenimiento económico del hogar. Esta situación permite comprender la doble tarea realizada, la de trabajadoras y la de amas de casa: *“Siempre trabajamos, gracias a Dios mientras fueron chicos trabajábamos y vivíamos en el mismo lugar que trabajábamos, entonces eso me facilitó el poder cuidarlos a ellos y trabajar a la vez, porque en la panadería yo los tenía conmigo, estaban ellos en la vivienda y vos podías ir a cada rato a ver si estaban bien (Aurora, 62 años, MB)”*.

Algunas entrevistadas que se separaron cuando sus hijos eran pequeños debieron volver a trabajar de manera remunerada, convirtiéndose en el sostén de su familia, dado que los padres de sus hijos no se hicieron cargo de la cuota alimentaria. Las mujeres separadas de sectores medios contrataron empleadas domésticas que se encargaban del cuidado de los niños o recibían ayuda de vecinas por algunas horas. Las que mantuvieron el vínculo familiar continuaron con trabajos temporarios, como por ejemplo, clases de apoyo escolar en el hogar.

Quienes se dedicaron al rol de madres y trabajadoras fuera del hogar se encargaban de las tareas de cuidado sin contar con ayudas externas: *“Estaba ya para tener a G. y con M. chiquitito, mi marido se venía a trabajar a Munro, estaba toda la semana, yo estaba sola con mis hijos”* (Aurora, 62 años, MB). *“No había nadie, cuando llegamos de Tucumán eran pequeñitos, los llevaba al jardín, volvía rápido a trabajar por hora en un taller y me daban permiso de ir a buscarlos, darle la merienda y volver a trabajar otro poquito”* (Elena, 71 años, MB). En ocasiones, dejaban a sus hijos solos en su casa y elegían esta modalidad ya que no les parecía una práctica insegura, aunque afirman que actualmente no hubiera sido posible hacerlo: *“Ellos ya ayudaban viste, en casa, un poquito, hacían la cama, o esto, aquello, nos maneábamos con notitas, yo me la pasaba todos los sábados y los domingos, nada más que cocinando para toda la semana para sacarlos del apuro”* (Susana, 77 años, MB).

En contraste, otras entrevistadas que reingresaron o se mantuvieron en el mercado de trabajo, contaron en alguna medida con la ayuda de familiares cercanos (madres, suegras) que colaboraron en las actividades puntuales del cuidado: *“El nene iba a la escuela primaria, cerquita, casi enfrente de la casa de los abuelos y al lado vivía la madrina, entonces a veces cruzaban los abuelos a buscarlo al mediodía”* (Rosana, 61 años, MM).

De todas maneras, es posible advertir la presencia de mandatos sociales que indican, según las entrevistadas, que les corresponde a las madres encargarse del cuidado de sus hijos: *“Yo creo que la mamá tendría que tener un poco más de tiempo, porque nacen y están en la guardería, se pierde mucho contacto con la mamá, más unión, se crían muy artificial, sin nada”* (Lucía, 60 años, MB).

La distribución sexual del trabajo de cuidado de niños entre las parejas fue, en su mayoría, inequitativo, ya que las mujeres fueron las encargadas de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos. En sus testimonios no aparecen críticas a la escasa ayuda de sus parejas, porque se entendía que estas tareas eran una responsabilidad femenina. Algunas de las mujeres que trabajaban fuera del hogar aludían a jornadas extenuantes y cierta irritación por la escasa ayuda brindada por sus cónyuges: *“Yo tuve un marido que no me ayudaba en nada, no colaboraba en nada, yo corría todo el día, porque mis hijos iban al colegio, iban toda la semana al club, fútbol, patín, natación, yo tenía que dejar la comida al mediodía y después dejar la comida preparada para la noche porque no me colaboraba mucho* (Gladys, 60 años, MM)”.

Y Aurora (62 años, MB) relata: *“Mi marido es un tipo muy cómodo, hace poco en la casa, es como que si yo fuera sola, he trabajado mucho en mi vida y he criado a mis hijos, viste, pero bueno, tampoco sirve quejarse”*.

Casi todas las mujeres consideran que hoy la situación es diferente ya que se reclama con mayor énfasis una distribución igualitaria del trabajo de cuidado.

Con respecto a la opinión sobre las guarderías o jardines de infantes, muchas entrevistadas decidieron mandar a sus hijos a esas instituciones a partir de los tres o cuatro años de edad: *“Iban a un jardín sí, los llevaba, al mayor como vinimos de Uruguay en esa época no lo mandé a jardincito y fue solo a preescolar, en cambio al menor sí, fue desde los tres años”* (Aurora, 62 años, MB). En esa época no existían muchas guarderías o salas maternas, por lo que algunas mujeres no podían considerar esa opción. No obstante, quienes conocían su existencia manifestaron que no las eligieron para llevar a sus hijos ya que querían dedicarse ellas al cuidado, sobre todo en las primeras etapas de sus vidas.

En referencia a la contratación de cuidadoras las entrevistadas coinciden en que la crianza de los niños debe estar a cargo de las madres: *“No, niñera jamás, no jamás hubiese dejado, sí los mandé cuando tuvieron 3 años a un jardín, pero a sus tres horitas de jardín como cualquier chico”* (Marita, 61 años, MM).

Los cuidados de las mujeres de la segunda generación (1970-1985)

La mayoría de las entrevistadas jóvenes ingresa y permanece en el mercado de trabajo luego de la unión conyugal y la llegada de sus hijos. Exceptuando algunos casos, estas mujeres extienden sus licencias luego de los tres meses para cuidar a sus hijos. En los primeros años de la crianza, las mujeres adaptan sus horarios de trabajo, de manera de combinar su tarea remunerada con el tiempo dedicado al cuidado. Así logran continuar con sus actividades y mantener la presencia maternal. En los sectores medio bajos es frecuente que las entrevistadas realicen labores precarias desempeñándolas dentro de sus hogares (elaborando alimentos, manualidades o artesanías). Aquellas que están separadas o

divorciadas, independientemente de su nivel socioeconómico, sostienen trabajos de tiempo completo para afrontar el mantenimiento económico de su familia.

También para las jóvenes el estar presentes en el cuidado de sus hijos es una prioridad. Hablan de *compartir, crecer con ellos, jugar, escuchar, llevarlos a un cumpleaños, leer juntos*. Es por esto que deciden resignar otras actividades para pasar más tiempo con sus hijos. Si bien se vive como un *“sacrificio que vale la pena”*, las entrevistadas dan cuenta de los cambios que la maternidad implica en sus vidas como el descuido de la salud personal, la pérdida de intimidad con la pareja, los cambios en el cuerpo, la falta de tiempo personal. En lo que respecta al ámbito laboral, aplazan las posibilidades de un mayor crecimiento a cambio de la satisfacción de ser madres presentes. Así lo expresa Lorena (39 años, MM): *“Es como que te volvés más doméstica y resignás un poco más de profesión, ¿en qué sentido? Que antes, bueno... mi carrera siempre fue súper importante, y ahora soy mamá”*.

Las mujeres jóvenes admiten una mayor presencia de sus cónyuges en las tareas cotidianas de cuidado cuando se comparan con sus madres: *“Hay una gran diferencia porque yo tengo a mi marido al lado y puedo contar con él por suerte siempre, pero mi mamá estaba sola y aparte, nada, yo tengo una mamá con quién apoyarme, mi mamá no tenía a su mamá, ni a su papá, no tenía a nadie, estaba sola, así que tengo una gran ventaja (Sara, 30 años, MB)”*.

En este sentido, dan cuenta de los cambios que perciben en relación a una mayor autonomía de las mujeres: *“Mi mamá fue criada en una sociedad con pensamiento machista, viste, el hombre siempre tenía la razón, es lo que a mí me parece, las cosas cambiaron”*, señala Yenny (43 años, MM). No obstante, si bien los varones se encargan de llevar y retirar a sus hijos del colegio, asistir a la consulta médica y a las reuniones de padres, la mayor responsabilidad del cuidado recae en las mujeres. Frente a esta situación, muchas entrevistadas expresan pocos malestares o incomodidades en relación al modo en que se organizan las tareas del cuidado. Tal es el

caso de Melina (39 años, MM): *“Él tenía ganas de ser padre, él la quiere, la extraña y quiere estar presente, entonces, día por medio está, después en los quehaceres cotidianos, ahora quedó un poco a mi cargo el asunto, pero yo sé y esto fue hablado, yo sé que es así, que si lo llamo para alguna cuestión médica, alguna cosa de C. [hija] que se necesite hacer, él responde”*.

En contraste, otras mujeres subrayan que la falta de distribución equitativa del trabajo de cuidado ha derivado en situaciones de conflicto y discusiones con sus cónyuges. Marina (39 años, MM) detalla: *“Antes de divorciarme del papá de S., él tuvo un trabajo de mucha responsabilidad y de golpe nos transformamos en algo más tradicional en la que yo estaba a cargo de llevarla, traerla, de hacer todo y él llegaba tarde, eso pasó muy poco tiempo y yo colapsé”*. En este sentido, algunas de las entrevistadas reclaman una mayor colaboración de sus parejas en determinadas tareas de cuidado que siempre dependen de ellas como hacer los deberes del colegio: *“Los nenes están martes y miércoles con el papá. Le pedí por favor, a duras penas lo hizo, que se ocupe él esos dos días de hacer la tarea, no salir a comprar corriendo la cartulina amarilla que pidió la seño, eso es otra cosa, eso se ocupa mamá, para todo eso y más”*, advierte Camila (36 años, MM). Por otro lado, algunas entrevistadas expresan que los padres de sus hijos no asumen casi ninguna tarea de cuidado: *“El padre es muy desordenado, o sea, está, no está, viene, va, entra, sale, aparece un día, no aparece un mes, una vez los dejó de ver como cuatro, cinco meses a los chicos”*, relata Gisela (44 años, MM).

La mayoría de estas madres permanece en el mercado de trabajo. Como señala Torrado (2003), los cambios en el patrón de participación femenina a lo largo del ciclo vital evidencian el menor peso del matrimonio y la maternidad en el abandono del mercado de trabajo en comparación con la generación previa. El nivel socioeconómico de las entrevistadas es una variable que incide en los motivos que guían su accionar. Para algunas mujeres de estratos medio bajos el trabajo se asocia a la necesidad de contar con un ingreso. Sara (30 años, MB) dice: *“A mí me encantaría poder*

quedarme en mi casa con mi hijo, sería para mí lo mejor, porque los años que uno pierde, después no los recupera más, pero bueno, tengo que trabajar”.

En las mujeres de sectores medios, trabajar es sinónimo de hacer “*lo que me gusta*”, “*lo que amo hacer*”, “*lo que estudié*”. Adicionalmente, asocian el trabajo extradoméstico con el crecimiento, la vitalidad, el aprendizaje en contraposición a las tareas domésticas, que pertenecen al terreno de lo monótono, aburrido y estanco. El modelo de mujer que se desempeña como madre y ama de casa tiempo completo no es deseable (Faur, 2014). A la satisfacción de hacer algo que les gusta se le suma la percepción del ingreso: “*Para mí es un motor de vida, porque yo trabajo de lo que me gusta, logré inventarme un universo del que puedo también sacar una remuneración*”, relata Melina (39 años, MM).

Algunas de las entrevistadas más jóvenes destacan las diferencias que perciben con sus madres, ya que ellas pudieron optar por seguir trabajando, ya sea por necesidad económica o búsqueda de desarrollo personal: “*Noto una gran diferencia, a mí me gusta trabajar, porque me da independencia económica y porque también me siento ocupada en algo y en lo que me gusta porque realmente me gusta hacer eso, sí, hay diferencias en cómo me criaron a mí*” (Soledad, 32 años, MB), y Rita (33 años, MM) agrega: “*Y creo que estamos en una época distinta con relación a ellos [sus padres], me parece que la diferencia está en que yo seguí trabajando, de alguna manera me pude organizar*”.

Para organizar la gestión del cuidado, las entrevistadas cuentan con redes a las que atribuyen una gran importancia, porque implican un apoyo y ayuda tanto instrumental como afectiva. La familia más cercana es la primera opción: la madre, la suegra y la hermana son a quienes recurren más frecuentemente. Las razones para elegir estas ayudas se justifican en la experiencia de sus familiares en el cuidado de niños y en compartir valores sobre la educación: “*Yo, por ejemplo, con mi suegra, cuando se lo dejo, sí, estoy tranquila*”, relata Lorena (39 años, MM). Y Marina (42 años, MM)

expresa: *“Siempre mi madre tuvo el cuidado como yo quiero, súper presente, ¿viste? De verdad estar, de verdad leerle, de verdad escucharla, de verdad, no de la tele”*.

La mayoría de las mujeres rechaza enviar a sus hijos al jardín maternal. Mencionan los riesgos de delegar el cuidado en una institución por el contagio de enfermedades, el abuso o la violencia. Temen que algo les suceda a sus hijos y prefieren cuidarlos ellas mismas, posponer el ingreso al jardín maternal o acudir a personas de la familia (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

No obstante, cuando no hay otras opciones, algunas mujeres envían a sus hijos a estas instituciones: Lorena (39 años, MM) destaca que el jardín maternal es una buena elección y lo prefiere antes que cualquier otra alternativa: *“Me parece que el jardín maternal los activa, les hace bien. Él, por ser hijo único incluso, tiene relaciones con otros nenes de su edad, con otros adultos”*.

El resto de las entrevistadas envía a sus hijos al jardín recién a partir de los dos años y medio o tres. Consideran que es una experiencia positiva, tal como lo expresa Gisela (40 años, MM): *“Sí, la doble escolaridad es maravillosa porque mi hija está en actividad”*. Rita (33 años, MM) afirma del mismo modo: *“Me parece que ahora que ya está más grande, es una nena, que bueno, que ya los chicos empiezan a entender a relacionarse, a establecer otros vínculos, y me parece que desde lo social sí está bueno hacerlo, pero a partir de una cierta edad, dos años y medio”*.

Cuando se trata de elegir la institución educativa a la que asistirán sus hijos, algunas entrevistadas de nivel medio lo asumen como una decisión importante que se resuelve en función de los intereses de cada familia. Así, Gisela (40 años, MM) relata: *“Me dediqué un montón a buscar colegios, tuve muchas reuniones, busqué, pregunté y bueno”* y Malena (44 años, MM) sostiene: *“Los padres que eligen esa escuela somos gente que nos dedicamos al arte, intelectuales y que nos interesa que estén en una escuela inclusiva, donde por ahí hay chicos de zonas emergentes del barrio y que conviva con realidades distintas”*

y donde haya una bajada de línea, donde haya lugar de juego, donde haya un lugar de estímulo a la literatura, estímulo a la mirada sobre los derechos humanos, con una línea de pensamiento bastante comprometida en lo social”.

La mayoría de las entrevistadas de sectores medios no se siente a gusto con la idea de contratar una cuidadora para atender a sus hijos, aunque algunas de ellas debieron buscar ayudas externas luego de no contar con la asistencia de familiares. Yenny (43 años, MM), considera esta ayuda como un “*sostén*” que le permite cumplir con su trabajo extradoméstico sin sacar a sus hijos de su hogar. A veces, su hijo mayor colabora con el cuidado de sus hermanos cuando la cuidadora se va. El resto de las entrevistadas no ve bien que los hijos se queden solos. En cambio, algunas mujeres jóvenes de nivel medio bajo deben aceptar esta solución por unas horas mientras ellas trabajan fuera de su casa.

Las mujeres y el Estado: acceso y demandas

El rol del Estado no está muy presente en el discurso de las entrevistadas. De las once entrevistadas de la primera generación, seis indican que la presencia estatal debería aparecer en el cuidado de las personas mayores (ver Capítulo IV). El resto de las mujeres mayores que se refieren al cuidado de niños piden aumentar el número de instituciones de cuidado. Gloria (61 años, MB) dice: *“Me parece bien que haya guarderías o jardines maternas, para facilitar a las madres que trabajan, que haya más gratuitos o cooperadoras, porque privados encontrás, pero a veces no podés”.*

Algunas entrevistadas demandan que el Estado mejore las condiciones de trabajo de las mujeres: *“Las empresas tienen que darles menos horas de laburo a las mujeres que son madres con hijos chicos”* (Nina, 71 años, MM).

Al indagar acerca de las opiniones de las mujeres de la segunda generación en relación al accionar del Estado referido al cuidado de niños, las entrevistadas de esta generación reclaman más y mejores servicios de cuidado para los niños sin hacer alusión alguna a su situación personal. La intervención del Estado aparece de un modo general pero advierten ciertas diferencias. Gimena (44 años, MB) indica: *“No sé bien qué puede aportar el Estado, acá en provincia, yo no conseguí jornada completa, eso sería muy bueno para las mamás que trabajan. En el colegio de Capital hay jornada completa, yo ahí mandé a Pablo, al de 23 años y a mí me dio mucho más para que pueda trabajar, estudiar y hacer otras cosas”*.

Sólo tres entrevistadas plantean que tener acceso a diversas prestaciones otorgadas por el Estado es un derecho. Anabella (31 años, MM) sostiene la importancia del papel del Estado en el cuidado de las personas, pese a que *“naturalizamos que es un problema de la familia”*.

Otras entrevistadas señalan que no corresponde exigirle al Estado el cuidado de niños dado que cada uno elige cómo formar su familia y responsabilizarse por los hijos que decidió tener.

A modo de conclusión

Frente a la necesidad de combinar el cuidado infantil con las responsabilidades del mercado de trabajo, las familias recurren a diferentes arreglos. La búsqueda de colaboración para el cuidado de los niños –ya sea en la familia cercana, en cuidadoras remuneradas o en instituciones educativas–, la reducción de la jornada de trabajo y las licencias laborales de distinto tipo, son algunas de las alternativas.

Las mujeres son las que asumen la principal responsabilidad en la crianza de sus hijos, aspecto que se relaciona con los roles de género y se sustenta en valores y

creencias sobre la maternidad. Un factor importante es el nivel socioeconómico, que incide sobre las formas en las que se organiza el acceso a los recursos materiales.

Los cambios sociales, económicos y culturales que posibilitaron mayores niveles de educación y permanencia en el mercado de trabajo de las mujeres tuvieron efectos importantes en las maneras de concebir la maternidad, aunque puede observarse la persistencia de prácticas de crianza similares a las de sus madres en la etapa inicial de la vida de sus hijos.

Las mujeres de la segunda generación cuentan con el apoyo de sus familiares más próximos por la mayor supervivencia de las personas mayores, aspecto con el que no contaron las mujeres de la primera generación. A ello se agrega una mejor disposición y confianza intergeneracional en torno a los valores relativos a la crianza de los niños. Un papel limitado de los varones en las tareas domésticas, las dificultades de las mujeres para delegar actividades socialmente aceptadas como femeninas y sus sentimientos de culpa por no cumplir con los mandatos maternos de “buena madre y ama de casa”, atraviesa el discurso de las entrevistadas más jóvenes. Paralelamente dejan trascender cierta desvalorización sobre el ejercicio exclusivo del papel de guardianas del hogar (López y Findling, 2012).

Aun así, se observa un avance en la participación masculina en el cuidado de los hijos de las parejas jóvenes con respecto a las de la primera generación.

La construcción de una sociedad más igualitaria no sólo pasa por pensar políticas universales (para aquellos que participan en el mercado formal e informal de trabajo), sino en considerar que el cuidado de los hijos es un derecho de la ciudadanía.

Referencias bibliográficas

- Esquivel, V., E. Faur y E. Jelin (2012) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires, IDES.
- Faur, E. (2014) *El cuidado infantil en el siglo XXI*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- López, E. y L. Findling (2012) *Maternidades, paternidades, trabajo y salud*. Buenos Aires, Biblos.

El cuidado de los adultos mayores: ayer, hoy y mañana

LILIANA FINDLING, LAURA CHAMPALBERT, ESTEFANÍA CIRINO
Y MARÍA PAULA LEHNER

En los últimos años se advierte mayor interés por conocer la organización social del cuidado. Si bien las necesidades de asistencia varían a lo largo del ciclo vital, se vuelven más apremiantes en los extremos de la vida –la infancia y la vejez– o cuando se padece alguna enfermedad.

En muchos países como la Argentina la ausencia de políticas de cuidado a nivel estatal es notoria y está marcada por la inercia de las instituciones, lo cual obliga a las familias a asumir el trabajo de cuidado de las personas dependientes o a mercantilizar –comprar en el mercado– esas tareas (Costa, 2012). Este modelo de provisión de bienestar familista se basa en que las familias –y especialmente las mujeres– nunca fallan (Flaquer, 2000), provocando consecuencias para la vida cotidiana de aquellas que brindan la provisión de asistencia.

Carrasco (2001), parafraseando a Adam Smith, define al cuidado como la mano invisible que regula la vida cotidiana y permite que el mundo siga funcionando. Desde esta perspectiva, el cuidado se conceptualizó como una actividad compleja para la que se requieren ciertas habilidades como empatía, paciencia, dedicación, esfuerzo físico y emocional (Tobío et al., 2010; Hoschschild, 2008). El cuidado abarca tareas en ocasiones poco agradables, repetitivas y agotadoras, pero impostergables para el bienestar de las

personas e imprescindibles para el funcionamiento de los hogares (Carrasquer et al., 1998; Hochschild, 2008). Cuidar permite satisfacer necesidades que no siempre pueden ser mercantilizadas porque suponen relaciones sociales y afectivas que difícilmente se puedan escindir de la tarea misma (Carrasco, 2001).

Con la intención de captar la heterogeneidad del trabajo reproductivo que realizan las mujeres, Carrasco (1998) clasificó las tareas según dos ejes: cotidianidad/acontecimiento y rigidez/flexibilidad. Estas características establecen los límites para llevar a cabo las tareas de cuidado como parte del trabajo reproductivo. Cuanto más cotidianas y rígidas sean esas tareas, mayor será la exclusividad de las mujeres como responsables de las mismas y éstas constituyen el núcleo duro del trabajo de reproducción.

La manera en la que los adultos mayores resuelven sus modalidades de residencia aparece íntimamente relacionada con las redes de apoyo y soporte intrafamiliar y tiene implicaciones directas sobre el bienestar de las personas. La literatura señala los límites poco precisos de las familias y la importancia de las redes de apoyo en el funcionamiento de las economías domésticas de los adultos mayores, más allá de los límites del hogar (Puga, 2005).

Las entrevistadas y los cuidados en la vejez

La mitad de las entrevistadas de ambas generaciones atendieron a sus madres y todas recuerdan el cuidado brindado a sus abuelas. En cambio, cuando se trata de los varones (tanto de padres como de abuelos), la mayoría indica que éstos fueron asistidos por sus esposas, salvo cuando éstas fallecieron antes que ellos, en cuyo caso la tarea recayó en hijas y /o nietas.

Los relatos de las entrevistadas hilvanan las historias de cuatro generaciones de mujeres en las que destaca la presencia femenina en el cuidado; junto a abuelas, madres, hijas y nietas desfilan también tías, hermanas, amigas y vecinas, lo cual permite observar que estas mujeres tienen más en común de lo que pueden suponer aunque entre ellas medie una distancia de casi un siglo.

Amor y deber, reciprocidad y responsabilidad femenina atraviesan las relaciones intergeneracionales aunque cambien las formas del cuidado y se justifique aliviar la carga física y emocional de las mujeres con alternativas que van desde la ayuda paga, generalmente provista también por mujeres, a las instituciones especializadas como último recurso ante situaciones casi desesperadas.

Las experiencias de vida de las dos generaciones de mujeres estudiadas reflejan cómo y por qué cuidan, cuidaron y cuidarán y la angustia y el conflicto que muchas soportan o han soportado cuando la demanda de dos obligaciones simultáneas de cuidado se hizo presente: hijos de poca edad versus padres enfermos o ancianos.

Cómo esperan ser cuidadas en la vejez es un planteo que las sorprende y, en alguna medida las asusta, sobre todo a las mujeres mayores.

Ayer y hoy, las que cuidaron y las que cuidan: ¿cómo y por qué lo hacen?

Las entrevistadas de más edad, Susana (77 años), Rosana (61 años) y María Emilia (66 años) no tuvieron que cuidar a sus padres porque éstos fueron asistidos por sus esposas y sus madres, a su vez, murieron relativamente jóvenes, sin enfermedades que les causaran deterioros prolongados. Elena (71 años) perdió a su madre cuando tenía tres años y a otras dos de ellas, la distancia geográfica les impidió cuidar a sus padres, que quedaron acompañados por familiares muy

cercanos. Elena (71 años) comenta: *“No hizo falta cuidarlo [al padre], cuando se sintió mal mi hija, que vive allá [en Tucumán], lo llevó con ella”* y Aurora (62 años), se lamenta: *“otra cosa que me tortura porque yo tengo a mi madre lejos en Uruguay, somos un montón de hermanos pero, una también es hija, mi mamá es súper agradecida, cuando yo voy me quedo pocos días, lo que pueda, y dice ‘ay, m’hija qué trabajo que te doy, tan lejos y pa venir a verme”*.

Cuando el padre tuvo un problema de salud a los 78 años, Gloria (61 años) dice: *“Ahí dejé de trabajar y me quedé con él, lo acompañé a hacerse los estudios a Capital, a ver dónde lo operaban, ver otros médicos, tomé un poco las riendas de su salud, lo operaron y habrá durado una semanita más, después estuve apuntalando el ánimo de mi mamá, acompañándola”*.

Marita (61 años), en cambio, sostuvo a su madre en su larga vejez: *“Yo a mi mamá la cuidé, era muy independiente, falleció con 99 años, vivía sola, cerca de casa, pero me hice cargo y la llevaba al médico, hasta que un día la quise traer a vivir conmigo y me contestó ‘te agradezco pero tenés que tener tu hogar, yo tengo el mío, tengo mi vida’”, ella invitaba a sus amigas a tomar el té, la llevé a mi casa cuando tuvo alguna enfermedad, cuando estuvo grande aceptó tener una mujer que la cuide”*.

Yenny (43 años), una entrevistada de la segunda generación, convive con su madre senil: *“Ella no puede salir sola a la calle, en algunos momentos pierde la noción de donde está, ahora le dije que va a tener que ir a un hotel [geriátrico] porque yo y mi hermano nos vamos de vacaciones y ella no se va a quedar sola por más que diga lo que diga, pero bueno, se hace difícil, porque no entiende, uno siempre es la mala”*. Pamela (33 años) también comparte la vivienda e intenta hacerse cargo de su padre: *“mi papá tiene un problema, es alcohólico, no tiene donde vivir, no le alcanza el sueldo, por eso vive acá [la casa es del padre, aunque el crédito lo paga ella y su marido] él dice que no está enfermo, ya lo hablamos, si él no lo reconoce, yo no puedo hacer nada porque lo tiene que asumir él”*.

A Lorena (39 años) le tocó cuidar a su papá porque *“al estar mi mamá era la que le controlaba. Al morir mi mamá, en menos de un año viviendo solo a mi papá le agarró este ACV que lo dejó en silla de ruedas”*. Entonces Lorena, embarazada, y su hermana con dos hijas, que vive lejos, *“pensamos en un geriátrico que para mi papá siempre fue mala palabra, le dijimos que va a una clínica de rehabilitación. Ahora está en un geriátrico que es bastante costoso yo me empecé a dedicar porque soy la apoderada”*.

Los recursos morales, afectivos y materiales del cuidado (Salazar Parreñas, 2001) parecen ser distintos para las mujeres de una u otra generación. Entre las de más edad, Marita (61 años) afirma que *“no fue para mí ninguna carga, para nada, era mi mamá, la que hizo mucho también por nosotros, con sus virtudes y sus defectos como los tengo yo”*. La noción de intercambio de cuidados está muy presente en las mujeres de la primera generación.

En cambio, algunas de las más jóvenes dan muestras de cansancio y agobio. Yenny (43 años) cuenta: *“me vive peleando, me agota, ella se maneja sola empezó a revolear una silla, está como muy agresiva, bueno, cosas de su enfermedad”* y Pamela (33 años) se sincera: *“ayer justo hablé con mi guía [es evangelista] y le dije ‘yo no tengo paciencia’, la trato mal y me voy”*. Algo parecido siente Lorena (39 años), aunque su padre esté institucionalizado: *“A mí me pesa mucho. Yo lo veo como una obligación pero me recae a mí sola por estar cerca. Me gustaría que mi hermana que está lejos me saque trabajo”*.

Embarazadas o con hijos muy chicos, las entrevistadas se hallan sometidas a un tironeo constante de demandas: *“Lo que hago en ese momento es resignar: alguien me cuida el nene y yo me encargo de mi viejo. Pero la verdad me gustaría cambiar. En este preciso instante estoy muy complicada”* (Lorena, 39 años). La enfermedad del padre enfrenta a Pamela (33 años) con la educación de sus hijos: *“A mí no me importa, ya estoy enojada porque lo vivo desde que tengo cinco años pero están M. y V. ¿que mis hijos vean eso!”*

Como hace notar Lorena (39 años), el cuidado de progenitores e hijos adquiere contornos abrumadoramente parecidos: *“De repente yo me vi comprando pañales para mi hijo y para mi papá, poniéndole nombre a la ropa para mi hijo y para mi papá, yendo a turnos médicos con mi hijo y con mi papá”*.

Al trabajo remunerado de las entrevistadas jóvenes se le suma otra demanda de cumplimiento: *“Tal vez yo no le reclamaba tanto a mi hermana al punto de pelearnos cuando no tenía a mi hijo, pero el nene también se enferma bastante, entonces yo ahí ya tengo un problema con el trabajo”* (Lorena, 39 años).

La experiencia de estas jóvenes mujeres, divididas entre el cuidado de hijos y el de mayores, sumado a las obligaciones laborales, coincide con el recuerdo que conservan las entrevistadas de la primera generación en cuanto al esfuerzo y el cansancio que sufrieron sus propias madres al cuidar a sus abuelas y abuelos. En esa época ellas eran hijas y desde esa perspectiva infantil o adolescente aún pueden leerse demandas implícitas y tal vez insatisfechas: *“También vivía mi abuela con nosotros, cuando empezó a estar cada vez más viejita estaba en la cama todo el tiempo, la tenía que cuidar mi mamá, yo estaba en la Facultad y veía que mi mamá estaba muy agobiada”* (Rosana, 61 años). Y Susana (77 años) recuerda: *“Vivíamos cuando yo era bien chiquita con mis abuelos. Mi abuelito murió a los 62 años y quedó mi abuelita que vivió unos años más, quedó hemipléjica, así que vivió cuatro años sentada en un sillón. Yo para esto tendría 12 años, y mi mamá era siempre para la madre, atendiéndola hasta que falleció, la abuela la llamaba constantemente”*.

¿Cómo vieron cuidar a sus mayores y qué piensan al respecto?

Todas las entrevistadas advirtieron y registraron cómo se cuida a los adultos mayores en su etapa de deterioro y envejecimiento. Las estrategias de cuidado que observaron

(y que emplearon o emplean, como se describe en el punto anterior) son tres: el anciano conviviendo en el ámbito familiar de sus descendientes; en su hogar asistido por un familiar y/o cuidadora paga; o internado en una institución geriátrica con supervisión de algún pariente o allegado. Como se verá, las entrevistadas no pasaron por alto estas experiencias y lo que piensan o pensaron sobre ellas va a influir en sus propias expectativas y demandas sobre la siguiente generación.

Las mujeres de mayor edad aseguran que el cuidado era (y sigue siendo) una responsabilidad familiar fuera de discusión y valoran negativamente al geriátrico como opción. El *deber ser* aparece con claridad en las palabras de Rosana (61 años): *“Antes la familia era lo principal, no se le hubiera ocurrido en ningún momento ponerla en un geriátrico, era su mamá y la tenía que cuidar, era como la regla ¿no? Pero nunca se lo planteó ni lo charló con nosotros, quedó la abuela hasta que se le agotó su vida pero siempre con nosotros”*.

En el mismo sentido se manifiesta Marita (61 años): *“Yo me moría antes de poner a mi mamá en un geriátrico, ni se me pasaba por la cabeza, yo lo que hacía era lo mínimo que podía hacer por una madre”*, y para Gloria (61 años), ayudar a su madre a cuidar a su abuelo constituyó *“una enseñanza, no lo sentí como una obligación sino como devolver algo, creo que es eso ¿no? Devolver todo lo que ellos hicieron cuando éramos chicos”*.

Con mayor flexibilidad y aprecio por otras modalidades de cuidado, pero con similar énfasis en comprometerse con la atención al adulto mayor, Aurora (61, años) relata: *“A veces por situaciones de espacio no los podés tener con vos, pero ayudarlos en lo que se pueda, estar todo el tiempo lo más cerca de ellos”* y María Emilia (66 años) lo confirma: *“Yo pienso que el núcleo familiar es el soporte fundamental de las hermanas de mi madre que murieron todas ya viejas, más de 90, cada cual vivió sola en su casa, por ahí tenían una persona que vivía con ellas, pero consiguieron que fuera todo mucho más saludable”*.

No sólo parece natural que el cuidado recaiga en los descendientes sino que se acepta un orden (implícito y tácito) de responsabilidades, como se desprende del relato de Marita (61 años) en la escala familiar: las hijas mujeres ocupan el primer lugar para cumplir con el deber de asistencia *“es la mujer, mis hermanos me ayudaban sí, por ejemplo, capaz que no yo no podía sola me acompañaban con el auto a llevarla”* y los que no formaron pareja en segundo término: *“mis suegros estuvieron al cuidado de mis cuñados porque mi marido tiene un hermano y una hermana, los dos son solteros y vivieron con ellos siempre, mi marido los acompañó en un montón de cosas”*. La respuesta de Rosana (61 años) revela que la estrategia de cuidado puede depender de esas normas no escritas, pero vigentes, de solidaridad familiar y jerárquica: *“A mis suegros, si no los puede cuidar la hija y, no tengo más remedio, lo haría, pero si me dijeras entre cuidarlos yo y poner plata para un geriátrico, yo pondría plata, yo colaboraría pero primero está el rol de los hijos, si yo hubiese tenido que cuidar a mi mamá, a mi papá, hubiese sido diferente la situación”*.

El rechazo a la institucionalización se manifiesta categórico en la observación de María Emilia (66 años): *“Mis suegros eran mayores pero estaban bien y los pusieron en un geriátrico y los hicieron bolsa, vivían solos, tenían una señora que los ayudaba con la limpieza, el papá tenía un poco de Alzheimer, pero el hijo mayor, como se iba a ir a Europa y pensaba que así iban a estar mejor, los puso en un geriátrico, les cagó la vida”*.

Las entrevistadas jóvenes han vivido situaciones de cuidado con sus respectivas abuelas semejantes a las de las mujeres de más edad, manteniéndose el mandato familiar de atención al anciano, la obligación femenina de hacerlo y la transmisión de conocimientos de madres a hijas, mientras el varón de la familia ocupa un lugar secundario de apoyo o, en todo caso, acompañante de la mujer que se hace cargo pero al que en ningún momento se le reprocha o se espera otra forma de actuar: *“Mi abuela paterna, como la hija vivía muy cerca se quedó en la casa, tuvo la hija*

a mano que se encargaba, mi viejo estaba lejos, la llamaba, iba cada tanto pero la que se encargaba más fuertemente era mi tía” (Melina, 39 años).

Entre ambas generaciones se aprecia alguna diferencia de enfoque en lo que concierne a la opción de la institucionalización: si bien no puede concluirse que las mujeres más jóvenes la prefieran, parece que les genera menos angustia o culpa que a la generación mayor: *“En esa época, cuando era chica, el geriátrico era mala palabra, mi abuelo con tres hijas, se dividían para tenerlo en la casa. Mi abuelo estuvo diez años con demencia senil, perfecto de motricidad pero muy mal mentalmente. Mi mamá trabajaba pero como estábamos nosotras, ya en la secundaria, lo cuidábamos, pero llegaba un momento que no podías ni dormir. Ahí decidieron, la que más insistió fue mi mamá que, por ser enfermera, conocía lo que era estar en un geriátrico pese al rechazo de mis tías, y estuvo bien ahí, nunca le faltó visita* (Lorena, 39 años)”.

Esta experiencia influyó decididamente en la estrategia de cuidado que Lorena y su hermana emplearon con su propio padre: *“como mi abuelo ya había estado en un geriátrico y veíamos cómo es, cómo los atienden, que tienen compañeros, que sociabilizan, desde que está en el geriátrico estuvo mucho mejor”*.

¿Qué quiero para mí en la vejez y cómo quiero que me cuiden?

Las mujeres mayores recelan del asunto y les causa un cierto malestar esta pregunta, tal vez porque las precipita sobre un futuro no tan lejano sobre el cual no han hecho ninguna previsión, según Aurora (61 años): *“Es un tema que mucho no lo pienso, no quiero pensar, que sea lo que Dios quiera”*.

La mayoría de ellas manifiesta el temor que sienten a depender de otros y el deseo de mantener la autonomía el mayor tiempo posible: *“Yo lo único que pido es poder valerme*

por mí misma hasta que llegue el momento de partir” (Gloria, 61 años). “Vivo sola, mientras pueda seguiré así y luego si necesito que alguien me cuide, pero en mi casa” (María Emilia, 66 años).

La estrategia de cuidado preferida por la mayoría de las mujeres de más edad es permanecer en su propia casa y aceptar ayudas asegurándose la independencia y el control de sus vidas. Dan por descontado que sus hijos velarán y respetarán sus deseos como argumenta Gloria (61 años): *“Si mi mente no me lo permite o por una cuestión física, quisiera que mis hijos traten de dejarme en mi lugar, creo que cuando llegás a cierta edad querés estar en el lugar que conocés o reconocés, en tu casa con alguien, tampoco quiero que ellos se sientan obligados a estar al lado mío”*; más risueña, Susana (77 años) dice: *“Yo siempre digo, mientras yo me maneje por mí misma, y esto se lo digo a mis hijos en broma pero es en serio, que puedan tener que ayudarme a lo mejor, en hacerme un mandado, eso de acuerdo, lo tengo sin pedirlo”*.

En la misma línea, algunas mujeres dejan en claro su rechazo a la institucionalización *“Yo les dije que no me vayan a mandar al geriátrico jamás, muero de sólo pensarlo, tampoco enchufarme en la casa de alguno de ellos porque es un clavo para toda la familia” (María Emilia, 66 años)*. También suponen (como sus madres y abuelas) que van a ser cuidadas por sus hijos: *“Pienso que a los adultos mayores que necesitan cuidados se los tienen que brindar los hijos, los que tienen hijos, no esperás que te cuiden a vos pero sí que te consideren por lo menos de alguna manera” (Susana, 77 años)*, y anticipan que, siguiendo la tradición, serán las hijas mujeres las que se harán cargo: *“Pienso que será C. por ser mi hija y los demás hijos varones la acompañarán, capaz que se va a repetir mi historia, yo era la única mujer de cuatro hijos y a mí me pasa lo mismo con mis hijos varones, mis hermanos, si bien me acompañaron de alguna manera, la que me hice más cargo fui yo, era lo mínimo que podía hacer por una madre. Me gustaría ser cuidada con amor, con paciencia mínima ¿viste?, en mi casa (Marita 61 años)”*.

Con humor, Aurora (61 años) ratifica: *“Yo no tengo hijas mujeres y no creo que mis nueras se vayan a ocupar de la suegra [risas], por ahí sí, pero no me gustaría tampoco”*. Esto sugiere que, si bien confían en el afecto de todos sus hijos, prevalece en términos prácticos el que pueden brindar las hijas, idea que respaldan en la experiencia familiar de cuidado y al papel que asumieron sus propios hermanos varones.

Algunas de las entrevistadas de la primera generación ya experimentaron ser cuidadas en el marco de las esas leyes no escritas de solidaridad familiar; por ejemplo, Gloria (61 años), que padeció cáncer, comenta: *“Un poco me cuidaba mi pareja, mi hijo estaba en el Sur y vino, mis amigas estuvieron presentes, a quimioterapia generalmente me acompañaba mi cuñada, la que quedó viuda, ella para mí es como una hermana mayor, mi hija me ayudó con las curaciones cuando yo tuve un tiempo el drenaje, sí a pesar de que era chica, tendría 18, 19 años”*; María Emilia (66 años), que estuvo internada por una lesión en la cabeza, informa que *“me cuidaron mis hijas”* y Elena (71 años), se siente reconfortada cuando su nieta le dijo ante un problema de salud, *“si llegabas a una cirugía, yo te llevaba a mi casa”*.

Es interesante observar la vehemencia con la que las mujeres de más edad rehúsan convertirse en una carga o dar trabajo, hasta el punto de exhortar a sus hijos a la internación geriátrica: *“Pero si yo tengo que ser una carga para uno de mis dos hijos, los conmino, no los autorizo, quiero obligarlos a que me metan en un geriátrico, no quiero joderles la vida”* (Susana, 77 años). En coincidencia se expresa Rosana (61 años): *“Yo le tengo temor al dolor, al sufrimiento y a causar sufrimiento en tus seres queridos, la agonía de algo que se va perdiendo y que ya deja de ser la persona que conocías: es un cuerpo con una mente vacía. Entonces, si yo tuviera que estar en casa en esa situación no me gustaría que me cuiden ni mi marido ni mis hijos, que me metan en un lugar y que se encargue alguien que no padezca por mi sufrimiento”*.

Elena (71 años), cuyos nietos ya dieron muestras de apoyarla y teme su enojo ante sus palabras, expresa: *“Yo creo que, aunque si escuchan esto P y L [nieto y nieta] se enojarían, preferiría ir a un geriátrico y no darle trabajo a ellos”*. Esta voluntad de aceptar el geriátrico como opción para ellas mismas parece tener sustento en las experiencias vividas: *“Yo vi que mi mamá hizo lo que pudo hasta cuando pudo [con su abuela] y estaba alteradísima, si me pasara a mí, yo quisiera que me pongan en un geriátrico”* (Rosana, 61 años). Significa un cambio de expectativas o tal vez un permiso hacia sus propios descendientes, indicándoles, justificando otras alternativas de cuidado con los familiares envejecidos o con graves problemas de salud *“si estoy completamente chiflada, bueno sí, que me internen”* (María Emilia, 66 años).

Las entrevistadas de la segunda generación, con una realidad que les parece lejana y sin desconocer mandatos familiares y de género, piensan e imaginan caminos no convencionales a la hora de su propio envejecimiento y deterioro: *“Teniendo una sola hija, qué responsabilidad tremenda, a veces fantaseo con la idea de que tengo que armar una red de amigos de mi edad y cuidarnos entre nosotros, no lo veo tan imposible. Esa cosa de varios viejos que se van a vivir juntos y viven su vida y que contratan gente pero que viven entre amigos. Yo haría una hippieada así, no soy hippie pero soy abierta a prácticas sociales como más descontracturadas, aparte acaricio la idea de que este compañero esté a mi lado, capaz vivimos en un lugar con muchos árboles, me agarrás optimista* (Marina, 42 años). *“Yo en los geriátricos confío plenamente. Podría empezar a pagar uno, viste que a veces se pagan las parcelas en los cementerios [risas]. Sí, el geriátrico es muy buena opción. Hay como un tabú y es esa tradición de “es para abandonar a los viejos”. Nada que ver, ya con mi abuelo los cumpleaños eran con guirnaldas, globos y gorritos en el geriátrico. Y a ver a mi papá va la familia y si no lo sacan, mi papá tuvo novia ahí. Si tenés buena salud podés vivir solo, pero cuando estás complicado con algo, estar en un geriátrico que tenga actividades* (Lorena, 39 años).”

No obstante, a la mayoría le gustaría, como a sus madres, abuelas y bisabuelas: *“Tener a mi familia a mi lado, que mejor que mi familia no me va a cuidar nadie, me va a contener, mi vieja siempre dice lo mismo, o sea, vos podés tener amigas, pero yo soy tu mamá y te conozco mejor que nadie, y lo mismo pasaría con mi hija, entonces creo que me gustaría que mi familia me acompañe si está la posibilidad”* (Rita, 33 años). *“Me gustaría tener el amor de alguien, que mi hija esté para afrontar eso”* (Pamela, 33 años).

Mañana o pasado mañana: ¿cómo cuidarán a sus mayores?

El futuro próximo de los ancianos está en manos de la generación joven y la mayor parte de las entrevistadas acepta con lucidez la tarea y el mandato. Por el amor y el cuidado recibidos en la infancia, consideran que tienen una deuda que debe saldarse a su vez, con cuidados: *“A mi mamá la matás si la ponés en un geriátrico, porque mi vieja es hija de italianos, viene de esa escuela donde la hija es la que se ocupa, donde la familia es lo primero, y como obviamente yo vengo de esa escuela por ella, sería una mala hija si la internara. De ninguna manera, es una cuestión de mandato”* (Camila, 36 años). *“La cuidaría sí, si tu mamá dio todo cuando uno es joven o cuando uno es chico y se avocó a vos, te acompañó en todo, me parece que hago lo mismo que hiciste por mí cuando yo tenía que depender de vos, entonces si vos ahora dependés de mí porque estás enferma o viejo, sí seguro, lo haría”* (Rita, 33 años).

El sistema del don permite visibilizar una forma de organización social caracterizada por la presencia de intercambios recíprocos promovida por la acción de dar-recibir-retribuir determinados bienes que circulan en la vida social (Martins y Bivar C. Campos, 2006).

Las entrevistadas son realistas y saben que deberán enfrentar no sólo demandas de cuidados sino también exigencias laborales y prevén que necesitarán contar con ayudas pagas: *“Tendré que ver cómo hago en ese momento, me va a costar mucho en lo laboral porque no puedo dejar de hacerlo, la familia y ayuda contratada, yo creo”* (Camila, 36 años). *“Y, hasta ese momento no lo sé. No te puedo decir cómo, pero supongo que si fuese mi mamá, creo que estaría un poco yo y otro poco organizarme con mi hermana y quizás necesitaría de una persona, que me ayude”* (Gisela, 40 años).

También como sus madres y abuelas, las más jóvenes consideran a la institucionalización como un recurso que debería ser utilizado en última instancia, justificable sólo cuando la enfermedad del adulto mayor resulte insostenible para el cuidador familiar y sus asistentes remuneradas: *“Ahora si ella tuviese, no sé, Alzheimer y sí, la internaría, porque existen riesgos para ella, para la familia. No lo haría mientras tuviese una enfermedad donde yo pudiera hacerme cargo con una persona que me ayude en casa”* (Gisela, 40 años). *“Para mí una institución, siempre acompañados por la familia, como mi papá es alcohólico, yo no tengo la herramienta de cómo sacarlo a él de ese lugar, pero la va a tener una persona que estudió”* (Pamela, 33 años). *“Sí, el geriátrico es una opción pero no es la primera, también tiene que ser acompañado con amor, no sé si a mí me va a salir. Ojalá mis viejos no necesiten tanto pero yo a veces me pregunto si yo estoy preparada para eso”* (Marina, 42 años).

En las entrevistadas de la segunda generación se aprecia una revalorización del geriátrico como institución de salud tanto física como emocional, en la medida que proporciona al adulto mayor, un ámbito de socialización entre pares. No se advierte el prejuicio de *depósito de personas* y se subraya la complementariedad de la institución con el acompañamiento familiar. Alguna de ellas, como Marina (42, años), duda de estar a la altura de la situación: *“Yo creo que me haría cargo de todo, seguro, porque es mi espíritu pero no sé si tendría la paciencia, mis papás son jóvenes pero necesito adquirir cierta templanza de espíritu que creo hoy no tengo, pero*

si sucediera mañana la saco de donde sea". Al analizar la experiencia de su marido con el cuidado de su padre, Marina aporta una mirada que, soslayando mandatos y obligaciones morales, señala con agudeza que: *"Hay que hacer el laburo de hijo previo durante toda la vida, de sacarles los reproches de encima y poder volver a vincularse cuando te necesiten desde este lugar de entrega total. Es difícil porque yo vi ahora de costadito que hay mucho reproche, capaz no te resulta tan fácil ponerte a disposición de un viejo que te maltrató, que no te cuidó nunca, y vos decís ¿por qué voy a cuidarlo a éste que nunca me cuidó? Necesitás tener un espíritu muy noble que lo veo en mi pareja y él se hizo cargo, él se fue a vivir con el papá, lo cuidó él solo, tiene cinco hermanos"*.

Del Estado como proveedor de cuidados: ¿esperan o demandan?

No hay duda de que la mayoría de las entrevistadas de la primera o la segunda generación y de cualquier estrato socioeconómico, tiene conciencia de que el Estado debe brindar asistencia y cuidado a los adultos mayores y a la familia que se ocupa de ellos. Ese conocimiento de los derechos del ciudadano en la etapa de su ancianidad se manifiesta tanto en las palabras de Marita (61 años): *"Debería hacerse cargo el Estado cuando no hay hijos o cuando no se hacen cargo"*, como en las de Anabella (31 años): *"Siempre el Estado puede hacer algo, es como que naturalizamos que el cuidado de adultos y ancianos es un problema de la familia"*; ambas provienen de sectores medios coincidiendo con Aurora (62 años, nivel medio bajo): *"Pienso que el Estado, como dicen las leyes, está"*. En el marco legal vigente, los derechos están fuera de discusión y es un principio que subyace en las respuestas de las entrevistadas.

La indagación sobre el aporte del Estado a la problemática del cuidado se convierte en una evaluación de las mujeres de dos generaciones acerca de la asistencia que se brinda efectivamente, la que debería proporcionar según el sistema de seguridad social vigente y lo lejos que está, o no, de satisfacer una demanda que se intensifica con el envejecimiento demográfico.

Las mujeres de más edad situadas en los estratos socio-económicos medio bajos valorizan la presencia del Estado y aprecian un mejoramiento progresivo de sus acciones a través del tiempo; Susana (77 años), por ejemplo, habla de su experiencia y la compara con las oportunidades que tuvieron sus padres: *“Pero yo creo que ya hay parte del Estado que se ocupa, vos fijate que en la época de mi mamá no se conocían los centros de jubilados, los geriátricos no existían porque todos los viejos se morían en su casa, no sé si estoy equivocada pero pienso que el Estado hizo algo, nunca es bastante, nunca va a hacer todo tampoco, siempre uno necesita tener alguien que se ocupe si no tiene hijos, el otro día me ayudó mi vecina, siempre hay alguna mano solidaria”*.

En el mismo sentido, pero poniendo el acento en lo que hoy en día sucede en las instituciones públicas, Aurora (62 años) responde: *“Yo de momento no sé qué más se podría hacer, porque ya están los hogares de PAMI y todo eso, lo más que se podría hacer es que haya más controles, que se ocupen de ver que eso funcione bien. Que los viejitos no estén ahí todos sucios, pienso que el Estado, como dicen las leyes, está, pero si no se cumple es lo mismo que nada. El control tendría que ser para que haya más cuidados, bueno no solo con los viejitos, pasa en los hospitales, en todos lados”*.

Otras mujeres, como Lucía (60 años), apuntan a falencias cuya índole hace fracasar las acciones de cuidado al no prestar atención a la formación del personal adecuado: *“El Estado puede intervenir, pero qué pasa: en la institución el personal es de muy baja calidad, lamentablemente no están preparados para cuidar, no saben cómo manejar a una persona”*.

mayor, tampoco se dedican a instruir a las personas que trabajan con ellos. El Estado podría hacerlo, acá no existen esas cosas y, si hay, es todo particular, privado y cuesta una fortuna”.

En cambio, sus coetáneas económicamente más favorecidas, si bien dan por descontada la presencia del Estado, tienen una visión más negativa sobre la gestión que involucra a los adultos mayores. Tratando de mantener el optimismo, Marita (61 años) dice: *“Pienso que el anciano está un poco olvidado y el Estado debería retribuir de alguna manera, porque están muy olvidados empezando por las jubilaciones, que son bajísimas, el Estado debe ocuparse y tengo fe en que va a cambiar, va a costar”*; con cierta nostalgia, Nina (71 años), propone: *“Y también si hubiera geriátricos o centros de día, muchos más, mi tía, que iba a un centro de jubilados en Vicente López, le fascinaba, hacía yoga, pintura, tenía un montón de amigos, vivían haciendo asado sobre el río, ella era feliz”*, pero Gladys (60 años), es contundente al respecto: *“Y, de los ancianos habría que mejorar muchísimo el control de los geriátricos porque, sacando los que cobran fortunas, los tratan muy mal, los cuidan mal, sería ideal que estuvieran con la familia y para eso también habría que pagarlo si la familia no tiene recursos”*.

La segunda generación de mujeres, si bien abunda en frases del estilo *“no lo había pensado”*, encaran sus demandas al Estado desde una óptica que abarca los cambios sociales producidos en las últimas décadas, tanto en la estructura familiar como en las condiciones habitacionales como resultado, en gran parte, de un nuevo contexto socio económico. Melina argumenta (39 años): *“Sería importante que el Estado tienda a pensar y resolver eso, es necesario porque, si no, las personas mayores que necesitan este tipo de cuidados quedan en manos de los centros, porque además en otra época los abuelos estaban en las casas porque había posibilidad o, no sé, si tiene que ver con un cambio de paradigma, los cambios de cómo se maneja la economía. Creo que el lugar clásico es el geriátrico, que cada uno puede pagar con lo que le permita el bolsillo, no lo había pensado, pero pensándolo, sí me parece que sería importante más*

allá de lugares municipales como clubes, que eso es mientras están bien todavía, en un lugar de reunión, inclusive mejorar un poco el sistema del PAMI que es medio terrible”.

Las entrevistadas de estratos medios dejan al descubierto la incoherencia entre un Estado que se define como responsable del cuidado de los adultos mayores, amparando sus derechos, y una realidad que abunda en la falta de respeto hacia esos derechos. Los testimonios de Malena y Camila son elocuentes e ilustrativos al respecto: *“El Estado tiene un mecanismo que sostiene desde la legalidad, pero tenés que ser Mandrake para leer la letra chica, mi amiga contrató una mina para la atención de su madre que se encarga de hacer lo burocrático; el PAMI te tiene que cuidar pero si vos no tenés el conocimiento, no te lo da, el PAMI posterga. El Estado debería mejorar eso, hay un engranaje lamentable, intentan hacerse cargo lo menos posible, hay algo de la vulnerabilidad de las personas y es más fácil ningunearlos y privarlos de sus derechos; el PAMI es una mentira, las prepagas son tremendas también, es muy complicado revertir eso en Argentina (Malena, 44 años)”.*

Y Camila (36 años) indica: *“PAMI es un desastre, muy mala atención, poco recurso, pocas posibilidades de elección. Ahora hemos tenido que hacer tomografías computadas por el tumor benigno de mi mamá, el último recurso era pagarlo, hasta que se encontró a un familiar que trabaja justo en no sé qué, pero si no era por eso era imposible hacerlo. Esto me obliga a mí a quejarme, ir y venir y enojarme continuamente porque ella tiene conocimientos de sus derechos”.*

Varias entrevistadas resaltan ese costado casi perverso de tener servicios de atención pero obstaculizar burocráticamente el acceso a los mismos: *“La mayor parte de la gente está muy sola, niños, abuelos, el papá de G. en PAMI tiene turno desde hace un año para la entrevista para ver si le dan un geriátrico” (Marina, 42 años); impedimentos y dificultades que no son exclusivas del ámbito público, como señala Anabella (31 años): “Yo tuve a mi hermano en internación psicológica y nos pusieron trabas para darnos un acompañante terapéutico, pagó una obra social que sale un huevo”.*

El geriátrico es visto por la generación más joven como un lugar de cuidado del anciano que se beneficia con el contacto cotidiano de sus pares, manteniendo los lazos con su familia que lo acompaña y supervisa. No lo consideran *depósito de personas* como en otra época; por ejemplo, Pamela (33 años) ubicada en un estrato medio bajo responde sobre quién debería cuidar: *“Para mí, una institución, siempre acompañados por la familia, siempre con alguien especializado, las herramientas las va a tener una persona que estudió, que sabe”*.

Esta línea de pensamiento que aúna el cuidado de niños y de personas mayores es similar entre las entrevistadas de sectores medios como medio bajos, en sus demandas al Estado. Sin dudarlos, reclaman guarderías y geriátricos. Sara (30 años) y Antonia (42 años) de niveles socioeconómicos medio bajos manifiestan: *“Algo de ayuda estaría bueno, un lugar donde uno pudiera dejar a sus hijos sabiendo que van a estar bien cuidados y los van a tratar bien, igual para los mayores porque en todos lados tenés que pagar y en los hospitales tratan de sacarlos para vaciar rápido las camas”* (Sara, 30). *“Sí, tendría que abrir guarderías y para los abuelos un buen geriátrico, porque los que hay no sirven, no los quieren a los abuelos”* (Antonia, 42). Desde los niveles socioeconómicos medios, Melina (39 años) coincide: *“Con el tema de los niños se han abierto un montón de salas en jardines ¿no? Y hoy día no podés escaparle con el tema de los ancianos”*, mientras que Marina (42 años) se explaya e imagina alternativas en relación al cuidado de niños y ancianos:

Si es una *“guardería”* que es guardar o si es un espacio de contención en donde vos estimulás a los pibes, capaz que en la casa no reciben estímulo, o capaz sí, ¿por qué uno recurre a lugares privados? Porque el Estado no está cubriendo ese lugar ayuda: en el caso de los abuelos también, hay tanto abuelos que tienen saberes que podrían compartir con los niños, pero es difícil articular que abuelos y niños estén en el mismo espacio; el Estado tendría que lograr eso porque tantos abuelos jubilados podrían ser cuidadores.

Para concluir

Todas las entrevistadas han tenido alguna experiencia directa o indirecta con el cuidado de familiares por parentesco de sangre o político.

Sin diferencias generacionales, el cuidado es considerado una obligación moral de índole familiar y de carácter retributivo; algunas de las más jóvenes expresan que se trata de un mandato social que recae en las mujeres; a varias de las de más edad les parece natural e inherente a la condición femenina, como les resultara a su vez, a sus madres y a sus abuelas. Unas y otras parecen aceptar la función de cuidar sin discusión ni queja. Sólo una entrevistada se interrogó sobre la deuda de cuidado que se contrae en la infancia, especulando si no quedaba saldada cuando el hijo había sido “des” cuidado. Se advierte, en la mayoría de los casos, cierto reparto de deberes en el interior del grupo doméstico, y en las historias se deja entrever un modelo de familia de rasgos tradicionales. Se insinúa una jerarquía (tácita, nunca hablada) de compromisos: primero las mujeres, si falta la esposa, la hija mujer, si ésta no puede, la nieta; en segundo lugar, les toca a los hijos que no tienen pareja y a los que están geográficamente más cerca. Cuanto más distante es el parentesco, la mujer puede permitirse estrategias de cuidado menos personales sin sentir que su entorno la juzga negativamente: puede ser mal visto que una hija interne a su madre, pero se comprende que una nuera lo haga con su suegra.

Las tareas del cuidado se transmiten de generación en generación y de mujer a mujer, así como la idea de que los cuidados recibidos en la infancia solo se pueden retribuir, en el caso de las hijas, con los mismos cuidados hacia los progenitores en su vejez. Esta premisa emerge con claridad en el relato de las madres que solo han tenido hijos varones, las cuales, resignadas, descartan que vayan a ser cuidadas por ellos, al menos como lo haría una hija mujer; en el mejor de los casos, trasladan esa confianza a la nieta, hija del hijo, si la hubiera.

La memoria de cuidados alcanza a abuelos y bisabuelos, memoria de mujeres que se han hecho cargo y en la cual los varones (esposos, padres, hijos, hermanos) acompañaron y acompañan desde lugares secundarios manteniendo cierta distancia con el adulto mayor envejecido o deteriorado: cuando algún varón lo baña o le da de comer, se lo destaca y se lo admira como excepción a la regla.

Ambas generaciones rechazan la institucionalización del adulto mayor, estimada como opción solo en casos extremos. La mayoría se inclina (cuando los medios económicos lo permiten) por una atención en el hogar del anciano, con ayudas pagas y presencia familiar vigilante y permanente.

Las más jóvenes que ya se están haciendo cargo de madres o padres enfermos o prematuramente envejecidos, se encuentran en una etapa de demandas de cuidado simultáneas, exclusivas y de alto contenido emocional y moral: hijos muy pequeños y padres vulnerables a los que se suma la exigencia laboral fuera del hogar. Al borde de sus fuerzas, más de una admite que, llegado el caso, deberá privilegiar el cuidado de los hijos. Vieron a sus madres cuidar a sus abuelas hasta el agotamiento (cuando ellas mismas eran chicas), pero sus madres se repartían en tareas y atención dentro del hogar, la mayor parte había abandonado el trabajo al casarse o al tener a sus hijos o nunca lo hizo en forma remunerada. La nueva generación de mujeres se da cuenta de que tres frentes abiertos de tamaña exigencia superan sus fuerzas y sabe que necesita una ayuda extra (inevitablemente paga), más allá de lo que puedan aportarle solidariamente amigas, parientes e incluso vecinas.

Si bien el rechazo hacia el geriátrico es más o menos generalizado, resulta significativo que a la hora de proyectar cómo deberían ser cuidadas si el deterioro por envejecimiento les tocara, varias de las mujeres de más edad expresan, con gran convicción, la necesidad de que sus hijos las internen en alguna institución de cuidado. Temen ser una carga de sufrimiento para sus seres queridos (incluso para

sus hijas) y sacan a relucir, acuciadas por el recuerdo, sus propias experiencias con madres y abuelas. Alguna dijo “*los conmino a mis hijos a internarme*”, como si un nuevo mandato familiar se empezara a transmitir a la generación siguiente.

A las de más edad las asusta pensar en esa etapa de la vida que tal vez esté a la puerta y las más jóvenes la ven demasiado lejos; no obstante, un mismo deseo aúna a la mayoría: permanecer en su propio hogar todo el tiempo que puedan (en mutua atención, las que están en pareja) aceptando ayudas pagas o familiares, y sintiendo que sus hijas e hijos las acompañan. Algunas de las entrevistadas de la segunda generación se animan a imaginar modalidades alternativas como residir en comunidad con amigos pagando por atención médica y asistencial.

La memoria familiar de cuidados también tiene incidencia cuando se trata de pensar cómo serán los días en la ancianidad: si leemos las historias de estas mujeres a través del tiempo, mujeres que cuidaron, vieron cuidar y enseñaron a cuidar como si fuera un *continuum* deslizándose sobre cuatro generaciones, se advierte que lo que desean para el futuro está en función de lo que vivieron, positiva o negativamente en el pasado, independientemente de la modalidad que se utilizara para el cuidado.

La que vio que el geriátrico fue beneficioso para su abuelo y su padre, desea que su hija se esfuerce en elegir el más confortable para ella; la que experimentó en carne propia como hija la alteración emocional y física de su madre cuidando personalmente a su abuela, anhelará no ser una carga insoportable para sus descendientes y se conformará con que supervisen ayudas pagas en su domicilio o los exhortará a internarla.

Tal vez se siga transmitiendo, de generación en generación y de mujer en mujer, el mandato de cuidado, la consigna de no abandonar a los suyos y, especialmente, la obligación de retribuir a los que nos cuidaron en la infancia y nos prepararon para la vida adulta pero, no es posible desoír las

voces de alerta que aparecen sobre los costos de cuidar y la imposibilidad de las mujeres de hacerse cargo, ellas solas, de hijos y padres, trabajo doméstico y trabajo remunerado.

Referencias bibliográficas

- Carrasco, C. (1998) “Género y valoración social: la discusión sobre la cuantificación del trabajo de las mujeres”, *Mientras Tanto*, N° 71: 61-79.
- Carrasco, C. (2001) “La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?”, *Mientras Tanto*, N° 82: 43-70.
- Carrasquer, P., T. Torns, E. Tejero y A. Romero (1998) “El trabajo reproductivo”, *Papers* N° 55: 95-114.
- Costa, G. (2012) “Las políticas de cuidados a largo plazo en Italia: un caso de inercia institucional y de dinamismo privado”, *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 3 – N° 12: 43-46.
- Flaquer, L. (2000) *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*, Colección Estudios Sociales N° 3, Barcelona, Fundació La Caixa.
- Gomila, M. A. (2011) “Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia”, *Historia contemporánea* 31: 505-542.
- Hochschild, A. (2008) *La mercantilización de la vida íntima*. Madrid, Katz.
- Martins, P. H. y R. Bivar C. Campos (2006) “Polifonia do Dom. Apresentacao”, en P. H. Martins y R. Bivar C. Campos (org.) *Polifonia do Dom*. Recife, Editora Universitária da UFPE.
- Puga, D. (2005) “La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 79, N° 3: 327-330.

Tobío, C., T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo (2010) *El cuidado de las personas, un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales N° 28. Barcelona, Fundación La Caixa. Disponible en: <https://goo.gl/KFLM3o>.

El auto cuidado de la salud

MARÍA PAULA LEHNER Y MARISA PONCE

Introducción

Este capítulo analiza el cuidado de la salud de las entrevistadas que asisten o asistieron a hijos y familiares dependientes. El énfasis sobre la organización social de los cuidados ha permitido que salgan a la luz las necesidades de quienes cuidan. Pese que se trata de un tema poco explorado, los conocimientos acumulados revelan que la dedicación de las mujeres a las tareas de cuidado familiar tiene consecuencias en sus vidas y en su salud física y psíquica (Findling y López, 2015; Tobío et al., 2010). Algunas investigaciones destacan los costos de ese cuidado al analizar los vínculos entre las lealtades del parentesco y las necesidades personales, expresadas en la reducción del tiempo libre y de la vida social, el estrés, la percepción de mala salud y el desgaste físico (Durán Heras, 2002; Julve Negro, 2006; Findling y López, 2015).

Cuidar a otras personas supone un gran impacto afectivo. Delicado Useros (2006) utiliza el concepto de ambivalencia emocional como el sentimiento que mejor define los dilemas que experimentan las mujeres al asumir el cuidado, ambivalencia que se torna evidente cuando las mujeres cuidadoras posponen el cuidado de su salud, anteponiendo la de sus hijos, cónyuges u otros familiares. Algunos autores sostienen que las mujeres priorizan resolver demandas de salud más urgentes de sus familiares que sobre las propias

(Caleffi et al., 2010), opinión no compartida por otros autores, que sostienen que las mujeres valorizan el mayor cuidado hacia sí mismas para no convertirse en una carga para los demás (Tobío et al., 2010). Por eso las mujeres tienden a exigirse cuando de ellas depende el cuidado de otros, pero también se cuidan más, lo cual indica diferencias de género relativas al propio cuidado o a las prácticas preventivas de la salud (Rücker-John y John, 2009 en Tobío et al., 2010).

De acuerdo con el enfoque de la Salud Colectiva, la perspectiva conceptual incorpora la noción del auto cuidado como una práctica social. Desde esta concepción, la vida cotidiana es un ámbito apropiado para conocer la forma en que las personas se organizan para cuidar su salud, potenciarla y prevenir riesgos. Estas prácticas no pueden comprenderse aisladas de la dinámica de la sociedades actual ni ser atribuidas exclusivamente a la responsabilidad individual. Abordar esta noción supone un análisis integral, que tome en cuenta la relación de mutua influencia entre lo micro y lo macro, lo local y lo global, lo cotidiano y lo instituido (Muñoz Franco, 2009).

Por ello las prácticas de auto cuidado se vinculan con las condiciones socioeconómicas y culturales de las personas y las familias. En estas prácticas debe tenerse en cuenta, además, la responsabilidad social del Estado y otras instituciones de la sociedad. El auto cuidado comprende las diferentes actividades de la vida cotidiana que las personas, las familias y los grupos sociales realizan para cuidar la salud, prevenir enfermedades y limitar daños; es el conjunto de actos médicos y no médicos que abarcan los controles de salud y las actividades físicas y recreativas, la vida social, el ocio y el tiempo libre, actividades que difieren según el sexo, la edad y determinantes sociales como el nivel socioeconómico, la ocupación y las experiencias de enfermedad y muerte de personas cercanas (Arenas Monreal, Jasso-Arenas y Campos Navarro, 2011).

La influencia del sexo y la clase social actúan como condicionantes en las prácticas del autocuidado. La posibilidad de desarrollar comportamientos preventivos crece en las personas de mayor nivel socioeconómico y educativo: cuanto menor es la distancia social entre el médico y el paciente, menor es la asimetría de la relación y mayor la capacidad del paciente para adquirir conocimientos y desarrollar acciones anticipatorias de la enfermedad (Boltanski, 1975). Los procesos de socialización de género actúan en la incorporación de pautas de cuidados de las mujeres y los varones, configurando patrones diferenciales entre ambos. Así, las mujeres incorporan no sólo las normas y las prescripciones sociales y culturales que dicta cada sociedad sobre el comportamiento femenino, sino también los códigos que especifican las desigualdades de género y la división sexual del trabajo (Lamas, 1996). Según esta concepción, los cuidados que proveen las mujeres cuidadoras se asocia con el sacrificio, la abnegación y la privación de sí, atribuyéndoles un deber ser moral y afectivo (Tobío et al., 2010). Esta idea se ha transmitido a través de sucesivas generaciones, incluyendo a las cohortes de mujeres como las aquí estudiadas. La mirada sobre los condicionantes sociales de la salud se torna aún más relevante cuando se indaga sobre el modo en que se intersectan la clase social, el género, la generación y la etapa de la vida (Pombo, 2012).

Para conocer más sobre los comportamientos de autocuidado de las mujeres que cuidan a sus familiares es útil tomar en cuenta el contexto que las rodea. En el modelo actual de capitalismo globalizado continúan desarrollándose fuertes procesos de mercantilización de la salud y medicalización de la sociedad (Menéndez, 1984), sustentados en la idea de que la solución a los problemas de salud puede lograrse mediante la atención biomédica y el consumo de fármacos. A ello se han agregado, en las últimas décadas, la difusión de medicinas tradicionales no biomédicas denominadas medicinas alternativas o complementarias (OMS, 2002); la mayoría procede del mundo oriental como

la medicina china. Este fenómeno cultural global interviene en la configuración de un nuevo mercado de la salud que comprende una variada oferta de opciones terapéuticas biomédicas y no biomédicas. El consumo de estas alternativas se produce acompañado de una proliferación de discursos de organismos internacionales, de la biomedicina y de los medios de comunicación que subrayan la responsabilidad individual en la promoción de la salud y el imperativo moral de mantener hábitos y estilos de vida saludables para lograr una mejor calidad de vida y bienestar (Freidin y Abrutzky, 2010). La utilización de esos recursos da cuenta del pluralismo médico (Menéndez, 2003) como estrategia que emplean los sujetos para cuidar la salud y atender la enfermedad. Los mandatos culturales y morales vigentes ponen el acento en una mayor responsabilidad individual por la propia vida y, en ese contexto, el cuidado de la salud aparece asociado a un ideal de corporalidad que responde a valores estéticos de delgadez, belleza y juventud (Freidin, 2017).

Las prácticas de auto cuidado de la salud de las mujeres y el trabajo de cuidados hacia otros revelan diversos grados de conflictos y tensiones. Estas se manifiestan por el conflicto entre una mayor demanda de asistencia a largo plazo y la menor disponibilidad de las mujeres como proveedoras ya que la mayoría trabaja fuera del hogar. A pesar de ello, las mujeres continúan desempeñando el rol del cuidado familiar (Carrasquer et al., 1998; Bessin, 2014), lo que lleva a considerar la influencia de las diversas actividades de las mujeres sobre sus posibilidades de auto cuidado. En este escenario, surgen algunos de los interrogantes que se plantea este capítulo: ¿Cómo perciben las mujeres su estado de salud? ¿Qué acciones realizan para cuidarla? ¿Cuáles son los condicionamientos que dificultan o promueven el cuidado de la salud? ¿Cómo incide la edad, el nivel socioeconómico y la ocupación sobre el autocuidado? ¿Cuáles son las consecuencias de cuidar a otras personas?

Las principales dimensiones de análisis tuvieron en cuenta los siguientes ejes: autopercepción de la salud física y mental, prácticas de cuidado, cuidados reproductivos, controles médicos preventivos, actividad física, hábitos alimenticios y de descanso y percepción de cambios en la salud y en el cuidado luego de la llegada de los hijos y de cuidar a familiares dependientes.

La autopercepción del estado de salud

Sin reflexiones previas las entrevistadas manifiestan que en general se sienten bien: *“Muy bien, porque no me dificulta para nada todo lo que tuve”* (Elena, 71, nivel medio bajo:MB); *“Mi salud por ahora es buena”* (Antonia, 42, MB); *“Yo estoy muy bien de salud, no tengo ningún problema”* (Nina, 72, nivel medio:MM); *“Creo que mi salud es muy buena. Las dos: física y mental”* (Malena, 44, MM). Las diferencias surgen al analizar las respuestas según la edad y el nivel socioeconómico. Las mujeres de la primera generación (PG) de estratos socioeconómicos medio bajos asocian la salud con la ausencia de enfermedades y el buen funcionamiento del cuerpo y la evalúan por su respuesta a los requerimientos laborales: *“Mi trabajo es de desgaste físico, gracias a Dios me responde el cuerpo, no he tenido grandes problemas de salud”* (Aurora, 62, MB, empleada doméstica). En estos grupos sociales el cuerpo se concibe como una máquina que permite la subsistencia (Boltanski, 1975; Castro, 2000) y que se repara cuando se presenta un malestar: *“Cuando tengo algo, voy”* (Gloria, 61, MB, depiladora, jubilada, tiene dolores cervicales, secuela de su último trabajo); *“Hago acupuntura cuando estoy muy dolorida de mi problema de artrosis y algo me alivia”* (Bárbara, 57, MB, empleada de panadería). La concepción fatalista de la enfermedad también subyace en la percepción de la salud de las mujeres de estratos medio bajos: *“Casi nunca me enfermo, por suerte”* (Lucía, 60, MB); *“Cuando llegue [una*

enfermedad] va a llegar, pero no porque no me haya cuidado” (Elena, 71, MB). Entre las mujeres de la segunda generación (SG) también predomina la concepción de la salud como ausencia de enfermedad; una sola entrevistada lo justifica en el aval de acciones biomédicas *“porque me hago todos los chequeos y no tengo nada”* (Gimena, 44, MB).

En la PG se observan diversas prácticas de salud como parte de la trayectoria vital; en ese sentido aclaran: *“Porque siempre me cuidé”* (Marita, 61, MM); *“Hace veinte años que hago yoga”* (Nina, 72, MM); *“Hago terapia”* (Rosana, 61, MM). La SG coincide con que la salud abarca la prevención bajo control médico, la comida, el descanso y el ejercicio y se reparte entre lo físico y lo mental: *“Me cuido en ciertos aspectos, me hago los chequeos, intento llevar una vida saludable”* (Marina, 42, MM). En las más jóvenes, solo una asocia el sentirse bien con aspectos ligados al disfrute, además de los controles médico-preventivos: *“Soy de las que trato de mediar entre la salud y el placer de la mejor manera que puedo, soy como muy consciente del peligro de los extremos y trato de lidiar todo el tiempo con eso y de no bandearme ni para el lado de la salud extrema que me parece que se pierde un poco el disfrute. La salud extrema sería que me cuido en todo, que no me permito”* (Camila, 36, MM).

Los cuidados reproductivos

Las entrevistadas se sienten protagonistas casi exclusivas de sus prácticas de salud en lo reproductivo. Sea cual fuere el nivel socioeconómico al que pertenezcan, consideran que la anticoncepción o regulación de la fecundidad está en sus manos. Todas utilizan o utilizaron algún método para evitar los embarazos y decidir el momento en el que piensan o han pensado en tener hijos. Dos mujeres de distintas generaciones y estratos sociales indican haber usado o usar preservativos (Lucía, 60, MB y Rita, 33, MM).

En los testimonios se observan diversas trayectorias que relatan negociaciones con sus parejas, pruebas con nuevos métodos anticonceptivos (MAC) y aceptación o rechazo de los métodos por diversos motivos. Estos recorridos ponen en evidencia una rigurosa planificación de la descendencia en la que las mujeres se muestran con gran protagonismo: *“Tomé pastillas anticonceptivas después que nació el varón, dejé porque me hacían doler la cabeza, ahí me puse un DIU, me lo saqué unos meses antes de que quedara embarazada de la nena, pero el DIU lo tuve mucho tiempo”* (Gloria, 61, MB). *“No tomé anticonceptivos [pildora], hubo una época cuando recién me casé, me dieron una inyección para evitar el embarazo, era muy fuerte, entonces decidí que no, me atacaba el hígado. Después que nació mi hija, usé el DIU. Después del varón intenté con pastillas anticonceptivas con prescripción médica, tomé tres y al cuarto día empecé a vomitar, entonces era abstenerse o algún preservativo para evitar el embarazo, después nunca más usé ningún método* (Rosana, 61, MM)”.

“Usé preservativos y el redondito, ¿diafragma? Me fue bien, los usé poco tiempo, cuando quise tener ya no los usé” (Lucía, 60, MB); *“Usé pastillas. Yo era católica así que las pastillas no estaban permitidas, usábamos el método Billings que es un quilombo pero yo era muy regular así que lo podía usar, y luego pastillas, no tuve inconvenientes”* (María Emilia, 66, MM).

Como lo indican investigaciones anteriores (López y Findling, 2012), las entrevistadas más jóvenes utilizan el preservativo desde que han alcanzado el número de hijos deseado: *“Usé anticonceptivos cuando era muy chica, con el primer novio que tuve, me las dio una ginecóloga, las dejé rápidamente porque en algún momento me empezó a doler mucho la cabeza y yo se lo atribuía a las pastillas, tenía que hacer mucho esfuerzo para acordarme todos los días, así que el siguiente método fueron los preservativos, nunca volví a tomar pastillas ni usar otra cosa* (Melina, 39, MM)”.

También aparecen quienes persisten en el uso de un MAC que les ha dado buen resultado, como Antonia (42, MB), que afirma: *“Tengo puesto el DIU. Lo uso hace catorce*

años". En otros relatos, en cambio, las mujeres comentan que han probado diferentes métodos de acuerdo a sus necesidades, nuevas parejas, comodidad o recomendaciones de profesionales de la salud: *"Desde que inicié mi relación con mi pareja actual tengo un DIU, nunca había recurrido a ese método porque estaba casada y, bueno, tomaba pastillas, pero después consultando con mi ginecólogo me dijo que era lo mejor, además si ya no quería tener más hijos estaba bien y me es súper efectivo. Yo siempre tuve pareja fija, entonces me parece más saludable, incluso para la intimidad es mejor que recurrir al preservativo, lo recomiendo el DIU para la gente de mi edad (Marina, 42, MM)"*.

Como excepción, una entrevistada sostiene que delegó en su pareja la responsabilidad de la anticoncepción: *"Mi marido usa anticonceptivos desde siempre, menos cuando quisimos encargar al bebé, siempre usamos"* (Soledad, 33, MB).

El protagonismo de las mujeres en la limitación del tamaño de la descendencia también puede interpretarse a partir de su participación en el mercado de trabajo.

Los controles médicos preventivos

Las mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la PG expresan dificultades para realizar controles médicos: *"Yo en realidad, por lo mío, debería ir cada seis meses a hacerme un control ginecológico, mamario, pero no voy"* (Gloria, 61, MB, tiene prolapso y tuvo cáncer de mama). Algunos testimonios revelan nociones aprendidas sobre los controles médicos y una concepción fatalista del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados: *"Hace muchos años que no me hago ningún control de ninguna clase, mi papá decía que si vos ibas al médico siempre algo te encontraba, entonces como una negación, viste, de que no me encuentren algo"* (Aurora, 62, MB). Esta opinión sugiere la influencia que podría ejercer la transmisión de pautas de auto cuidados intergeneracionales (De Keijzer, 2001). Algunas mujeres van al médico cuando encuentran

algún signo o síntoma que las preocupa: “*Me estoy haciendo control porque encontré un bultito*” (Elena, 71, MB), mientras que otras dicen hacer controles periódicos: “*Una vez por año me hago los estudios*” (Lucía, 60, MB). En la SG de entrevistadas de estratos medio bajos se observan comportamientos similares, que pueden variar entre aquellas que hacen los controles ginecológicos anuales y las que los omiten, aunque la constante parece ser la consulta sobre la salud de sus hijos: “*No me hago controles. No me gusta ir a hospitales, a mi hijo sí lo llevo, pero yo no*” (Sara, 30, MB).

En contraste, la mayoría de las mujeres de la PG y varias de la SG de niveles medios acuden en forma periódica a controles médicos, quienes revelan que es un conducta aprendida en su juventud cuya práctica diseña una trayectoria de cuidado en sus vidas: “*Voy al médico toda la vida, me hago controles ginecológicos, gastroenterología*” (Gladys, 60, MM); “*Yo me controlo todos los años*” (María Emilia, 66, MM); “*Yo el chequeo anual siempre me lo hice, desde hace muchos años, hace veinte años que voy a la misma ginecóloga*” (Lorena, 39, MM). Sin embargo, algunas de las mujeres más jóvenes mencionan dificultades para cumplir con la periodicidad que requieren ciertos controles preventivos, a pesar de vivirlo con sentimientos de culpa. Varias de ellas señalan como un obstáculo los trámites requeridos por las instituciones de la seguridad social, “*Soy un desastre con los controles médicos. Le dedico poco tiempo a eso en mi vida, me cuesta mucho caer en la burocracia, todo se torna tan difícil que antes de arrancar ya me canso*” (Camila, 36 MM, afiliada a IOMA y OSECAC). En cambio, otras mujeres de la SG opinan que disponer de una cobertura de salud facilita un mejor acceso a las consultas médicas: “*Cumpro con los controles ginecológicos una vez por año, hace años, también los clínicos. Como tengo obra social eso me permite organizar como un control básico anual*” (Marita, 61, MM, afiliada a OSAPM).

Para las mujeres de sectores medios, los controles médicos son acciones que se han convertido en hábitos de vida, incorporando la prevención y contando con recursos

para hacer frente al efecto disruptivo de la enfermedad, perspectiva que contrasta con la de las mujeres de estratos bajos.

Dieta, actividad física y descanso

La alimentación saludable, la actividad física regular y el descanso nocturno son valores mencionados por todas las entrevistadas. Las mujeres de la PG son quienes se cuidan con mayor esmero sin distinción de pertenencia socioeconómica, aunque se observan ciertos matices. Las mujeres de estratos medios han incorporado hábitos saludables tempranamente, mientras que las de estratos medio-bajos los adquirieron en forma más tardía: *“Lo que por ahí noto es que mi cuerpo no tiene la misma fuerza, un ejemplo, me di cuenta que me costaba subir a los colectivos, me está faltando fuerzas en los brazos, en las piernas, entonces tomé la decisión y comencé pilates, para tonificar los músculos”* (Gloria, 61, MB). Todas las mujeres tienen conciencia del auto cuidado y actúan para intentar mantenerse saludables. Posiblemente la madurez, asociada a una mayor certeza de la finitud de la vida, pero también la responsabilidad de cuidar a otros y el anhelo de evitar preocupaciones a sus familiares, se articulan como motivaciones para el propio cuidado en las mujeres de mayor edad: *“Yo tengo 71 años, me cuido en la comida, en todo lo que es la alimentación y el ejercicio, me cuido para no darle trabajo a los míos. Quizás cuido mi salud al cuidarlos a ellos”* (Elena, 71, MB).

Respecto de la dieta y la actividad física, las mujeres de la PG mencionan hábitos aprendidos en el entorno familiar y otros incorporados más recientemente: *“Saber comer, sin harinas, una alimentación sana, mucho líquido, muchas verduras, fruta, lácteos”* (Elena, 71, MB). La actividad física es otra práctica que las entrevistadas han sumado en el transcurso de sus vidas: caminatas, natación, Yoga, Pilates, Tai Chi

Chuan o estiramiento muscular son las más mencionadas. Sin embargo, en casi todas las mujeres de niveles medio bajos se observan dificultades para mantener una actividad física regular, que en ocasiones se sigue como una prescripción médica. Al respecto aparecen las omisiones culposas, que se expresan como una deuda consigo mismas: *“Tengo que empezar, ando con ganas de hacer natación por mis huesos, mi columna”* (Bárbara, 57, MB). En las mujeres de la PG de sectores medios el ejercicio físico es una acción aprendida en su historia personal: *“Ahora estoy haciendo cintas, todos los días voy al gimnasio, lo hago desde hace más o menos veinte años”* (Marita, 61, MM).

Las dificultades para dormir aparecen como un tema recurrente, algunas mujeres lo consideran propio de la etapa de la vida y toman medicamentos para conciliar el sueño: *“Duermo tres o cuatro horas y después me despierto, depende los problemas que tenga en la mente, seis, ocho horas corridas hace años que no duermo”* (Gloria, 61 MB); *“Y, con los años cada vez dormimos menos seis horas, a veces, con suerte”* (Marita, 61, MM); *“A veces duermo como un tronco y otras no me duermo, yo siempre fui de mal dormir, de sueño liviano, y me despierto varias veces en la noche, no descanso, tomo pastillas para dormir que me hacen descansar mejor”* (Gladys, 60, MM).

Las diferencias más marcadas sobre el descanso se advierten entre los grupos generacionales sin distinguir por nivel socioeconómico, ya que las mujeres más jóvenes descuidan la dieta, no hacen actividad física y duermen mal. Las exigencias del trabajo, la vida familiar y los cuidados de hijos pequeños y padres dependientes las llevan a postergar esos cuidados: *“Duermo seis horas y media, necesitaría dormir ocho por día [no puede por el hijo]”* (Anabella, 31, MM); *“Tendría que estar haciendo dieta pero la realidad es que como lo que puedo que, por lo general es delivery, empanadas o sangüichitos de miga porque es más cómodo. Tengo sobrepeso. Actividad física, no. Duermo muy poco, seis horas, como mucho. Ahora con esto de mi papá no estoy durmiendo nada, si tengo algún momento libre voy a verlo”* (Lorena, 39, MM); *“Arranqué con dieta porque me*

veía gorda, fui a la nutricionista, a principio de año bajé ocho kilos, no hacía gimnasia porque no podía, tenía las actividades de mis hijos, no tenía tiempo, duermo poco, no soy de dormir mucho. Me acuesto a las dos de la mañana y a las siete estoy despierta, me voy a trabajar” (Pamela, 33, MB); “No hago dieta. Tendría que no comer tantas grasas porque tengo hígado graso, no como bien: como cuando me acuerdo, lo que venga y no está bueno” (Gisela, 40, MM).

De estos testimonios se desprende que las mujeres más jóvenes no comen bien, no descansan lo suficiente, están estresadas y, tengan o no enfermedades declaradas, postergan el auto cuidado, que aparece como una cuenta pendiente expresada en verbos en modo potencial *debería, tendría*. Si bien cuentan con la información sobre cuáles corresponderían ser las acciones tendientes al logro de su bienestar, encuentran que sus responsabilidades les quitan tiempo, fuerza y autonomía: *“No hago ejercicios, acá, moviéndome de uno lado para el otro” (Soledad, 32, MB); “Intenté hacer cosas en el plano alimentario, naturista, pero en este momento lamentablemente uno tiene que resolver rápido, todavía no volví a dormir como antes [desde el nacimiento del hijo], no puedo dormir corrido, tengo el radar prendido” (Melina, 39, MM).*

Algunas entrevistadas que han superado la etapa del cuidado de hijos pequeños parecen encaminarse hacia mejores cuidados personales: *“Duermo bien, planchada. Me acuesto temprano y me despierto temprano también, hago terapia, hace poco empecé con la psiquiatra, si no estoy estudiando estoy en el gimnasio; si no, trabajando” (Gimena, 44, MB); “Fui a una nutricionista ayurvédica que me cambió toda la dieta [tenía alergias y reflujo] hago yoga tres veces por semana” (Malena, 44, MM).*

Terapias alternativas y terapias psi

En general, las entrevistadas no desdeñan este tipo de terapias. Sin distinción de edades se inclinan por aquellas en las que han podido verificar un resultado tangible y positivo como es el caso del consumo de “yuyos”, el “Reiki”, “la medicina china” y “la acupuntura”. La convicción, producto de la experiencia, también confirma sus acciones hacia las consultas con médicos holísticos, la homeopatía y las flores de Bach y en ocasiones combinan diferentes medicinas de acuerdo a las necesidades y los resultados que obtienen: *“Me hago todos los chequeos de la medicina tradicional y si me enfermo voy al médico, pero practico homeopatía desde hace seis años, tomo una medicación como para equilibrar la energía vital, cada tanto voy a un médico chino, me hago acupuntura”* (Marina, 42, MM). Quienes nunca incursionaron en este tipo de terapias la consideran una opción, como Anabella (36, MM) que afirma: *“No, nunca probé, siempre usé medicina tradicional pero no es que estoy cerrada, si en algún momento lo necesito, lo hago”*.

La mayoría de las entrevistadas hacen terapias psicológicas, especialmente las mayores, aunque con diferentes modalidades según el nivel socioeconómico. En los estratos medios estos tratamientos abarcan gran parte de sus vidas: *“Hice terapia un montón de años. Distintas, me hizo bien”* (Nina, 72, MM) y ayuda a transitar cada etapa: *“Hago terapia, empecé a fines de julio pasado. La psicóloga me ayuda a ver dónde estoy parada”* (Rosana, 61, MM). En las mujeres de sectores medio-bajos la consulta psicológica también se efectúa para superar situaciones puntuales y extremas: fallecimientos, separaciones, ataques de pánico. Debido a la limitación económica, las mujeres recurren a terapias focalizadas, cortas, tanto en el sistema público de salud o en instituciones con tarifas bonificadas: *“No hago terapia ahora pero voy a retomar”* (Bárbara, 57, MB).

La articulación de terapias alternativas y psicológicas con las de la biomedicina muestra la diversidad de estrategias para el cuidado de la propia salud. Esas terapias reflejan el pluralismo médico (Menéndez, 2003) como un recurso en un clima cultural de mayor apertura hacia prácticas alternativas y complementarias.

La incidencia del cuidado familiar sobre el autocuidado y la salud de las cuidadoras

La mayoría de las mujeres de la PG no percibe que el cuidado que ofrecen a sus familiares haya limitado sus posibilidades de cuidado personal. Las entrevistadas de estratos medio bajos consideran que cuidar a otros no alteró sus prácticas de auto cuidado y agregan que no consultan al médico porque no lo necesitan: *“No, creo que no, si necesité fui al médico y como las chicas tampoco fueron de enfermarse mucho, la verdad es que no siento que haya descuidado mi salud para atender la de mis hijas”* (Lucía, 60, MB). Sólo algunas mujeres de estratos medios que cuidan a sus nietos reconocen que esa tarea les genera cansancio y que puede disminuir el tiempo para el propio cuidado: *“Me falta un poco de descanso, me pongo a pensar en estar más ordenada para comer mejor, para descansar un poco mejor, también tiene que ver con tener el tiempo para organizarlo, hacer algún deporte también me faltaría porque lo único que hago es hacerle upa a mi nieta, me falta estar un poco más consciente en cuanto al cuerpo* (Marita, 61, MM)”.

Las entrevistadas de la SG, en cambio, perciben dificultades para cuidarse y las relacionan con el cuidado de sus hijos. En los estratos medio bajos, la prioridad que adquiere el cuidado infantil incide en la postergación de la atención cuando un problema de salud se manifiesta. Uno de los argumentos para retrasar la consulta médica es el temor de las mujeres a ser diagnosticadas con una enfermedad que modifique su presencia en el cuidado familiar, situación que

se encuentra agravada cuando no se dispone de redes de apoyo para el cuidado: *“La verdad que fue más por miedo a que me digan que me tengo que operar y dejar a mi hijo varios días solo”* (Sara, 30, MB). En los estratos medios, el nacimiento de los hijos disminuye la atención de la propia salud: *“Actividad física, no. Dejé, hice yoga todo el embarazo y antes también”* (Lorena, 39, MM). Retomar estas actividades es una cuenta pendiente que las mujeres piensan saldar en un futuro: *“No hago ejercicio. Debería. Hice hasta que quedé embarazada, gimnasia, natación, hockey. Hace un mes dejé yoga y estoy por retomar, con los horarios no me puedo acomodar”* (Gisela, 40, MM); o cuando sea posible articular los tiempos personales con los tiempos de los hijos: *“Mi estado físico, deplorable, en transición digamos; cuando mi hija arranque ahora el jardín veremos si puedo hacer algo de gimnasia, tengo la bicicleta ahí cuando puedo tratamos de subirnos un ratito, todavía con ella no puedo”* (Yenny, 43, MM).

Para las mujeres de estratos medios pareciera que el cuidado de la salud se asocia al cuidado de la imagen y el arreglo personal y algunas reconocen las consecuencias de cuidar a otros: *“No sé si la salud, pero es un poco como no estar tan pendiente, no me hago muchas cosas, estoy en zapatillas todo el día, en eso me siento como abandonada, tengo que ayudar un poco a verme mejor, tengo que ir a la peluquería, es como que tengo que encontrar el momento. una quiere llegar y estar con el bebé”* (Anabella, ya citada).

El cuidado familiar también puede producir efectos negativos en la salud en las mujeres de ambas generaciones. Algunas entrevistadas de la PG acusan en su estado físico y mental las consecuencias del trabajo doméstico, el remunerado y el cuidado familiar: *“Yo me acelero, corriendo de aquí para allá. Yo soy nerviosa de por sí y todo eso se ve que me fue perjudicando para la presión”* (Gladys, 60, MM). Hay que advertir, no obstante, que las mujeres de la PG son quienes más justifican el cuidado basado en la noción de retribución, lo que podría incidir en la naturalización de los efectos negativos del trabajo de cuidado: *“No fue para mí*

ninguna carga, para nada, era mi mamá, la que hizo mucho también por nosotros” (Marita, 61, MM). La naturalización parece alcanzar también a las entrevistadas de la SG. Sólo algunas mujeres que están a cargo del cuidado de sus padres con problemas de salud se animan a dar muestras de cansancio y agobio: *“Me vive peleando, me agota”* (Yenny, 43, MM, cuida a su mamá); *“No tengo paciencia”* (Pamela, 33, MB, cuida a su papá); *“A mí me pesa mucho: alguien me cuida el nene y yo me voy a encargar de mi viejo”* (Lorena, 39, MM, cuida a su papá). La sobrecarga de tareas, especialmente cuando no se tiene ayuda para el cuidado familiar, aumenta la sensación de malestar.

Las experiencias de las mujeres de la SG, tironeadas entre el cuidado de hijos y adultos mayores y obligaciones laborales, coinciden con la percepción de las entrevistadas de la PG en cuanto al esfuerzo y el cansancio que sufrieron sus propias madres al cuidar a sus abuelas y abuelos. Los recuerdos ponen de manifiesto la transmisión de imágenes femeninas asociadas a actitudes y valores ligados a la entrega absoluta, el sacrificio y la abnegación que las mujeres han internalizado a lo largo de diferentes generaciones, todo ello acompañado de una fuerte carga emocional que las mismas suponen.

A modo de conclusión

Las mujeres de ambas generaciones perciben que, en general, su salud es buena. Todas tienen conciencia de la importancia del cuidado de la salud física, psíquica y emocional y de lo que significa llevar una vida saludable en lo que concierne a la alimentación, el descanso y el ejercicio. Recurren a cuidados biomédicos y también a terapias alternativas que utilizan en forma complementaria. Cuidan de sí mismas, aunque con marcados matices según las generaciones y la

pertenencia social, a excepción de los cuidados en anticoncepción, en los que todas coinciden y se muestran protagonistas sin distinciones de edad ni estrato socioeconómico.

Las entrevistadas de los estratos socioeconómicos medios, tanto de la primera como de la segunda generación, sostienen sentirse bien porque se cuidan, hacen consultas médicas preventivas y comentan los resultados de los estudios médicos que avalan su buen estado de salud. Han incorporado la prevención desde que eran jóvenes y cuentan con recursos materiales y simbólicos para llevarla a cabo. Además mantienen, de manera sostenida, terapias psicológicas. De todas maneras, las mujeres más jóvenes cuentan con menor disposición para el auto cuidado porque trabajan en empleos remunerados, crían a sus hijos pequeños y, en ocasiones, cuidan a padres envejecidos o enfermos. Las consecuencias se manifiestan en descuidos en la alimentación, falta de descanso o interrupción de actividades físicas. A pesar de estas dificultades, ellas intentan sostener los controles médicos preventivos como parte de sus hábitos de cuidado.

Las mujeres de estratos bajos de la primera y la segunda generación también tienen una buena percepción de su estado de salud, que justifican como ausencia de enfermedades. La mayor parte no hace prevención y realiza consultas médicas solo ante la presencia de problemas de salud. El cuidado de la salud psicológica aparece a modo de terapias acotadas en el ámbito público o en instituciones que brindan servicios bonificados. Las jóvenes de estratos bajos, que al igual que sus pares de sectores medios asumen múltiples cuidados de niños y progenitores dependientes, omiten los controles preventivos.

Respecto a los efectos negativos que el cuidado familiar puede ocasionar a la salud, todas las entrevistadas reconocen que esa tarea supone un enorme esfuerzo y genera agobio y cansancio. Las de más edad lo perciben en sus experiencias o en las de sus madres, que evocan a través de

la memoria, pero son sobre todo las más jóvenes quienes muestran con mayor énfasis las repercusiones adversas y se animan a expresar sensaciones de malestar.

¿Es posible percibir algún cambio generacional en las actitudes y comportamientos de las mujeres hacia el cuidado familiar y personal, ya que tal vez lo que fue aceptable para una generación de mujeres ya no lo es para otra?

Ambas generaciones de mujeres aparecen tironeadas por dos mandatos culturales: el de cuidar a otros dependientes y el de cuidarse a sí mismas. Esto sucede en un clima cultural que refuerza la naturalización de su papel como cuidadoras con un débil apoyo social y que promueve y valora la incorporación de cambios individuales –nuevos hábitos saludables– para mejorar la salud y el bienestar. En este escenario, el bienestar de la segunda generación pareciera estar comprometido, especialmente en las jóvenes de estratos bajos. Se advierten déficits que no ocultan tensiones por transitar una etapa de demandas de cuidado simultáneas y de alto contenido emocional y moral, a las que se suma la exigencia laboral fuera del hogar. En este contexto las mujeres practican omisiones deliberadas: más de una admite que no se cuida y muestra signos de abandono.

Referencias bibliográficas

- Arenas-Monreal, L., J. Jasso-Arenas y R. Campos-Navarro (2011) “Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales”, *IUHPE – Global Health Promotion* Vol. 18, N° 4: 42- 48.
- Bessin, M. (2014) “Présences sociales: une approche phénoménologique des temporalités sexuées du *care*”, *Temporalités* 20: 1-38 Disponible en: <https://goo.gl/AYWd98>
- Boltanski, L. (1975) *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires, Ediciones Periferia.

- Caleffi, M., R. A. Ribeiro, A. J. Bedin, J. M. P. Viegas-Butzke, F. D. G. Baldisserotto, G. P. Skonieski y J. Giacomazzi (2010) "Adherence to a Breast Cancer Screening Program and Its Predictors in Underserved Women in Southern Brazil", *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 19 (10): 2673 –2679.
- Carrasquer, P., T. Torns, E. Tejero y A. Romero (1998) "El trabajo reproductivo", *Papers* N° 55: 95-114.
- Castro, R. (2000) "La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad", en *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, UNAM-CRIM.
- Delicado Useros, M. V. (2006) "Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes. ¿Perfiles en transición?", *Praxis Sociológica* 10: 200- 234.
- De Keijzer, B. (2001) *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina*, Mimeo, ponencia presentada en el VI Congreso de Ciencias Sociales y Salud, Lima, Perú.
- Durán Heras, M. A. (2002) *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao, Fundación BBVA.
- Findling, L. y E. López (2015) *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Biblos.
- Freidin, B. y R. Abrutzky (2010) *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios*. Documento de Trabajo N° 54. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Freidin, B. (2017) *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. Buenos Aires, Imago Mundi.
- Julve Negro, M. (2006) "Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora", *Acciones e Investigaciones Sociales* N° 22, Extra: 260-282. Disponible en: <https://goo.gl/d28SNA>

- Lamas, M. (1996) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género", en *El género y la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, UNAM.
- López, E. y L. Findling (2012) *Maternidades, paternidades, trabajo y salud. ¿Transformaciones o retoques?* Buenos Aires, Biblos.
- Menéndez, E. (1984) "El problema del alcoholismo y la crisis del Modelo Médico Hegemónico", *Cuadernos Médicos Sociales* N° 28: 3-17.
- Menéndez, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185- 207.
- Muñoz Franco, N. E. (2009) "Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud", *Salud Colectiva* Vol. 5, N° 3: 391- 401.
- OMS (2002) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 - 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Pombo, M.G. (2012) "La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género", *Margen* N° 66: 1-20
- Tobío, C., T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo, T. (2010) *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales, N° 28. Barcelona, Obra Social La Caixa.

6

A modo de cierre

Una comparación de los cuidados familiares en dos generaciones de mujeres

LAURA CHAMPALBERT, LILIANA FINDLING Y ELSA LÓPEZ

Escuchar a las mujeres de hoy en distintas etapas de la vida cuando hablan del cuidado de sus seres queridos es presenciar un diálogo entre cuatro generaciones: son madres e hijas interpelando a sus antecesoras pero también interrogándose sobre quiénes las van a suceder en esa difícil, apenas visible e invalorada tarea de cuidar.

Las dos generaciones femeninas que se han estudiado en esta investigación tienen rasgos esenciales en común: ambas se hacen cargo del cuidado de hijos y padres o de familiares vulnerables con la naturalidad de una herencia recibida, que se debe transmitir porque parece inherente a la capacidad de dar vida. La maternidad es un después transformador en las trayectorias vitales de estas mujeres, siempre potenciales cuidadoras de las personas de su entorno. Sin embargo, en el registro y en la conciencia de este mandato, que ambas cohortes hacen suyo, en las formas del cuidado y en la transmisión del deber, se advierten diferencias que permiten apreciar cambios que no solo pueden atribuirse a contextos socioeconómicos, sino a cómo debe ejercerse ese cuidado.

Maternidad y trabajo

Las entrevistadas de la primera generación, nacidas entre 1940 y 1955, más escolarizadas que sus madres, entraron temprano al mercado de trabajo generalmente en puestos administrativos o asociados a funciones tradicionalmente femeninas, pero lo abandonaron con la llegada de los hijos. Así, algunas de las que volvieron al mercado de trabajo fueron las que quedaron como jefas del hogar por abandono o separación del varón.

Las mujeres de sectores medio bajos conservaron sus empleos porque debían contribuir al sostenimiento del hogar por necesidad y no por elección. Aceptaron sin queja la doble imposición de trabajo doméstico y extradoméstico, tal vez con la esperanza de que una mejora económica llegara por el lado del cónyuge y les permitiera quedarse exclusivamente en el hogar.

En algunas mujeres de niveles medios se perfila el deseo de haber podido compatibilizar hijos y permanencia en la actividad económica; entre ellas el trabajo apuntaba a satisfacer una vocación o desarrollar habilidades sin que implicara necesariamente lograr autonomía; las que pudieron hacerlo fueron profesionales, con ayudas domésticas pagas y su aporte remunerativo al hogar solventaba casi exclusivamente estas ayudas extradomésticas.

En general, las mujeres de esta generación asumieron la tarea doméstica y la atención de los hijos como un acuerdo tácito casi razonable, mientras el cónyuge proveía los recursos económicos.

En cambio, para la generación siguiente que hoy promedia los 38 años, el trabajo o la profesión constituyen un valor de realización personal casi tan importante como la maternidad. Por un lado, la llegada de los hijos se demora para terminar estudios o asegurar la mejor inserción en el mercado de trabajo; por otro, las más jóvenes hacen uso de licencias prolongándolas todo lo posible para sostener su trabajo extra doméstico y, en todo caso, ajustan la cantidad

de horas, combinan jornadas de medio tiempo y se resignan a actividades precarias, informales y/o mal remuneradas con tal de no perder la continuidad laboral y a la vez estar presentes en el cuidado de sus hijos.

El cumplimiento de esta doble prioridad parece ser la meta de estas mujeres, como si se propusieran completar un camino que muchas de sus madres dejaron inconcluso. Coinciden con ellas en que deben y quieren estar presentes en el cuidado de sus hijos, especialmente en los primeros años de vida, pero no parecen dispuestas a renunciar al trabajo elegido porque es otra forma de realización personal valorable que contribuye a su identidad; una de las entrevistadas así lo ejemplifica: *“Para mí el trabajo es muy importante, no me imagino ser una mina sin laburo”*. Para las mujeres que provienen de niveles socioeconómicos menos favorecidos, la importancia del trabajo remunerado sigue midiéndose en los mismos términos que los vividos por sus madres o abuelas: “es el sustento”, lo que se gana para asegurar el bienestar de la familia.

Independientemente del nivel social, generalmente las mujeres jóvenes concuerdan con la generación anterior en que los niños deben ser cuidados en su propio hogar, al menos en los dos o tres primeros años de vida, desconfían de guarderías por la capacitación de su personal, temen exponer a los bebés a enfermedades infecciosas o a situaciones que vulneren su autoestima. Muy pocas optan por instituciones de cuidado infantil y prefieren recurrir a madres y suegras para el cuidado a tan temprana edad y, cuando esto no es posible, a hermanas o familiares y, en última, y desesperada instancia, a niñeras si puedan solventarlas.

Las diferencias entre ambas cohortes se ponen de manifiesto entre las más jóvenes en el replanteo a sus cónyuges acerca de una distribución equitativa de las tareas domésticas y el cuidado de los hijos.

No obstante, la mayoría de las mujeres trata de conciliar trabajo y crianza de los hijos sin generar asperezas con su pareja. Las que pueden recurren a ayudas pagas; otras,

en el intento, enfrentan los límites de sus propias fuerzas y *colapsan*. Lo cierto es que muchas ya no eluden la situación e intentan reelaborar un nuevo esquema de división del trabajo doméstico en un diálogo más directo y abierto que sus antecesoras, descartando ideas o presupuestos basados en que alguna tarea sea natural o propia de un determinado sexo.

Las entrevistadas reconocen avances en la intervención de los varones en el cuidado de los hijos y valoran contribuciones en tareas de cuidado cotidiano, como la alimentación o la limpieza del hogar, pero saben que están lejos de compartir en la misma medida cargas y responsabilidades. Sin embargo, no parecen dispuestas a retroceder en los beneficios del trabajo ni añoran la situación experimentada por las generaciones anteriores. Por ahora intentan evitar el conflicto y avanzan con estrategias de corto y mediano plazo: alivian cargas mediante ayudas remuneradas (las que pueden) y aceptan agradecidas la mano colaboradora de madres y suegras.

Hijos, trabajo y padres vulnerables

Todas las mujeres entrevistadas sienten responsabilidad sobre el cuidado de sus padres ancianos o enfermos y, a su vez, han sido testigos en su mayoría del cuidado proporcionado por sus madres a sus abuelas y abuelos. Cuando la distancia geográfica impidió la atención personal, el cuidado recayó en hermanas, nietas o nueras y provocó culpas o justificaciones.

El afecto, el deber y un sentido de reciprocidad por el cuidado recibido en la infancia forman parte del tramado de solidaridad intergeneracional y femenina, no se pone en duda y se transmite sin palabras pero con la fuerza de un mandato: en muchos casos dando ejemplo, en otros, con expectativas que se leen entre líneas.

Las mujeres de la generación mayor y de ambos estratos socioeconómicos recibieron de sus madres el ejemplo como enseñanza y mandato incorporando a progenitores envejecidos al núcleo familiar, los cuidaron brindándoles una atención que se anteponía, en ocasiones, a la de los hijos y al cónyuge. Estas mujeres también adoptaron como algo natural un orden jerárquico, implícito y tácito, de responsabilidades en el seno familiar: en primer lugar, las hijas mujeres, en segundo término aquellos de la familia que no formaron pareja y solo admitieron otras estrategias de cuidado cuando el parentesco era indirecto, como es el caso de las nueras.

Consecuentes con lo visto y aprendido en su niñez, revelan que el no haber cuidado a sus progenitores *ni les pasaba por la cabeza*; no es exagerado inferir por algunas de las expresiones que utilizan, que delegar el cuidado hubiera afectado su propia identidad. Pero algo cambió entre ellas. Estas mujeres, que hoy se encuentran en el umbral del envejecimiento, no quieren especular sobre lo que se les avecina pero, en algún momento, reflexionaron sobre sus experiencias y han tomado una posición tal vez sin darse cuenta. Por ahora solo es un atisbo que se lee en algunas respuestas a la pregunta *¿cómo quieren ser cuidadas en su vejez?*

Pocas quieren pensarlo o reconocer que han pensado sobre ello, todas están seguras que su familia, en especial las hijas, cuidará de ellas y esperan que el afecto las rodee y las proteja. La mayoría aspira a conservar la autonomía, muchas se inclinan por ser atendidas en sus propias casas por cuidadores remunerados y, si llegara el caso, otras pocas prefieren ser institucionalizadas. Ninguna desea ni fantasea con integrarse en la familia de su proge. Muy por el contrario, como si hubieran aprendido de su experiencia, se atreven a inaugurar un nuevo mandato. Exigen a sus hijas e hijos que no *carguen* con ellas y los *conminan* a institucionalizarlas si fuera necesario, convencidas de que cuidarlos en forma personal, como vieron hacerlo a sus madres y lo hicieron ellas mismas, es una forma de *joderles la vida*.

Las mujeres de la generación más joven consideran, como sus madres y abuelas, que la familia debe hacerse cargo de sus miembros envejecidos o enfermos y están dispuestas a hacerlo en su representación; sin embargo, la realidad cotidiana las enfrenta a situaciones no vividas por sus antecesoras y, en la voz de las que ya están atendiendo a progenitores mientras crían a sus hijos, se percibe claramente un malestar: por un lado, hablan de las demandas cruzadas a las que están expuestas y, de algún modo, cautivas y, por el otro, se ven obligadas a jerarquizar esas demandas: ¿hijos chicos versus padres dependientes? ¿Quiénes las necesitan más? ¿Cómo cuidar a todos y mantenerse en el mercado laboral?

Desde su concepto de cuidado infantil, las entrevistadas más jóvenes quieren preservar a sus hijos de una visión prematura de los estragos de las enfermedades y la vejez; se sorprenden y descolocan ante la similitud de atenciones que deben repartir entre hijos y padres simultáneamente y, sobre todo, advierten cómo repercute esta situación en ellas mismas, sus relaciones familiares y su trabajo: agotamiento y quejas, reproches y peleas entre hermanas y hermanos, reclamos laborales por inasistencia o poco rendimiento.

Nuevamente se manifiesta entre las mujeres jóvenes que el cumplimiento de todas las obligaciones a las que se someten, por acuerdo, mandato o deseo, está en un punto de tensión máximo, en el cual los recursos económicos de las de estratos medios apenas alcanzan para aliviar con ayudas pagas algunas situaciones. Sin embargo, al proyectarse hacia su posible futuro, se advierte que ellas transmitirán de alguna manera la consigna de cuidado a sus descendientes sin cuestionar la preferencia por la vía femenina, porque aspiran a *que mi hija me esté acompañando a afrontar eso*.

A su vez, y en consonancia con la tendencia esbozada por la primera generación de entrevistadas, ninguna se imagina incorporando a sus progenitores a su propia familia. Parece que el cuidado incluirá respetar la autonomía de sus madres y padres supervisando ayudas pagas o haciendo

las tareas domésticas en sus ámbitos habituales. Tampoco descartan la institucionalización a la que atribuyen nuevos sentidos como una mejor instancia para la sociabilidad entre pares y la atención profesional basándose en experiencias muy cercanas que contradicen aquello de *depósitos para abandonar a los viejos*.

No hay duda de que las mujeres seguirán cuidado y enseñando a sus hijas a ser cuidadoras aunque los contextos hayan variado con respecto a sus antecesoras, pero la mayoría ensayará nuevas estrategias de cuidado.

Cuidado personal y reproductivo

La observación sobre el autocuidado de las mujeres y el control reproductivo a través del tiempo ofrece elementos para ampliar el análisis hacia otros aspectos que identifican un proceso de cambio, con indicios de consolidación; esos aspectos permiten advertir también que se agudizan y extreman las dificultades que enfrentan las mujeres más jóvenes para mantener un efectivo cuidado personal.

En el relato de ambas generaciones sobre cómo se cuidan a sí mismas se destacan coincidencias, más claramente expresadas por las mujeres de estratos medios, que apuntan a una valoración del autocuidado, comportamientos preventivos rutinarios incorporados a temprana edad y transmitidos intergeneracionalmente.

La valoración del autocuidado es generalizada a nivel del discurso y se traduce en términos de nutrición, descanso, ejercicio, controles médicos y atención psicológica. Entre las mujeres de estratos medios bajos la valoración del autocuidado está asociada a la salud necesaria para cumplir con el trabajo doméstico y extra doméstico.

Entre las de niveles medios prima una concepción que no se limita al adecuado funcionamiento del cuerpo y de la mente sino al bienestar personal. En las más jóvenes se

observa una postergación del propio cuidado que se registra como asignatura pendiente a causa de sus múltiples responsabilidades domésticas y laborales.

En mayor o menor medida, por un motivo u otro, todas las mujeres han asimilado como obligación de autocuidado el control médico preventivo (en especial el ginecológico), realizan actividades físicas e intentan seguir una dieta saludable. El descanso también figura en esta agenda, así como la atención psicológica. Las posibilidades económicas condicionan los medios que utilizan las mujeres para concretar el auto cuidado.

Los cuidados de la propia salud fueron asumidos por las mujeres de más edad en los inicios de su trayectoria vital. Las más jóvenes expresan que alguien les transmitió estos principios: *“Tengo muy marcado los controles ginecológicos y me los hago”*. Por otra parte, se sienten en falta, se descalifican o justifican cuando no los pueden cumplir porque según sus testimonios, no les alcanza el tiempo porque están condicionadas por las exigencias del mercado de trabajo. Los recursos económicos para solventar ayudas pagas en las tareas de cuidado familiar alivian el trabajo de algunas mujeres, pero no determina un mejor auto cuidado.

Las similitudes que se advierten en los relatos de todas las entrevistadas lleva a pensar que sienten cierto desamparo a la hora de cuidarse a sí mismas: *Tendría que estar comiendo mejor pero..., debería dormir más pero..., sería bueno hacer ejercicio pero...* Después del “pero” siempre está la falta de tiempo o el cansancio porque antes estuvieron ocupadas en su trabajo, las tareas domésticas o el cuidado de familiares.

Otro panorama se observa en los aspectos reproductivos: independientemente de la edad, el estrato socioeconómico o el método de regulación de la fecundidad está en manos femeninas. En este aspecto, y si bien las entrevistadas han sido bastante escuetas en sus relatos (solo una mencionó el aborto), podría inferirse que el control reproductivo forma parte de un legado de autocuidado intergeneracional.

¿Qué esperan o demandan del Estado?

La mayoría de las entrevistadas, sean de la primera o de la segunda generación, y sin que las diferencie el nivel socio-económico, tiene conciencia de que el Estado debe brindar asistencia y cuidado a los adultos mayores y a sus familias. No dudan en afirmar que el Estado debe hacerse cargo de los que están solos y/o de los que carecen de recursos y saben que *las leyes están* y, por lo tanto, el Estado debe ejecutarlas.

Las mujeres de más edad, especialmente las situadas en estratos medios bajos, recuerdan una época en la que los derechos de los ancianos no existían (la que vivieron sus padres) y aprecian la presencia del Estado en instituciones creadas para ese fin como el PAMI o geriátricos.

Las entrevistadas del estrato medio señalan la incoherencia entre un Estado que asume el cuidado de los adultos mayores amparando sus derechos y una realidad que abunda en la falta de respeto a esos mismos derechos.

En el marco legal vigente, los derechos están fuera de discusión y es un principio que subyace en las respuestas de las entrevistadas cuando se refieren a personas mayores; por el contrario las respuestas son menos precisas cuando se trata el rol estatal en relación al cuidado de los niños.

Las críticas sobre el rol del Estado en cuanto a la problemática del cuidado que hacen las entrevistadas se refieren al fragmentado sistema de seguridad social que imposibilita satisfacer una creciente demanda ante el envejecimiento demográfico.

Aparecen entonces peticiones concretas: las mujeres de la primera generación piden supervisión e involucramiento efectivo para las instituciones que ya brindan asistencia, *que haya más controles, que se ocupen de ver que eso funcione bien* y alertan sobre la escasa capacitación del personal profesional y asistentes. Desearían mayor cantidad de geriátricos y centros de día así como montos de las jubilaciones más elevados.

Las más jóvenes formulan fuertes cuestionamientos sobre el funcionamiento actual de las instituciones estatales y de las instituciones de cuidado en general, incluyendo a las privadas. Se observa con desazón que sus mayores no están protegidos, *muy dejados*, que si los hijos no los acompañan sufren *desamparo* ante una burocracia indiferente o quedan librados a la mala atención.

Por otra parte, las mujeres jóvenes advierten sobre los cambios sociales producidos en las últimas décadas, tanto en la estructura familiar como en las condiciones habitacionales, como resultado de un nuevo contexto demográfico y socioeconómico en el que no existen familias extensas ni casas grandes que las alberguen, ni posibilidades de que alguno de los adultos en edad productiva no trabaje y se dedique solo al cuidado: tiene que ver con un cambio de paradigma.

En una línea de pensamiento que aúna a las mujeres de niveles medios y a las de medio-bajos, la cohorte más joven asocia niños y ancianos en una misma demanda concreta y definida al Estado: proporcionar instituciones de cuidado que sean garantes de buena atención, seguridad y acompañamiento, en las que puedan confiar para delegar tareas que están superando sus fuerzas: *“Lugares donde uno pudiera dejar a sus hijos sabiendo que van a estar bien cuidados y los van a tratar bien, igual para los mayores”*. En resumen, guarderías y geriátricos bien equipados, con personal capacitado, accesibles. Algunas mujeres profundizan y fundamentan la necesidad y el mutuo beneficio de tratar en conjunto la problemática de la niñez y la vejez *porque el Estado no está cubriendo ese lugar de nido, de ayuda, en el caso de los abuelos también*.

Todas las entrevistadas comparten la idea, el sentimiento y el valor moral de que el cuidado de los adultos mayores y de los niños es un compromiso entre familia y Estado y no se desligan de la responsabilidad de hacerlo. Las más jóvenes, en especial, saben o anticipan que ya no podrán cumplir con el mandato de cuidado porque las condiciones socioeconómicas han cambiado radicalmente

y su situación en particular es doblemente exigida: ¿cómo cuidar cuando se tienen hijos pequeños y padres enfermos mientras se sostienen las tareas del hogar y se responde a los requerimientos del trabajo remunerado?

Las mujeres reclaman del Estado que asuma su parte, que no ponga trabas ni postergue lo que la ley reglamenta, que controle la gestión, que no abuse de la falta de conocimiento del adulto mayor o de la familia en situación de vulnerabilidad, que provea guarderías y geriátricos con personal capacitado y que se comprometa, como ellas, a velar por los derechos de niños y ancianos.

Para concluir, los resultados parecen indicar que a pesar de las transformaciones a nivel socio económico, demográfico y cultural ocurridas en la vida de las mujeres de ambas generaciones, lo que persiste es la responsabilidad femenina sobre el cuidado de niños y personas mayores.

Este libro se terminó de imprimir en enero de 2018 en Imprenta Dorrego (Dorrego 1102, CABA).