MAPA FEDERAL DEL CUIDADO EN LA ARGENTINA

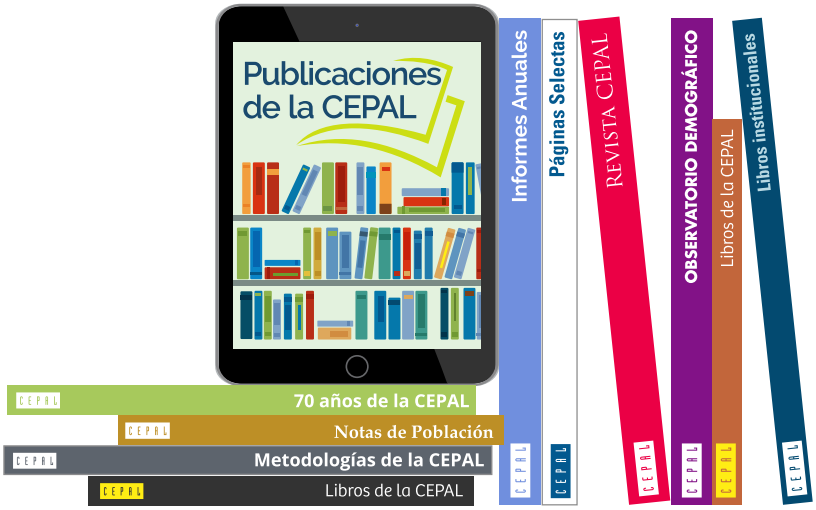
CONSTRUCCIONES CONCEPTUALES Y USOS

Equipo de trabajo de la CEPAL y del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina

NACIONES UNIDAS
CEPAL

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad
Argentina

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

Deseo registrarme

www.cepal.org/es/publications

www.instagram.com/publicacionesdelacepal

www.facebook.com/publicacionesdelacepal

www.issuu.com/publicacionescepal/stacks

www.cepal.org/es/publicaciones/apps

NACIONES UNIDAS

CEPAL

Documentos de Proyectos

Mapa Federal del Cuidado en la Argentina

Construcciones conceptuales y usos

Equipo de trabajo de la CEPAL y del Ministerio de
las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina

NACIONES UNIDAS
CEPAL

Ministerio de las Mujeres,
Géneros y Diversidad
Argentina

Este documento fue preparado por Cristian Silva Moreno y Yamila Nadur, de la Dirección de Mapeo Federal del Cuidado, dependiente de la Dirección Nacional de Políticas de Cuidado del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina, Soledad Villafañe, funcionaria de la oficina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en la Argentina, y Juan Martín Bustos, Consultor de la CEPAL, bajo la coordinación de Lucía Cirmi, Subsecretaria de Políticas de Igualdad del mencionado Ministerio, y Martín Abeles, Director de la mencionada oficina. El documento se basa en los estudios realizados en el marco del proyecto "Primera infancia y sistema integral de cuidados" del Fondo Conjunto para los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas por Corina Rodríguez Enríquez, Noelia Méndez Santolaria, Andrea Barbiero, Paula Dabós, Lorena Paz y Catalina Valencia, Consultoras de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Los límites y los nombres que figuran en los mapas incluidos en este documento no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Publicación de las Naciones Unidas
LC/TS.2022/173
LC/BUE/TS.2022/18
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2022
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.22-01009

Esta publicación debe citarse como: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina, "Mapa Federal del Cuidado en la Argentina: construcciones conceptuales y usos", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/173-LC/BUE/TS.2022/18) Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Introducción 7
A. ¿Qué es el Mapa Federal del Cuidado? 8
B. ¿Qué son los cuidados? 9
C. La organización social del cuidado en la Argentina y el territorio 13
D. Políticas públicas de cuidado 14
1. Una nueva institucionalidad 15
E. El trabajo conjunto entre el MMGyD y la CEPAL 16
F. Organización del documento 17

I. El mapa hoy 19
A. Fase externa del Mapa 19
1. Visualización y funcionalidades 20
2. Innovaciones 22
B. Fase interna del Mapa 23
1. Visualización y funcionalidades 23
2. ¿Con que información cuenta? 25
C. Algunos datos relevantes 27
D. Usos y próximos pasos 28

II. Insumos para el mapeo de la información de la oferta de cuidados 31
A. Antecedentes regionales en mapeos, mapas y sistemas de gestión de información 31
1. El Uruguay 32
2. Bogotá 33
3. British Columbia 34
4. Enseñanzas 34
B. Definiciones, desafíos y alternativas del mapeo federal de cuidados en la Argentina 34
C. El mapeo de la oferta de cuidados 36
1. Mapeo de la normativa vinculada al cuidado 36

2. Mapeo de Servicios de Cuidado 38
3. Mapeo de sistemas públicos y privados de registro y certificación de trabajadoras individuales 43
4. Mapeo de servicios de formación en cuidados 45
D. Aprendizajes para la construcción del Mapa Federal del Cuidado 50

III. Innovaciones del desarrollo informático del Mapa Federal del Cuidado 53
A. Desarrollo funcional del sistema de información 54
B. Desarrollo del producto 57
1. Prototipos y entornos de prueba 58
2. Usuarios y accesibilidad 61
3. Características y funcionalidades del Mapa Federal del Cuidado 61

IV. Demanda de cuidado en la Argentina. Propuesta metodológica para su estimación en el territorio 65
A. Antecedentes conceptuales sobre el cuidado 66
B. El cuidado en los hogares argentinos 68
1. Requerimientos de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en los hogares 68
C. Metodología de estimación de la demanda de cuidado no remunerado en los hogares 82
1. Antecedentes 82
2. Una escala para la Argentina 84
3. Usos e indicadores a partir de la Escala de Argentina 86
D. Ejemplos en el uso e intersecciones de los indicadores 93
1. Nivel de intensidad de la demanda de cuidado por tipo de hogar 93
2. Nivel de intensidad de la demanda de cuidado por región 95
3. Nivel de intensidad de la demanda de cuidado por diferentes tipos de Necesidades básicas Insatisfechas (NBI) 96
E. Reflexiones finales 98

Bibliografía 101

Anexo 105
Anexo 1 106

Cuadros

Cuadro 1 Criterios que organizan las instituciones 21
Cuadro 2 Tipos de formación en cuidados 46
Cuadro 3 Tecnologías elegidas 59
Cuadro 4 Versiones de escritorio 60
Cuadro 5 Versiones de móvil/celular 60
Cuadro 6 Distribución de personas mayores de 65 años y más, según género y tipo de hogar, 2012 71
Cuadro 7 Distribución de personas mayores de 65 años y más, según quintil de ingreso per cápita y dependencia tipo A, 2012 72
Cuadro 8 Distribución de personas mayores de 65 años y más, según quintil de ingreso per cápita y dependencia tipo B, 2012 72
Cuadro 9 Distribución de personas mayores de 65 años en los hogares, según género y aporte en trabajo de cuidado en el hogar 74
Cuadro 10 Distribución de la población que cuida, según jornada de trabajo de cuidado no remunerado y género. 80
Cuadro 11 Escala de Madrid I y de Santiago 83

Cuadro 12 Escala de Montevideo....84
Cuadro 13 Estimación econométrica de MCO sobre el tiempo de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado realizado por los individuos en sus hogares....85
Cuadro 14 Estandarización de horas a ponderador Escala de Argentina 86
Cuadro 15 Estimación de la demanda potencial de servicios de cuidados no remunerados en los hogares de Argentina 86
Cuadro 16 Estimación de la demanda potencial de servicios de cuidados no remunerados en los hogares de la Argentina, proyecciones a 2021 y 2040. 87
Cuadro 17 Proyecciones de la demanda potencial de cuidados no remunerados, según tramo etario. 88
Cuadro 18 Proyecciones de la demanda potencial de cuidados no remunerados sobre las mujeres, según tramo etario 89
Cuadro A1 Bases de datos utilizadas....106
Cuadro A2 Resultados Test de medias de privaciones en el hogar....108

Gráficos

Gráfico 1 Tiempo promedio de trabajo doméstico y de cuidado realizado en los hogares según cantidad de menores de 18 años, por tramo etario 69
Gráfico 2 Variación porcentual del tiempo de trabajo doméstico y de cuidado realizado en hogares con dos menores de cada tramo etario con relación a no tener ninguno....70
Gráfico 3 Tipo de aporte en trabajo de cuidado que realizan las personas mayores en sus hogares, según edad y género (hogares con más de 1 persona) 74
Gráfico 4 Distribución de las personas inactivas con discapacidad según razones de la inactividad y género, 2018....76
Gráfico 5 Distribución de la población con discapacidad, según edad y género, 2010 76
Gráfico 6 Composición del tiempo total de trabajo, según género y tipo de hogar....78
Gráfico 7 Distribución de la población que cuida como proporción del total de la población, según edad y género 79
Gráfico 8 Distribución de las personas que cuidan por tipo de aporte y jornada de trabajo de cuidados no remunerado 81
Gráfico 9 Distribución de las personas que cuidan por jornada de trabajo de cuidados y condición de actividad 82
Gráfico 10 Composición de los niveles de intensidad (alta, media y baja) de cuidado en los hogares, según tipo de hogar.... 92
Gráfico 11 Distribución de los hogares según indicador de demanda de cuidados y quintil 93
Gráfico 12 Distribución de la intensidad de la demanda de cuidados de los hogares, según tipo de hogar.... 94
Gráfico 13 Distribución de la intensidad de la demanda de cuidados de los hogares según región.... 95
Gráfico 14 Distribución de hogares según nivel de intensidad de la demanda de cuidados y NBI 97
Gráfico A1 Distribución de las personas inactivas, según categoría de inactividad y género. 2013.... 107
Gráfico A2 Distribución de los hogares según niveles de intensidad (alta, media y baja) de cuidado y tipo de hogar. 2013.... 108

Diagramas

Diagrama 1 Esquema de áreas institucionales y tipos de servicios 39
Diagrama 2 Ejemplo caso de uso: 1 - Persona Usuaria sin discapacidad 55

Diagrama 3 Partitura de diseño....56
Diagrama 4 Modelo lógico de base de datos....57
Diagrama 5 Arquitectura del sistema....60
Diagrama 6 Paleta de colores elegida....62
Diagrama 7 Visualización paleta de colores según diferentes afecciones de la vista....63
Diagrama A1 Preguntas sobre el TDCNR en el hogar....106
Diagrama A2 Pregunta por dificultad o limitación permanente....107

Mapas

Mapa 1 Promedio departamental de la intensidad de demanda de trabajo de cuidado de los hogares (ajustada por presencia de PPC)....91
Mapa 2 Hogares con alta intensidad de cuidados según departamentos o partidos del territorio nacional....96

Imágenes

Imagen 1 Ingreso al Mapa....20
Imagen 2 Los servicios en el territorio: ejemplo de cuatro niveles de zoom....20
Imagen 3 Los servicios en el territorio: uso del buscador....21
Imagen 4 Los servicios en el territorio: ficha con información de un establecimiento....22
Imagen 5 Los servicios en el territorio: recorrido para llegar al establecimiento....22
Imagen 6 Fase interna del Mapa....24
Imagen 7 Selección de filtros. Fase interna del Mapa....25
Imagen 8 Distribución de espacios de cuidado para personas mayores. Provincias de Corrientes, Entre Ríos y Santa Fe. Fase interna del Mapa....25
Imagen 9 Radios del Área Metropolitana de Buenos Aires y del Partido de Avellaneda y filtro de las localidades del partido. Fase Interna del Mapa....27
Imagen 10 Ejemplo de prototipos versión móvil MFC (usados en junio 2021)....58
Imagen 11 Tarjeta con información....63

Introducción

La región se encuentra impulsando profundas reflexiones sobre las dimensiones del cuidado en las sociedades; su vínculo con los modelos de desarrollo y las distintas acciones que se deben priorizar frente a la crisis de los cuidados, agravada por la pandemia del COVID-19. En este contexto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha llamado a acelerar el paso hacia una justicia económica, climática y de género, y transitar hacia una sociedad del cuidado que priorice la sostenibilidad de la vida y el cuidado del planeta y garantice los derechos de las personas que requieren cuidados y de aquellas que proveen dichos cuidados; y que visibilice los efectos multiplicadores de la economía del cuidado en términos del bienestar y como un sector dinamizador para una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad (CEPAL, 2021). La acumulación de experiencias, debates y compromisos tomados por los gobiernos en los últimos años se reflejan en que cada vez son más los países que avanzan decididamente hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados. A través de estos se busca transformar la actualmente injusta organización social del cuidado que se ha identificado como uno de los nudos estructurales de la desigualdad de género, la reproducción de la pobreza y la desigualdad en América Latina (ONU MUJERES & CEPAL, 2021).

En la Argentina, el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (MMGyD) viene desplegando, desde su creación el 10 de diciembre 2019, una amplia y profunda estrategia de instalación de un Sistema Integrado de Cuidados. Uno de los pilares de esa estrategia es el Mapa Federal del Cuidado que brinda a la ciudadanía información consolidada para visibilizar y poner en valor las distintas opciones de cuidado que ocurren en el sector público, privado y comunitario en el territorio nacional. El mapa integra no solo información sobre la oferta de instituciones que proveen cuidados a diversas poblaciones y formación laboral a personas trabajadoras del sector, sino también estimaciones de la demanda de cuidados en el territorio. El desarrollo de este sistema de información, su potencialidad para la identificación de áreas críticas y su ubicación en el Ministerio y en la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado brinda al estado nacional y a los gobiernos locales una herramienta clave para la definición, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de cuidado.

Este documento presenta las principales características del Mapa Federal del Cuidado y los estudios y desarrollos que fueron insumos esenciales para su construcción. El Mapa fue realizado por el MMGyD con el apoyo de la CEPAL. El proceso de elaboración, de más de 2 años, tuvo distintas etapas, componentes y productos. Si bien el foco de este documento es presentar el mapa en la actualidad y sus funcionalidades, también se propone resaltar algunos de los hitos de este recorrido: la clarificación

conceptual sobre la organización de los cuidados, los sistemas de cuidados y las políticas estatales en la que se inserta un instrumento como el mapa; la operativización del concepto de cuidados y la construcción de datos para caracterizar la oferta y la demanda de cuidados; el proceso de desarrollo de la programación e implementación del Mapa Federal del Cuidado; la adaptación de una metodología de estimación de demanda de cuidados para la Argentina y un ejercicio de esa estimación a nivel geográfico que es un insumo central para la estimación de zonas con déficit de cuidados.

A. ¿Qué es el Mapa Federal del Cuidado?

Este Mapa es producto de la estrecha colaboración entre el MMGyD y la oficina de la CEPAL en Buenos Aires. La asistencia de la CEPAL se canalizó a través del programa Primera Infancia y Sistema Integral de Cuidados, del Fondo Conjunto para los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. El objetivo, desde el inicio de la colaboración entre las dos instituciones, fue la generación de una plataforma de información sobre la oferta de cuidados y la realización de estudios que contribuyan a la definición de políticas públicas vinculadas a las dimensiones del cuidado en el país.

Entre las principales características del mapa, que lo hacen un servicio público único para la sociedad, pueden destacarse las siguientes: tiene una cobertura amplia porque abarca a todo el territorio argentino, da cuenta de espacios de cuidado para poblaciones diferentes y gestionados por agencias estatales, entidades privadas y organizaciones comunitarias y ofrece información sobre las instituciones de formación para las personas trabajadoras del cuidado. Por un lado, permite a la ciudadanía informarse y tomar decisiones sobre la organización de sus cuidados cotidianos, y por el otro, ofrece la oportunidad de producir diagnósticos sobre la distribución de la oferta y demanda de cuidados a nivel territorial, así como el potencial para identificar zonas críticas con déficit en la provisión de cuidados o de instituciones para la formación laboral de cuidadoras y cuidadores.

El mapa posee una fase externa, en un portal web y una aplicación para el celular para uso ciudadano que brinda información georreferenciada de la oferta de servicios de cuidados y una interna, en un panel de visualización dirigido a la gestión de políticas con información de oferta y demanda de los servicios de cuidados. El mapa disponible para la ciudadanía informa sobre: (i) la oferta de servicios de cuidados provistos por instituciones públicas y privadas, y organizaciones sociales y comunitarias; (ii) la oferta de formación para cuidadores y su certificación. Las poblaciones consideradas son las infancias, las personas con discapacidad y las personas mayores que demanden o requieran cuidados y aquellas personas trabajadoras del sector de cuidados.

La fase interna del Mapa Federal del Cuidado se basa en la visualización y análisis de datos espaciales y estadísticos. Esta herramienta interactiva permite obtener información sobre la organización social de los cuidados en el territorio, la distribución de los espacios de cuidado y de formación en cuidados, la demanda -ya sea potencial o efectiva-, la manera en que estos espacios se distribuyen para satisfacer la demanda y las zonas en que la cobertura es satisfactoria o escasa, entre otros. Su objetivo es proveer de información al MMGyD y los organismos que integran la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado para la toma de decisiones basadas en evidencia. La gestión de estos datos está a cargo del personal de la Dirección de Mapeo Federal del Cuidado, que se encarga de consistir los datos, geolocalizarlos, completar la información faltante, etc. Para el desarrollo de estas tareas el equipo del área del MMGyD realizó diversas capacitaciones, que fueron apoyadas por la CEPAL.

B. ¿Qué son los cuidados?[1]

El concepto de cuidados es en sí mismo un terreno en disputa. Si entendemos al cuidado como aquello necesario para garantizar la reproducción cotidiana de la vida, casi todo puede entrar en su definición. En la literatura sobre el tema en la región, el concepto de cuidados se asocia a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad.

Se entenderá como cuidado al conjunto de "actividades que regeneran diaria y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas. Incluye las tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida, como el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, el cuidado de los cuerpos, la educación y formación de las personas, el mantenimiento de las relaciones sociales o el apoyo psicológico a los miembros de la familia. Hace, por lo tanto, referencia a un amplio conjunto de aspectos que abarcan los cuidados en salud, el cuidado de los hogares, el cuidado a las personas dependientes y a las personas que cuidan o el autocuidado" (ONU MUJERES & CEPAL, 2020). Esta definición puede especificarse en cuatro dimensiones del cuidado: el autocuidado; el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado); la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos; en términos generales diríamos el trabajo doméstico); y la gestión del cuidado (coordinar horarios, realizar traslados a centros educativos y a otras instituciones de cuidado, supervisar el trabajo de quien realiza el cuidado remunerado, entre otras actividades). Desde esta visión, el cuidado permite atender las necesidades de las personas "dependientes"[2], por su edad o por sus condiciones físicas y/o mentales (niños y niñas, personas mayores, enfermas o con alguna discapacidad) pero también de las personas que podrían auto-proveerse dicho cuidado (Rodríguez Enríquez, 2005, 2019; Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014; Esquivel, 2011; ELA, 2012; Pautassi y Zibecchi, 2013).

En la discusión aplicada a las políticas públicas, la noción de los cuidados se va ampliando, para abarcar, no sólo a las actividades y trabajo de cuidados, sino también a las regulaciones vinculadas con el cuidado (como pueden ser las licencias relacionadas con el cuidado en el marco de las relaciones laborales), la infraestructura necesaria para la provisión del cuidado (incluyendo la infraestructura donde se prestan los servicios de cuidados, pero también la infraestructura que permite cuidar, como el acceso al agua potable o el saneamiento básico), o los servicios que facilitan (u obstaculizan, cuando no funcionan adecuadamente) el cuidado, como puede ser el transporte público o la gestión urbana.

Haciendo eje en la dimensión económica, en la década pasada cobró aceptación y difusión el uso del concepto de economía del cuidado, que surge de la recuperación y actualización de los debates históricos de los feminismos, en particular de los ocurridos entre feminismo y marxismo, que involucraron una diversidad de visiones[3]. Desde los aportes más radicales de las feministas italianas hasta el debate promovido en el diálogo de la academia y el activismo angloparlante, las posturas desarrollaron varios argumentos relevantes[4]: el trabajo doméstico no remunerado juega un rol económico central en la producción y reproducción de fuerza de trabajo; esto deriva en un subsidio a la acumulación capitalista, ya que mantiene el valor de la fuerza de trabajo por debajo de su costo de

[1] Este apartado se elaboró con la base del informe final de la consultora Corina Rodriguez Enríquez realizado para el proyecto.

[2] La discusión en torno a la noción de dependencia es muy amplia. En el marco aquí presentado la dependencia refiere a la necesidad de apoyos o asistencia para llevar adelante las actividades cotidianas de la vida (como comer, higienizarse, vestirse, etc.). Los grados o niveles de dependencia, y en consecuencia de su cuidado, son muy diversos. Presentar cierto nivel de dependencia para resolver estas actividades cotidianas no significa necesariamente carecer de autonomía, como bien lo plantean las personas con discapacidad. En efecto, hay personas que pueden necesitar apoyo para estas actividades, pero ser autónomas para decidir cuándo y cómo quieren realizarlas (por ejemplo, a qué hora bañarse, o qué comer). En el capítulo III se retoman los debates y discusiones en torno a este concepto.

[3] Para un recorrido de estos debates históricos ver Gardiner (1997).

[4] Federici (1976, 1982) y Dalla Costa (1983) pueden considerarse aportes ejemplares de esta corriente, posteriormente revisitados por Picchio (1992). Hartmann (1979, 1981) sintetizan la visión en el debate en Estados Unidos.

reproducción; la necesidad del capital de incorporar fuerza de trabajo de las mujeres deriva en un debilitamiento del modelo estricto de hombre proveedor y mujer cuidadora, pero mantiene la subordinación económica de las mujeres a través de los procesos de segregación laboral y la persistente brecha de género en los ingresos laborales; la contribución del trabajo doméstico a la generación de valor económico debiera reconocerse, valorarse y retribuirse (Rodríguez Enríquez, 2019).

Además de resaltar el rol económico sistémico del trabajo de cuidados (particularmente del no remunerado) la noción de economía del cuidado también permitió reconocer el obstáculo estructural que la división sexual del trabajo de reproducción de la vida representa para el logro de la autonomía económica de las mujeres. Ya sea porque dificulta su inserción en formas más plenas de empleo, como también porque las propias actividades remuneradas del cuidado presentan altos niveles de precariedad (incluyendo su baja remuneración).

Este foco histórico en el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, y en la dimensión estrictamente económica del cuidado, se fue ampliando para abonar el concepto de organización social del cuidado (OSC), que permite reconocer los múltiples actores y las variadas relaciones involucradas en la atención de las necesidades de cuidado. En efecto, esta noción refiere a la manera en que inter-relacionadamente los hogares, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias o más ampliamente la comunidad, producen y distribuyen cuidado. En la misma línea, Pérez Orozco (2007) sugiere hablar de redes de cuidado aludiendo a los encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los escenarios en los cuáles esto sucede, las interrelaciones que establecen entre sí y, en consecuencia, lo densa o débil que resulta la red de cuidados. Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada.

Ahora bien, ¿por qué se insiste, particularmente desde miradas feministas y de justicia social, que abordar la cuestión de la organización social de los cuidados es clave? Brevemente podemos decir que es así porque en la forma que adopta actualmente la OSC en la mayoría de nuestros países se amarran nudos estructurales de la desigualdad (CEPAL, 2017a).

Las desigualdades de género presentan múltiples dimensiones y su configuración e intensidad varía de acuerdo con el contexto geopolítico, histórico y económico en el que cada sociedad se sitúa. De acuerdo a la Estrategia de Montevideo (CEPAL, 2017a) es posible identificar en América Latina y el Caribe al menos cuatro nudos estructurales que se entrelazan en este fenómeno: i) la desigualdad socioeconómica y la persistencia de la pobreza; ii) los patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos y el predominio de la cultura del privilegio; iii) la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado, y iv) la concentración del poder y las relaciones de jerarquía en el ámbito público.

Además, en el marco de las sociedades capitalistas latinoamericanas los nudos estructurales de las desigualdades de género se combinan con otros sistemas de opresión, principalmente aquellos de corte colonial, étnico y racial (CEPAL, 2019). De esta manera, los estados nación y, al interior de ellos, los territorios agrupados en provincias, ciudades, departamentos o barrios que comparten una cultura presentan singularidades relevantes en la forma en que se expresa la desigualdad de género.

La evidencia demuestra que en la región las responsabilidades de cuidado se encuentran desigualmente distribuidas tanto entre actores del cuidado (hogares, Estado, mercado y comunidad), como entre hombres y mujeres (Lupica, 2010; Esquivel, Faur y Jelin 2012; Marco y Rico, 2013; Faur, 2014; Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014; Vega y Gutiérrez Rodríguez, 2014; Borgeaud-Garciandía, 2018; Onu Mujeres, 2017; Araujo Gimaraes e Hirata, 2020). La desigual distribución y la enorme carga de trabajo diaria que conllevan estas actividades determina gran parte de la falta de autonomía económica, física y política de las mujeres en la región (CEPAL, 2019). A su vez, esta situación impide romper con los círculos de la pobreza multidimensional en la que vive gran parte de los hogares en América Latina (CEPAL, 2021b). Esto deviene de la concurrencia simultánea de una serie diversa de factores[5]. El primero es la persistencia de la división sexual

[5] Se sigue aquí lo planteado en Rodríguez Enríquez y Pautassi (2014) y a Rodríguez Enríquez (2019).

del trabajo, expresión de las relaciones de género en el mundo del trabajo. Aún con sus cambios paulatinos, la evidencia provista por las encuestas de uso del tiempo es contundente en mostrar cómo las mujeres siguen asumiendo una proporción mucho mayor de las actividades domésticas y de cuidado no remunerado, y a su vez, cómo las trabajadoras mujeres son la mayoría de las ocupadas en los sectores de actividad del servicio doméstico y los servicios sociales de cuidado.

En segundo lugar, relacionado con lo anterior, la injusta distribución de las responsabilidades de cuidado se vincula con la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar. Esto sucede cuando se considera que la capacidad biológica exclusiva de las mujeres de gestar, parir y amamantar las dota de capacidades superiores que, a los hombres, para otros aspectos del cuidado (como higienizar a los niños y niñas o a las personas mayores, preparar la comida, limpiar la casa, organizar las diversas actividades de cuidado necesarias en un hogar). Lejos de ser una capacidad natural, la especialización de las mujeres en el cuidado es una construcción social, que se sostiene en estereotipos de género y valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos como la educación, los contenidos de las publicidades y otras piezas de comunicación, la tradición, las prácticas domésticas cotidianas, las religiones, las instituciones. Sólo recientemente estos estereotipos han comenzado a cuestionarse.

Un tercer factor explicativo se encuentra en los recorridos históricos de los Regímenes de Bienestar. En América Latina estos se conformaron considerando al cuidado como responsabilidad principal de los hogares (y dentro de ellos, de las mujeres) lo que reforzó la actual forma de la OSC. Así, la participación del Estado quedó reservada para aspectos muy específicos (por caso la educación escolar) o como complemento de los hogares allí donde las situaciones particulares así lo ameritaban (por ejemplo, la provisión de servicios de cuidado infantil para hogares en situación de vulnerabilidad económica). El mercado fue paulatinamente ofreciendo servicios de cuidado, a medida que varias dimensiones de la vida se fueron mercantilizando, pero estando sólo accesibles para ciertos estratos de la población. Finalmente, los arreglos comunitarios del cuidado resultaron históricamente una respuesta necesaria a las necesidades de cuidado de los sectores populares, apoyadas en muchos casos por instituciones filantrópicas, caritativas y religiosas. Sólo más recientemente, este sector se va consolidando de la mano de la organización popular, y del apoyo que la misma recibe de diferentes intervenciones de política social.

Finalmente, en América Latina, la región con peores indicadores de igualdad del planeta, la experiencia socioeconómicamente estratificada de la organización del cuidado es un elemento central para explicar su incidencia en la reproducción de la desigualdad. La disponibilidad de arreglos de cuidado de los hogares depende de su posición en la estructura económica y social. Los hogares con mayores recursos económicos pueden elegir entre una variedad de combinación de trabajo no remunerado, cuidado mercantil y servicios de cuidado públicos de calidad. Por el contrario, los hogares con escasos recursos, que habitualmente enfrentan mayores cargas de cuidado, con frecuencia sólo disponen de escasos servicios públicos de cuidado (muchas veces de pobre calidad), eventualmente arreglos comunitarios y mayormente el trabajo no remunerado de las mujeres (madres, pero también abuelas, hijas mayores, etc.).

Así, los hogares con mayores recursos pueden derivar con mayor facilidad las responsabilidades de cuidado y liberar tiempo propio (particularmente de las mujeres adultas de los hogares) utilizable para generar recursos adicionales, lo que fortalece su situación privilegiada. Por el contrario, la inmensa mayoría de mujeres en hogares de menores recursos deben destinar mucho más de su propio tiempo al trabajo de cuidado no remunerado, restringiendo sus posibilidades de participación económica, limitando sus chances de generar recursos y profundizando así su situación de desventaja. Más aún, estas distintas posibilidades en el marco de la OSC van conformando lo que podemos definir como cadenas de cuidado, a lo largo de las cuales se van derivando responsabilidades de cuidado. De los hogares con mayores recursos, a las mujeres con menos alternativas, que encuentran en el trabajo doméstico y de cuidado remunerado una posibilidad de acceder a un ingreso, derivando parcialmente sus propias responsabilidades de cuidado (habitualmente a otras mujeres) en su entorno familiar.

Estas cadenas pueden incluso asumir un carácter trasnacional que se verifica cuando parte de la demanda de cuidado es atendida por personas trabajadoras migrantes (Pérez Orozco, 2007). En las experiencias de la región sucede con frecuencia que las personas que migran y se ocupan en actividades de cuidado (mayoritariamente mujeres) dejan en sus países de origen hijos e hijas u otras personas dependientes, cuyo cuidado es entonces atendido por otras personas, vinculadas con redes de parentesco (abuelas, tías, cuñadas, hermanas mayores) o de proximidad (vecinas, amigas). Se conforman así cadenas globales de cuidado. Los eslabones de la cadena tienen distinto grado de fortaleza y la experiencia de cuidado (recibido y dado) se ve de este modo determinada y atravesada por condiciones de vida desiguales. En este sentido, en su dimensión trasnacional, la OSC agudiza su rol como vector de desigualdad[6].

Por último, la injusticia de la OSC también se verifica en las pobres condiciones laborales de quienes realizan tareas domésticas y de cuidado de manera remunerada. Si bien los marcos normativos en la región se vienen fortaleciendo desde la sanción del Convenio 189 de la OIT[7], en la práctica el empleo en este sector de actividad sigue teniendo niveles superlativos de precariedad, que incluyen bajas remuneraciones, poca registración y como consecuencia, débil protección social. Adicionalmente, y por sus propias características es un sector que cuenta con bajo grado de sindicalización y organización para exigir la garantía de derechos laborales, a lo que se suma que en muchos países quienes se ocupan en estas actividades son mujeres migrantes, lo que adiciona a la precariedad laboral, su condición vulnerable en función del status migratorio.

La vulnerabilidad del empleo en este sector de actividad quedó especialmente de manifiesto a partir de la pandemia del Covid19 y de las medidas que se debieron tomar para enfrentar la situación sanitaria. Muchas trabajadoras de casas particulares vieron severamente afectada su situación, con pérdida de ingresos, pérdida de empleo, y amplia exposición a situaciones potenciales de contagio[8].

La injusta OSC tiene consecuencias socioeconómicas evidentes. Está en la raíz de las dificultades de las mujeres para participar plenamente en el mercado laboral, y en la persistencia de las brechas de género en el mundo del trabajo remunerado. A su tiempo, esto deriva en la mayor dificultad que tienen las mujeres en acceder a ingresos propios, y en su acceso a ingresos en promedio más bajos. Esta situación orada la autonomía económica de las mujeres y también conspira con la perpetuación de la condición de pobreza de los hogares. También contribuye a explicar la feminización de los programas sociales y las dificultades que se presentan para que las beneficiarias alcancen otros medios de vida más allá de las transferencias monetarias públicas.

Por todo lo anterior, abordar el problema de la injusta OSC es esencial no solamente en cualquier agenda por la justicia de género, sino más ampliamente, en cualquier agenda por la justicia social. Transformar la OSC es un paso inevitable de transformación social en la construcción de una sociedad que ponga al cuidado de la vida en el centro, amplíe las opciones de vida de las personas y construya paradigmas más igualitarios. Esta es una de las metas que guiaron la construcción del Mapa Federal del Cuidado.

---

6 Como ilustración, Sanchís y Rodríguez Enríquez (2011) analizan el caso de la cadena global de cuidado que funciona en el corredor migratorio Paraguay – Argentina.

7 El Convenio 189 trata sobre el trabajo decente para los y las trabajadoras domésticas. Fue sancionado en el año 2011. A medida que los países lo van ratificando, se vuelve necesario alinear las normativas nacionales con los compromisos asumidos en dicha ratificación. En el caso de Argentina, la norma que regula el trabajo en casas particulares fue sancionada poco antes del Convenio de la OIT y significó en las normas una casi equiparación de las condiciones de trabajo en el empleo doméstico con el resto del empleo en el sector privado.

8 Ver al respecto López Mourelo (2020) y Faur y Brovelli (2020).

C. La organización social del cuidado en la Argentina y el territorio

La OSC en la Argentina no escapa a las consideraciones generales expresadas en la sección anterior. Como en el resto de los países de la región, su forma actual es injusta y vector de reproducción de desigualdad, y por lo mismo, debiera ser transformada si aspiramos a vivir en una sociedad más integrada, más justa y más igualitaria.

La desigual distribución de los cuidados entre los géneros y grupos sociales se refleja en la forma en que se distribuyen los servicios e infraestructuras del cuidado en el territorio. Las familias y los hogares desarrollan sus actividades en un marco territorialmente situado que estructura y condiciona las estrategias de cuidados de las personas y su uso del tiempo disponible. La desigual distribución territorial de las infraestructuras de cuidados condiciona su acceso, y se conjuga con sistemas de transportes que presentan limitaciones y no fueron diseñados previendo las necesidades de cuidados de la vida cotidiana de las personas. Esta situación afecta a toda la población, pero sobre todo a quienes más cuidan, es decir, mujeres y LGBTIQ+. Al tiempo dedicado al cuidado de otras personas, se debe incorporar el tiempo que supone acceder a los servicios e infraestructuras (llevar a una niña o niño al jardín de infantes o al colegio, acompañar a una persona con discapacidad a una atención determinada, acompañar a las personas mayores a un centro de día, entre otras).

Así, las enormes heterogeneidades territoriales se conjugan con los obstáculos ya analizados. La Argentina es uno de los países más urbanizados de la región más urbanizada del mundo: mientras que en el mundo el 55% de las personas viven en ciudades (Banco Mundial, 2020), en América Latina y el Caribe lo hace el 81,5% (CEPAL, 2018), en la Argentina lo hace el 92% de las personas (Registro Nacional de las Personas, 2020). La mayor parte de ellas se ubican en los grandes centros urbanos, pero durante los últimos años se puede observar un gran crecimiento de las ciudades intermedias. Aunque menor en proporción, Argentina cuenta además con una importante población rural. El país se encuentra en la octava posición entre los de mayor extensión en el mundo y alrededor de un 8% de su población se distribuye en áreas periurbanas o rurales de bajísima densidad.

El acceso a los servicios de cuidado es dispar según cada territorio. En las áreas rurales la mayor problemática se vincula con las grandes distancias a determinadas infraestructuras y la cobertura espacial de los servicios, lo que puede, en algunas situaciones, convertirlos en inaccesibles. En las zonas de mayor densidad poblacional, las distancias no constituyen un factor determinante (de todas formas, es una variable para tener en cuenta). En este caso resulta clave la capacidad de las infraestructuras de atender a la población objetivo. El problema del transporte es transversal a todos los territorios y se vincula al diseño de redes enfocadas en resolver las demandas de la producción y no en la satisfacción de las necesidades de la vida diaria.

A un nivel más desagregado, las poblaciones tampoco se distribuyen uniformemente. En los territorios, los hogares y familias suelen ubicarse en áreas en las que habitan otros hogares con características sociodemográficas similares. En zonas de gran densidad poblacional, estos nichos homogéneos pueden ocupar áreas muy pequeñas, y encontrarse adyacentes a otros con poblaciones con características sociodemográficas muy distintas. Es por este motivo que cualquier política pública situada debe aspirar a contar con información a un mayor nivel de desagregación espacial, para poder captar las especificidades territoriales, detectar zonas críticas de intervención y poder utilizar de manera más precisa los siempre-más-escasos-de-lo-necesario recursos disponibles.

Por último, la Argentina está en un proceso de transición demográfica que provocará un aumento de la población mayor de 60 años, un paulatino envejecimiento de toda la pirámide poblacional y la disminución relativa de la población de primera infancia. Este fenómeno provoca grandes desafíos para el país, pero entre ellos se destacan por un lado la necesidad de contar con infraestructuras y servicios que puedan cubrir las necesidades de una población creciente, y por otro el de formar y profesionalizar a quienes van a trabajar en resolver sus necesidades de cuidado.

D. Políticas públicas de cuidado

Los diagnósticos sobre la organización social del cuidado[9], con un sesgo marcado en el abordaje de la cuestión del cuidado de niños y niñas, confirman la familiarización de los cuidados, las brechas de género en el tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, el rol esencial de los arreglos comunitarios de cuidado y la insuficiencia y en muchos casos inadecuación de las políticas públicas de cuidado. Con esa base se comenzaron a plantear ya hace años propuestas concretas con dos ejes centrales: por un lado, la necesidad de ampliación de los esquemas de licencias vinculadas con el cuidado, y por el otro, la urgencia de ampliar y fortalecer la provisión de servicios de cuidado, en la lógica de un sistema integrado, tomando el caso del Uruguay como un ejemplo iluminador[10].

En este marco, al amparo de los compromisos asumidos por el país al ratificar, ya hace 25 años la Plataforma de Acción de Beijing y posteriormente, los sucesivos consensos resultantes de las Conferencias Regionales de la Mujer de América Latina y el Caribe, así como por el empuje de sectores académicos comprometidos con el tema y por la creciente atención que el activismo de mujeres y feminista le fue dando a la cuestión, se fue consolidando una agenda de los cuidados en Argentina.

En una primera instancia, esta agenda favoreció la generación de información que permitiera fortalecer los diagnósticos existentes. Así, por ejemplo, durante la década pasada se realizaron tres encuestas de uso del tiempo de nivel subnacional (dos en la Ciudad de Buenos Aires, en los años 2005 y 2016, y una en la Ciudad de Rosario en el año 2010), y un módulo de trabajo no remunerado en el marco de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, que se relevó durante el tercer trimestre del año 2013 y que produjo, si bien precariamente, información sobre uso del tiempo de nivel nacional urbano[11]. Posteriormente, la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social (ENES) relevada entre 2014 y 2015 incluyó la indagación sobre estrategias de cuidado, y aportó información novedosa con un buen grado de representatividad[12]. Más recientemente el INDEC, a fines de 2021, relevó la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021, cuyos resultados se publicaron en 2022.

También la agenda consiguió avances a nivel legislativo, con la presentación durante la última década de una gran cantidad de proyectos de ley que proponían desde ampliación de licencias hasta la creación de un sistema federal de cuidados en la primera infancia[13]. Sin embargo, ninguno de los proyectos consiguió avanzar más allá de la discusión en comisión. Adicionalmente, en este tiempo también se fueron abordando cuestiones de cuidado en el marco de las negociaciones colectivas, incluyendo en algunos casos cláusulas que reconocían el peso de las responsabilidades de cuidado y establecían compromisos para facilitar la conciliación entre vida laboral y responsabilidades familiares, incluyendo la prestación de servicios de cuidado (o el pago de componente salariales para adquirir estos servicios en el mercado), así como ampliación de licencias paternales y parentales más allá de lo establecido en la ley de contrato de trabajo[14]. En la misma línea, varias jurisdicciones subnacionales implementaron o ampliaron parcialmente las licencias paternales.

---

9 Constituyen diagnósticos pioneros en la materia: Faur (2009), Lupica (2010), Rodríguez Enríquez (2010), Sanchís y Rodríguez Enríquez (2011), ELA (2012), Esquivel, Faur y Jelin (2012), Giustiniani et al (2012), Pautassi y Zibecchi (2013), Repetto, Díaz Langou y Aulicino (2012), Rodríguez Enríquez y Pautassi (2014).

10 Diagnósticos más actuales y más amplios en su cobertura temática de la situación de la OSC en Argentina, con un fuerte eje en el relevamiento de las políticas existentes y componente propositivos, incluyen: Aulicino, Gerenni y Acuña (2015), Faur y Pereyra (2018), OIT et al (2018), Alonso y Marzonetto (2019), Rodríguez Enríquez, Marzonetto y Alonso (2019), ELA y Unicef (2020).

11 Para una observación crítica de las características de este módulo y un análisis de sus resultados ver Rodríguez Enríquez (2015).

12 Para un análisis de la información de la ENES sobre las dimensiones del cuidado ver Faur y Pereyra (2018).

13 Para una recopilación de los proyectos legislativos sobre cuidados ver Laya y Rossi (2015).

14 Laya (2015) presenta una sistematización de la inclusión de cláusulas de cuidado en los convenios colectivos.

1. Una nueva institucionalidad

Pero es con el último cambio en la gestión del gobierno nacional cuando la perspectiva de empujar concretamente políticas de cuidado en el marco de la construcción de un sistema federal integrado de cuidados comienza a tomar forma. El punto de partida es la creación del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, lo que pone al mecanismo para el adelanto de las mujeres en su nivel de estatus institucional más alto de la historia. La agenda de los cuidados cobra dentro del ministerio un lugar prioritario (junto a los temas de violencia y diversidad), creándose una Dirección Nacional de Políticas de Cuidado bajo la órbita de la Secretaría de Políticas de Igualdad. El cuidado ocupa un lugar en la estructura orgánica de la cartera desde donde pensar e implementar políticas públicas que posibiliten visibilizar y promover una organización social del cuidado más justa, que no reproduzca la feminización y precarización de estas tareas. Esta Dirección tiene a su cargo la gestión y ejecución de políticas públicas que promuevan la reducción, redistribución, remuneración y el reconocimiento del trabajo de cuidados, impulsando así una organización social del cuidado más justa y equitativa.

El horizonte de creación de un sistema federal integrado de cuidados se presenta desde el primer momento como una meta. En su sitio oficial, el Ministerio señala que "Una de nuestras prioridades es trabajar por una redistribución más justa de las tareas de cuidado", para lo cual se debe "dar visibilidad a la importancia de las tareas de cuidado en el sistema socioeconómico y a ubicarlas en el centro de la escena pública, a través del diseño de políticas integrales que involucren a todos los actores que tienen injerencia en la organización social de los cuidados en la República Argentina: Estado, mercados, comunidad (organizaciones sociales) y familias"[15].

Entendiendo desde el inicio que construir un sistema de cuidados implica un enorme desafío institucional, dada la variedad de agencias que se verían involucradas en las prestaciones de servicios de cuidado, en la regulación de dimensiones del cuidado y en su articulación con otras prestaciones dentro del sistema de protección social, y de políticas públicas de diversas áreas, el Ministerio junto a la Jefatura de Gabinete de Presidencia decidieron en 2020 la conformación de la Mesa Interministerial de Cuidados[16]. Esta instancia reúne a 14 organismos del Poder Ejecutivo Nacional[17] con el objetivo de debatir y planificar políticas que contribuyan a transformar la organización social del cuidado[18]. En este espacio, el MMGyD tiene a su cargo coordinar y reorientar hacia una perspectiva de igualdad de género, cuando sea necesario, los esfuerzos realizados por todas las dependencias y organismos que se ocupan de esta problemática. El objetivo primordial es construir un sistema integral y federal de cuidados respetuoso de los derechos humanos y que tienda a la igualdad de género.

El otro componente central de este proceso, lo constituye la Campaña Nacional Cuidar en Igualdad, que se plantea dos objetivos centrales: i) recuperar en clave federal territorial conceptualizaciones, saberes, conocimientos y prácticas pre existentes en los distintos territorios en torno a los cuidados que permitan detectar prioridades que nutran la formulación de política pública en materia de cuidados; y ii) propiciar la sensibilización federal en relación con las prácticas y políticas de cuidados, desde un enfoque integral, federal y de igualdad de género, promoviendo mayor conciencia

[15] https://www.argentina.gob.ar/generos/cuidados.

[16] https://www.argentina.gob.ar/generos/cuidados/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.

[17] Los organismos que integran la mesa interministerial junto al Ministerio de las Mujeres son los siguientes: Ministerio de Desarrollo Social; Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación; Ministerio de Salud; Ministerio de Economía; Ministerio de Desarrollo Productivo y las agencias: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI); ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad); ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social); AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos); INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), INAES (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social), y el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

[18] En este marco se alcanzaron acuerdos en torno a la noción de cuidados, de derecho al cuidado, de OSC, y se realizó una primera sistematización de las políticas existentes. Ver: "Hablemos de cuidado. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de género" (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf).

y corresponsabilidad colectiva sobre el derecho a cuidar y a recibir cuidados[19]. La principal línea de acción de esta campaña la constituyen los parlamentos territoriales de cuidado, que son "espacios de confluencia y diálogo de lógicas multiactorales en los territorios de carácter comunitario, institucional-estatal, académicas y culturales" de cuyo intercambio se espera la "generación de pisos de consensos colectivos que nutrirán la agenda pública de cuidados". A la vez que se busca sensibilizar sobre el tema, estos espacios permiten conocer las demandas específicas de cuidado, las condiciones en las que estas se construyen, los actores relevantes y tanto los consensos como las tensiones que podrían aparecer a la hora de avanzar con implementación o expansión de políticas concretas.

Finalmente, el eslabón central de este proceso lo constituye el proyecto de ley Cuidar en Igualdad enviado por el Poder Ejecutivo al Congreso de la Nación en mayo de 2022. El texto, que fue elaborado por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación junto al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, establece la creación del Sistema Integral de Cuidados de Argentina con perspectiva de género (SINCA) y la modificación del régimen de licencias en los sectores público y privado ampliando los derechos de las y los trabajadores gestantes, no gestantes y adoptantes que se desempeñen en relación de dependencia o sean monotributistas, monotributistas sociales o autónomos/as. El proyecto de Ley estuvo basado en el Anteproyecto "*Sistema Integral de Cuidados con Perspectiva de Género*" que fue resultado del trabajo de una Comisión Redactora, un número acotado de personas expertas en la materia que tuvo la misión de proponer el texto para una ley que enmarque normativamente a un futuro sistema federal integrado de cuidados, establezca sus principios rectores, sus componentes, su gobernanza, la población prioritaria a la que buscará atender, las prestaciones que debería incluir, los agentes prestadores, así como los mecanismos de financiamiento que deberían garantizar su funcionamiento. La Comisión Redactora se nutrió también de instancias consultivas con organizaciones interesadas y los organismos de competencia: sindicatos, cámaras empresarias y diversas organizaciones (feministas y de la diversidad, de la discapacidad, de la niñez, de las personas mayores y de la economía popular y social). Además, de los aportes realizados durante los parlamentos territoriales del cuidado de la Campaña Cuidar en Igualdad llevados a cabo en todas las provincias del país.

E. El trabajo conjunto entre el MMGyD y la CEPAL

La construcción de la agenda de cuidados tuvo el apoyo de la CEPAL en varias instancias. Puede mencionarse el apoyo al trabajo de la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado con la División de Asuntos de Género presentando conceptos, definiciones, importancia del cuidado, las tareas remuneradas y no remuneradas, para situar la discusión sobre el cuidado en el contexto latinoamericano. Y, especialmente, en el contexto de irrupción del COVID-19 y las medidas de aislamiento, social, preventivo y obligatorio, la realización de una serie de estudios sobre el impacto que estaba teniendo en la organización del cuidado y en el trabajo de las mujeres dentro y fuera de los hogares.

En este marco de políticas, el MMGyD se planteó la necesidad de la creación de un Mapa Federal del Cuidado (en adelante "el Mapa") y creó una dirección bajo su órbita para tales fines, la Dirección de Mapeo Federal del Cuidado (DMFC), dependiente de la Dirección Nacional de Políticas de Cuidado. La CEPAL y la DMFC, trabajaron en conjunto en la definición de la orientación y las funcionalidades del Mapa y acordaron también cómo realizar este desarrollo. El trabajo conjunto suponía la co-creación del sistema de información para la gestión, no un proceso con lógica de "llave en mano". Esto condujo a la contratación de un equipo de consultoras, Andrea Barbiero, Paula Dabós y Lorena Paz, acostumbradas a una dinámica de trabajo participativa mediante el uso de metodologías ágiles. Además, se estableció que el mapa debía localizarse en servidores del ministerio y ser gestionado por el personal del área, tanto en sus requerimientos técnicos de hardware y software por el área de sistemas, como en la actualización y mejoramiento de datos por parte de la DMFC. Por último, se previó garantizar el

[19] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/campananacionalcuidarenigualdad.pdf.

cumplimiento de los criterios estándar de accesibilidad establecidos por Ley. Las características de la población objetivo requirieron asegurar la accesibilidad con un enfoque de derechos, tanto para personas con cualquier tipo de discapacidad, como para personas en contextos de hardware antiguo, teléfonos con funciones limitadas y con baja o nula conectividad.

Con estos acuerdos se inició el proceso de diseño que se realizó en dos etapas. En un primer momento con una consultoría funcional corta que sistematizó el recorrido realizado y pautó el trabajo posterior de desarrollo. Y luego con una asistencia de desarrollo de software de varios meses.

El apoyo de CEPAL aportó otros insumos a la realización del Mapa que se presentan de forma parcial en este documento. Inicialmente se acordó la realización de un estudio conceptual sobre qué podría ser un mapeo de cuidados y su vínculo con la organización del cuidado y los sistemas de cuidado. Un estudio realizado por Corina Rodríguez Enríquez "Conceptualizar cuidados, oferta de cuidados y su mapeo" sistematizó esta perspectiva (sus aportes se resumen en los apartados A y B de esta introducción); estas reflexiones fueron realizadas, además, a partir de la experiencia concreta de elaborar un mapeo de cuidados que identifica y sistematiza la información básica para la construcción de un mapa en la Argentina. Esta experiencia de identificación y organización de la información sobre la oferta federal de servicios de cuidados es un segundo producto clave para la construcción del mapa, dado que propone una manera de abordar y ordenar la oferta de cuidados. Luego, fue complementado por otro, de Noelia Mendez Santolaria, sobre la oferta de formación de cuidados. Ambos mapeos se presentan en el capítulo II de este documento. Además, se realizó un estudio que nutre la fase analítica del Mapa federal: "Demanda de Cuidado en la Argentina. Propuesta metodológica para su estimación en el territorio", en el que Catalina Valencia atiende a la necesidad de conceptualizar y medir la demanda de cuidados con los datos disponibles en el sistema estadístico nacional. En esa línea precisa cómo se vinculan las poblaciones del Mapa con el cuidado y cómo puede estimarse la demanda que generan dentro de los hogares. El estudio finaliza con la propuesta de una escala para la estimación de cuidado no remunerado en los hogares que puede usarse a nivel de la población general o utilizando datos de composición de los hogares.

F. Organización del documento

En el primer capítulo, "El mapa hoy", se presenta en detalle la situación actual del Mapa Federal del Cuidado, las visualizaciones y funcionalidades, ya sea de la fase externa como interna. Además, se abordan los principales usos que ha tenido el mapa para el diseño de políticas, así como los próximos pasos a realizar. Las siguientes secciones presentan un resumen de los principales insumos que se produjeron para la construcción del Mapa. En el capítulo II se presenta consideraciones conceptuales y operativas para la sistematización e identificación de la oferta de servicios cuidados y de formación en cuidados en el país, cuyos resultados en forma de bases de datos fueron utilizados por el MMGyD como insumo para el Mapa. En el siguiente capítulo, "Desarrollo de la web", se detalla el proceso de construcción del sistema de información, la página web, la aplicaciones para la visualización en el celular y la fase interna, lo que involucra definiciones y expectativas que se plasmaron en distintas soluciones técnicas. Por último, el capítulo IV, atiende a la necesidad de conceptualizar y medir la demanda de cuidados con los datos disponibles en el sistema estadístico nacional. Se precisa cómo se vinculan las poblaciones del Mapa con el cuidado y cómo puede estimarse la demanda que generan dentro de los hogares. El estudio finaliza con la propuesta de una escala para la estimación de cuidado no remunerado en los hogares que puede usarse a nivel de la población general o utilizando datos de composición de los hogares.

I. El mapa hoy[20]

El Mapa Federal del Cuidado es el resultado de muchos meses de trabajo y de distintos aportes y desarrollos conceptuales, informáticos y de proceso que se presentan con más detalle en los capítulos que siguen. En este capítulo se sintetiza el punto de llegada actual y las funcionalidades de su uso. El Mapa cuenta con una herramienta web interactiva y una aplicación para el celular de acceso público con la localización de más de 34.000 espacios y servicios de cuidado que bridan cuidados a infancias, personas mayores y personas con discapacidad y más de 1.000 espacios/servicios que ofrecen formación en cuidados para aquellas personas que deseen capacitarse.

El Mapa colabora en la visibilización y socialización de los cuidados, al poner a disposición de las personas y familias la oferta de servicios de cuidado más cercanas a su domicilio de una forma sencilla y dinámica. Así, se favorece un mejor uso del tiempo de las personas que cuidan y se garantiza un mejor acceso a servicios de cuidado para las personas que lo requieren. Para el Estado, es una herramienta que permite construir diagnósticos sobre la forma que adopta la organización social de los cuidados en nuestro país y ubicar las necesidades particulares de cada territorio, con el objetivo de definir la localización y caracterización de la ampliación de infraestructuras de cuidado.

A continuación, se describen los dos productos principales del Mapa Federal del Cuidado:

- La Fase Externa de acceso público en https://mapafederaldelcuidado.mingeneros.gob.ar/
- La Fase Interna de acceso a funcionarios públicos

A. Fase externa del Mapa

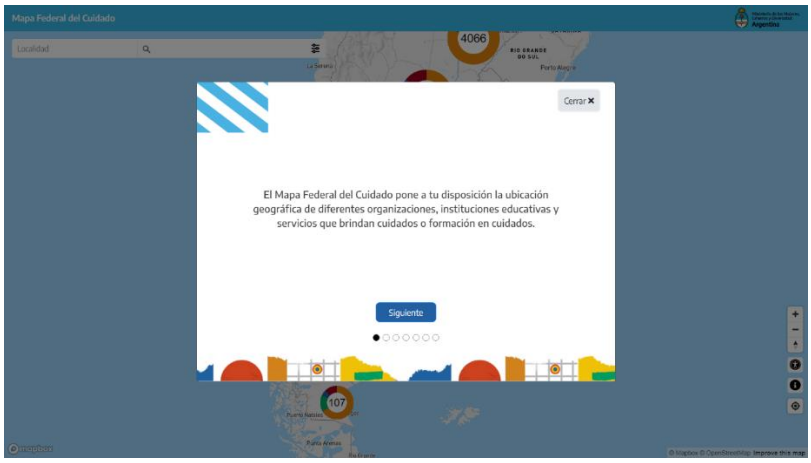
Esta fase de acceso público del Mapa es administrada por el MMGyD en sus componentes informáticos y de contenido. Su diseño se basó en software gratuito y fácilmente utilizable, cuya programación requirió un equipo ad hoc y una serie de innovaciones y especificidades, que son analizados en el capítulo III.

[20] Este capítulo fue elaborado por Cristian Silva Moreno y Yamila Nadur de la Dirección de Mapeo Federal del Cuidado (DMFC), dependiente de la Dirección Nacional de Políticas de Cuidado del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina.

1. Visualización y funcionalidades

Al acceder al Mapa se observa un instructivo que explica cómo navegarlo y brinda un breve resumen de la información que contiene.

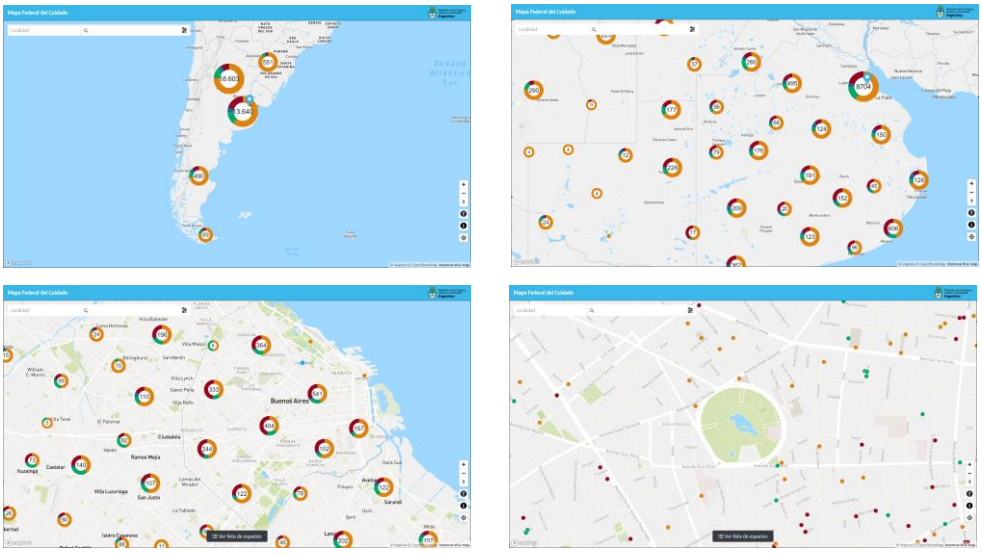
Imagen 1
Ingreso al Mapa



Fuente: Mapa Federal del Cuidado, Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

Al cerrar el instructivo, aparece el mapa con las instituciones de cuidados incluidas a nivel nacional. El botón de geolocalización permite conocer la ubicación de la persona que accede y visualizar las instituciones cercanas a su domicilio. Además, es posible hacer zoom o mover el mapa para navegar en él.

Imagen 2
Los servicios en el territorio: ejemplo de cuatro niveles de zoom



Fuente: Mapa Federal del Cuidado, Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

En el mapa, las personas pueden encontrar los espacios de cuidado más cercanos, así como buscar, filtrar y seleccionar aquellos que más se adaptan a sus necesidades. Con los filtros, además de

elegir la población se puede elegir el tipo de gestión del servicio: estatal, privada o comunitaria, y especificar el tipo de espacio que se busca, por ejemplo, residencia de larga estadía o centros de día.

Los espacios se encuentran organizados de acuerdo con la población a la que se encuentran dirigidos, al tipo de gestión y los tipos de establecimiento que brindan el servicio.

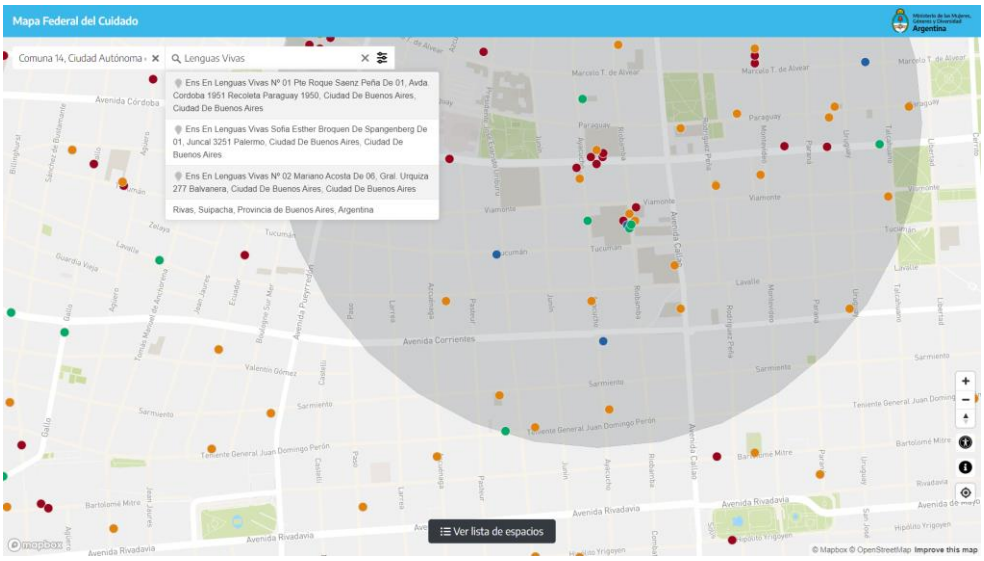
Cuadro 1
Criterios que organizan las instituciones

Tipo de gestión	Tipo de población	Tipo de espacio o institución
Públicas Privadas Social/Cooperativas	Infancias	Jardines Maternales y de Infantes Espacios provinciales y municipales Centros de Desarrollo Infantil Centros Integrales Comunitarios
	Personas con discapacidad	Establecimientos de educación especial
	Personas mayores	Agencias de Atención PAMI Residencias de larga estadía Centro de jubilados y jubiladas Centros de día Asistentes Domiciliarias y Domiciliarios
	Formación en cuidados	Formación Superior en Cuidados Formación Profesional en Cuidados Carreras de educación superior en cuidados Oficinas de empleo

Fuente: Mapa Federal del Cuidado, Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

También se puede usar el buscador inteligente que permite ingresar el nombre del establecimiento o la provincia. Una vez identificado el establecimiento y si la persona que accede se encuentra geolocalizada es posible consultar "Cómo llegar" a ese lugar ya sea a pie, en bicicleta o automóvil.

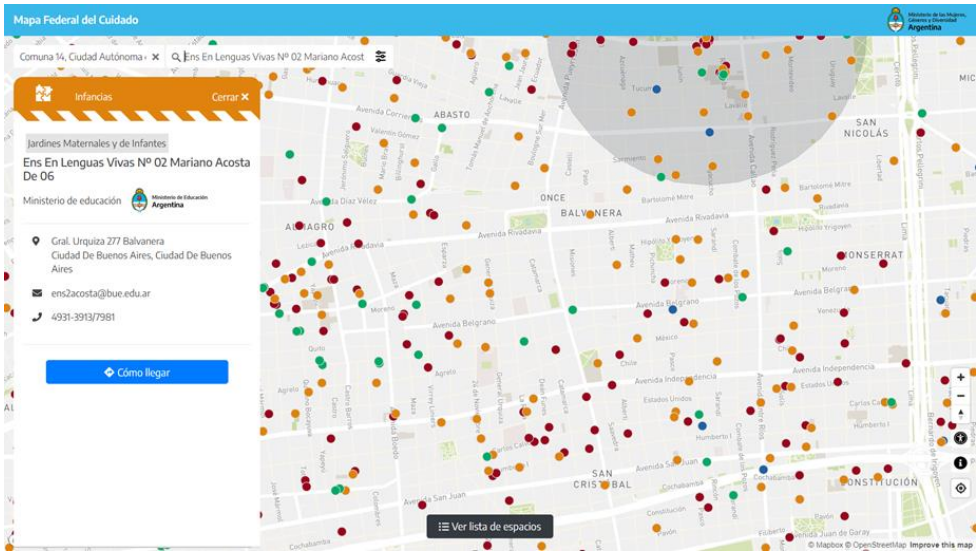
Imagen 3
Los servicios en el territorio: uso del buscador



Fuente: Mapa Federal del Cuidado, Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

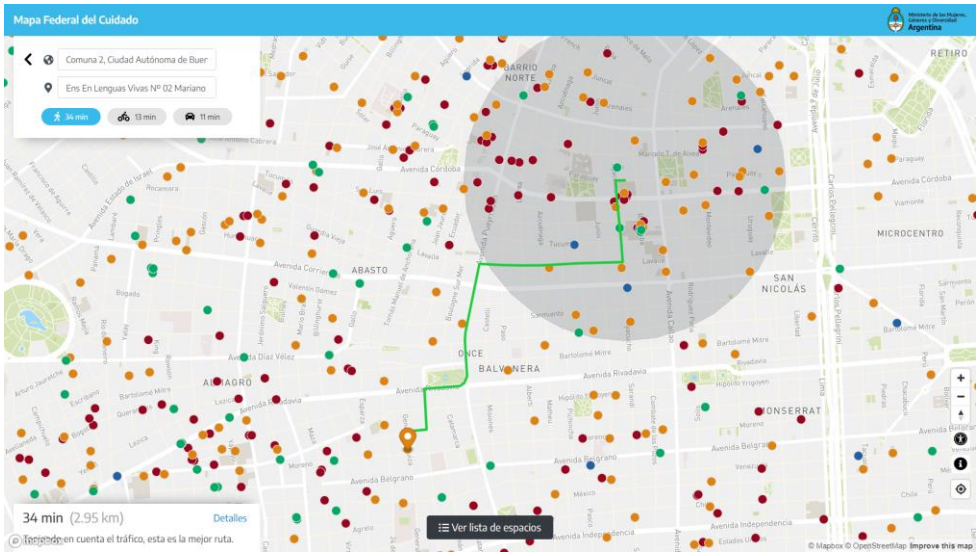
Al seleccionar un establecimiento se observa una ficha con el nombre de la institución, su ubicación, los datos de contacto y el organismo que brindó la información.

Imagen 4
Los servicios en el territorio: ficha con información de un establecimiento



Fuente: Mapa Federal del Cuidado, Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

Imagen 5
Los servicios en el territorio: recorrido para llegar al establecimiento



Fuente: Mapa Federal del Cuidado, Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

2. Innovaciones

El desarrollo del Mapa cuenta con una serie de innovaciones a destacar. Por un lado, es único al reunir en un solo lugar los establecimientos que dependen de diferentes organismos y jurisdicciones y en hacerlo de forma geolocalizada. Su desarrollo, además, atendió a los requerimientos de la dirección estatal responsable de su construcción y de la población a la que está destinada. Respecto a lo primero,

debe destacarse que se desarrolló a través de un software libre y que se diseñaron las herramientas para que su gestión y actualización pueda ser realizada por equipos no expertos en esos sistemas.

Entre los aspectos a destacar sobre el uso por parte de la comunidad se encuentran:

- Es un Mapa simple e intuitivo.
- Se puede ingresar desde cualquier dispositivo móvil (computadora, Tablet, celular, entre otros).
- Es un mapa limpio, no tiene otro tipo de información que puede provocar distracciones (comercios, restaurantes y similares).
- Si las personas se geolocalizan, pueden calcular la distancia al espacio que buscan ya sea a pie, en auto y en bicicleta, teniendo en cuenta las vías transitables.
- Posee varios criterios de búsqueda, por localidad, por establecimiento, además permite buscar por sinónimos o palabras de uso cotidiano, por ejemplo "geriátrico".
- Da lugar al intercambio, dado que habilita que las personas escriban y comenten o propongan agregar información.
- Permite agregar nuevos tipos de espacios o más información en los espacios existentes.
- Es accesible para personas no videntes y personas con ciertas afecciones visuales que le impiden distinguir colores[21].
- Puede descargarse y usarse fuera de línea.

B. Fase interna del Mapa

Los desafíos para la creación de políticas públicas que fomenten la corresponsabilidad y disminuyan las desigualdades presentes en la organización social del cuidado, demandan que se adopten políticas públicas basadas en evidencia, con el fin de hacer más eficiente el diagnóstico y la asignación de recursos. Es por este motivo que desde la DMFC se llevó a cabo la creación de lo que se denominó Fase Interna del Mapa Federal del Cuidado. Su objetivo es brindar una herramienta que colabore en la toma de decisiones basadas en evidencia. Su público objetivo es el de *policy makers* o tomadores de decisiones. Por este motivo, uno de los mayores desafíos fue poner a disposición y analizar un gran volumen de información y presentarla de una forma sencilla y amigable, que permita contar con resultados sintéticos y accesibles.

La Fase Interna se trata de una herramienta interactiva, puesta a disposición de funcionarias y funcionarios de los organismos que conforman la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado y de administraciones subnacionales que acuerden con la DMFC y quieran contar con este instrumento.

1. Visualización y funcionalidades

Se decidió la utilización de una herramienta basada en una solución de BI (*Business Intelligence*, o Inteligencia de Negocios). Este tipo de herramientas se encuentra fuertemente orientada a las personas usuarias finales (por lo que se evitan las complicaciones técnicas) con una arquitectura u organización de datos compleja, basada en la nube, pero que resulta accesible a quien la esté utilizando. En este caso permite la creación de una serie de reportes basados en tableros interactivos, con gráficos y mapas, y la selección por parte de las y los usuarios de diferentes variables, poblaciones y áreas.

La construcción de este sistema de tableros (y la normalización, sistematización y carga de la información de la que se nutre) se elaboró por el equipo de trabajo de la DMFC, y cuenta con el

[21] La accesibilidad de esta página web se guía por las normas y requisitos de accesibilidad establecidos por la Oficina Nacional de Tecnologías de Información (ONTI), entidad de aplicación de la Ley N° 26.653 de Acceso a la información pública, y cumple 30 de los 38 criterios establecidos en las Pautas de Accesibilidad de Contenido Web 2.0.

predominio de mapas interactivos, lo que significó un esfuerzo superior de desarrollo ya que las soluciones habituales no permitían el nivel de sofisticación y desagregación que se pretendía.

De la misma forma que en la Fase Externa, se impulsó un desarrollo pensado para el usuario o usuaria. Se le dio especial importancia a la UX (User eXperience, o experiencia de usuario) y la UI (User Interface, o interfaz de usuario) con el objetivo que sea lo más clara, amigable e intuitiva posible, sin renunciar a la profundidad del análisis. El enfoque puesto en la usabilidad atraviesa todo el trabajo realizado.

Imagen 6
Fase interna del Mapa

Fuente: Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

En su primera etapa, con la Fase Interna se puede:

- Navegar a través de un mapa interactivo.
- Navegar y seleccionar regiones, provincias y gobiernos locales.
- Filtrar y seleccionar regiones, provincias y gobiernos locales.
- Filtrar y seleccionar de acuerdo con la intensidad del cuidado en el área y/o la población con NBI.
- Contar con información relativa a la intensidad del cuidado, infraestructuras del cuidado, estadísticas vitales y datos poblacionales de la selección realizada.
- Visualizar la información en mapas, cuadros y gráficos

Además, una de las principales características del trabajo realizado es la flexibilidad y adaptabilidad. Las realidades regionales y territoriales son diversas. La Fase interna está diseñada con el objetivo de que, ante requerimientos específicos por parte de un actor regional o local, se pueda elaborar una respuesta también particular y situada que permita un diagnóstico certero. Es posible incorporar, según se requiera, diferentes fuentes de información, otros cruces o distintos niveles de desagregación territorial.

Imagen 7
Selección de filtros. Fase interna del Mapa

Fuente: Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

Imagen 8
Distribución de espacios de cuidado para personas mayores. Provincias de Corrientes, Entre Ríos y Santa Fe. Fase interna del Mapa

Fuente: Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

2. ¿Con que información cuenta?

Actualmente la fase interna cuenta con información sobre: 6 regiones del País; 24 provincias; 523 departamentos, partidos o comunas; más de 2.200 administraciones locales; más de 5.600 barrios populares; 368 localidades del Área Metropolitana de Buenos Aires; más de 52.000 radios censales; más de 34.000 espacios e infraestructuras de cuidado.

Dentro de la arquitectura de la Fase interna se utilizó información de diversas fuentes y de diversos tipos. Sin embargo, en el centro de la herramienta se encuentran:

- El indicador de intensidad del cuidado, elaborado en conjunto por la DMFC y la CEPAL que permite comprender la forma en que se distribuye la demanda potencial de cuidados en todo el territorio nacional y las desigualdades y heterogeneidades espaciales (cuya metodología y principales resultados se presenta en el capítulo IV).
- La base de datos de espacios educativos y de cuidados, así como de formación en cuidados, que nutre a la Fase Externa del MFC.

El cruce entre la oferta y la demanda potencial permite enriquecer el análisis y la toma de decisiones. Gracias a esta vinculación se pueden definir zonas críticas de intervención, con alta intensidad del cuidado y baja cobertura de servicios para cada una de las poblaciones. Además, la Fase Interna cuenta con otras fuentes de información que acompañan y completan lo anterior:

- Estadísticas vitales: con información provista por el Ministerio de Salud de la Nación, cuenta con datos relacionada al crecimiento de la población, mortalidad infantil y natalidad. En particular la mortalidad infantil se encuentra categorizada según se trate de mortalidad infantil neonatal (dentro de los primeros 30 días de nacimiento) o postneonatal (desde el día 31 al año de vida).
- Datos sociodemográficos: en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de 2010: se utilizan sobre todo datos de la estructura de la población y de necesidades básicas insatisfechas.
- Datos sobre barrios populares y la población que habita en ellos, con la base de información relevada por el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP).
- Datos de registros administrativos: datos sobre la distribución por sexo al nacer y edad y departamento de personas que cuentan con Certificado Único de Discapacidad (CUD), información provista por el Sistema de Información Tributaria y Social (SINTyS).
- Datos geográficos: información espacial a diferentes niveles de agregación.

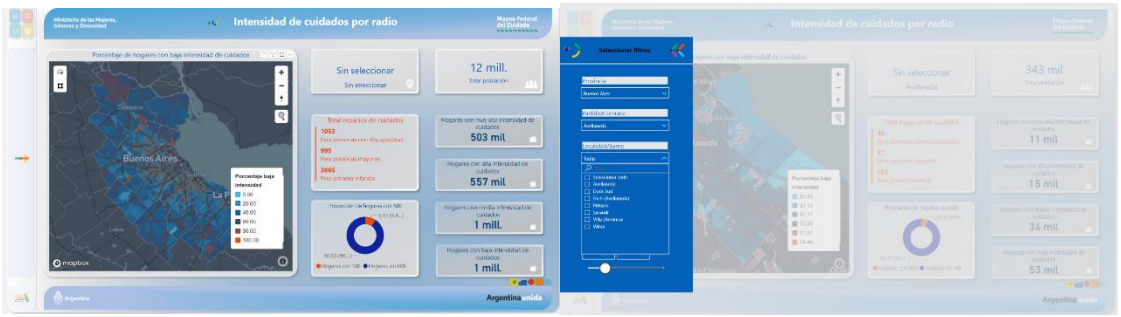
Información para una política situada

Para poder capturar la forma en que se distribuyen las desigualdades y heterogeneidades a través del país es necesario contar con información al mayor nivel de desagregación posible. A medida que aumentan los niveles de agregación territorial esas diferencias se diluyen lo que impide contar con evidencia fehaciente para la adopción de políticas públicas. Por igual razón, para servir como herramienta para la toma de decisiones, la información debe estar disponible para decisoras y decisores de los distintos niveles administrativos: nacional, provincial y local.

Para la construcción de la información se utilizaron radios censales[22]. Toda la información se construyó para cada uno de los más de 52.000 radios censales del país. A partir de los radios se reconstruyó la información por provincia, departamentos y administraciones locales. Para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los 40 partidos (así se denomina a los departamentos de la provincia de Buenos Aires, que a su vez son administraciones locales) que la circundan, se mantuvo la posibilidad de consultar la información a nivel de radio censal, barrio y localidad, debido a que, por su densidad poblacional, la información a niveles de mayor agregación no permitía capturar la realidad de los territorios estudiados.

[22] Un radio censal es la unidad estadística más pequeña con información. En áreas urbanas releva información de aproximadamente 300 viviendas, lo que en zonas de alta densidad de población representa solo unas pocas manzanas.

Imagen 9
Radios del Área Metropolitana de Buenos Aires y del Partido de Avellaneda y filtro de las localidades del partido. Fase Interna del Mapa



Fuente: Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

Por último, se remarcan dos desafíos superados en la construcción del instrumento. Por un lado, es imprescindible que los datos brinden información para los diferentes niveles de administración política. Sin embargo, no había información construida a nivel de administraciones locales. Por esto motivo, se construyeron los polígonos vectoriales (formas geográficas que demarcan áreas y son el insumo para la creación de mapas interactivos) de poco más de 2.200 administraciones locales. Esto, como se explicó previamente, permite presentar información para la administración política local y además otorga un nivel de desagregación mayor que el que se obtiene con la información a nivel departamental.

Por otro lado, entre las funciones incorporadas se encuentra la de calcular la distancia promedio a determinado espacio de cuidados. Para esto, se realizó la medición de la distancia de cada hogar a los espacios de cuidado. La modalidad escogida implico un desarrollo complejo. En primer lugar, en base a información del Instituto Geográfico Nacional (IGN) se obtuvo la capa de vectores de todas las calles del país y se la cruzó con la totalidad de las áreas urbanas, para obtener las calles urbanas. El siguiente paso fue armar a partir de los cruces de calles, las manzanas urbanas. Se eliminaron aquellas de gran tamaño o las que se identificaron, con herramientas de inteligencia artificial, como polígonos industriales o espacios verdes. Se obtuvieron alrededor de 750.000 manzanas urbanas. Se obtuvo el centroide (o centro geométrico) de cada una de estas manzanas y se calculó la distancia euclidiana (en línea recta) a la infraestructura de cuidados del tipo seleccionado más cercana. Finalmente, se pudo construir la distancia promedio en municipios y radios censales. Existe otro tipo de aproximación más precisa que permite identificar la distancia y el tiempo requerido para recorrer vías transitables (como se en las consultas puntuales que pueden realizarse en el Mapa para la ciudadanía). Sin embargo, este enfoque requeriría un enorme esfuerzo en términos computacionales, lo que atentaría contra la eficiencia del producto. La posibilidad de este segundo acercamiento queda disponible en caso de ser necesario para algún caso particular.

C. Algunos datos relevantes

De la información consolidada a partir de las diferentes bases de datos que construyen diversos organismos y las estadísticas generadas, se pueden acercar algunos datos preliminares y relevantes para conocer cómo se distribuye la oferta de cuidados en nuestro país y cómo se vincula con la demanda de cuidados.

Al visualizar en el Mapa la forma en que se distribuye la oferta de los cuidados, las áreas con escasa cobertura y la distancia entre los diferentes servicios resulta llamativa la forma en que los servicios de índole estatal se distribuyen de manera relativamente uniforme, mientras que aquellos que

tienen una mayor incidencia del sector privado se agrupan en espacios mucho más acotados, por lo general en zonas de medio o alto poder adquisitivo, y dejando amplias zonas sin cobertura.

En el Mapa, se identifican 22.980 espacios educativos y de cuidados para niños/as de hasta 5 años alrededor del país. Sin embargo, se estima que solo el 5% de niños/as de cero a dos años y el 40% de niños/as de tres años asiste a algún establecimiento educativo o de cuidados a nivel nacional. Estos datos adquieren relevancia cuando vemos que 7 de cada 10 hogares, que dedican horas diarias de cuidado a niñas y niños, son hogares de ingresos más bajos. Es decir, la ampliación de infraestructura de cuidados resulta clave para apoyar a las familias y evitar la profundización de las desigualdades. Por su parte, el 79% de los municipios del país no cuentan con residencias de larga estadía para personas mayores, dando cuenta de la necesidad de generar respuestas en esos territorios.

Si bien la Fase Interna se construyó como un instrumento interactivo que permite obtener información desagregada y situada espacialmente, también de los cruces de información realizados se pueden detectar algunos datos agregados interesantes que caracterizan a la organización social de los cuidados en el país:

- 3 de cada 10 hogares a nivel nacional cuenta con una intensidad de cuidados "alta o muy alta", es decir requieren una enorme cantidad de tiempo dedicado al cuidado para resolver sus demandas. Además, 6 de cada 10 hogares con necesidades básicas insatisfechas cuentan con una intensidad de cuidados "alta y muy alta", es decir el doble del promedio del total de hogares.
- Tres millones de hogares en los que habitan niñas y niños de hasta 15 años cuentan con alta o muy alta intensidad de cuidados.
- A nivel nacional hay más de 550.000 hogares monomarentales en los que habitan niñas y niños menores de 15 años. El 47% (264.000) de estos hogares cuentan con una intensidad de cuidados "Alta y Muy alta".
- Aproximadamente el 70% de los hogares ubicados en barrios populares tienen jefatura femenina. Esto da cuenta de la importante carga de cuidados que recae sobre los hogares más vulnerables y especialmente sobre las mujeres que habitan esos hogares.
- En 112 gobiernos locales urbanos, la distancia promedio de los hogares a espacios educativos y de cuidados es mayor a 1 km. En ellos habitan más de 83 mil niñas y niños de hasta 5 años.
- Las 1,4 millones de personas que cuentan con Certificado Único de Discapacidad (CUD) pueden ubicarse a nivel departamental, además de diferenciarlas por edad y sexo. Esto permite analizarlas frente a la disponibilidad de espacios de cuidado en el territorio, como con datos de poblaciones que declaran tener dificultades o limitaciones para realizar actividades en los Censos de población y encuestas del INDEC. Esto permitiría determinar algunas zonas de acción prioritarias.

D. Usos y próximos pasos

El Mapa Federal del Cuidado es un producto pensado como instrumento para el mejoramiento de la política pública y para una toma de decisiones situada y basada en evidencia. En ese sentido, la información procesada hasta el momento y la estimación de la demanda potencial de cuidados en todo el país fue utilizada como insumo para la evaluación de costos del SINCA, que forma parte del proyecto de ley "Cuidar en Igualdad".

Se utilizó, también, como fuente de información para la creación del Programa "Registradas", cuyo objetivo es promover la formalización de las trabajadoras de casas particulares (TCP). Este tipo de

empleo es, como en el resto de la región, llevado a cabo en su inmensa mayoría por mujeres, por lo general con bajos ingresos y necesidades básicas insatisfechas. La información del Mapa Federal de Cuidados, en especial la Fase Interna, permitió conocer las diferencias territoriales, la intensidad del cuidado de los hogares y en particular en aquellos monomarentales.

El énfasis en lo territorial y la política situada permitió que la información provista sea de utilidad para la creación de evidencia localizada para el MMGyD. En particular, sirvió para apoyar la tarea, por un lado, del programa "Equiparar", que tiene como objetivo fortalecer las políticas públicas y las acciones de la sociedad civil que garanticen la igualdad en la diversidad de mujeres y LGBTI+ con discapacidad para el acceso efectivo a sus derechos y el desarrollo de una vida libre de violencias de género. La Fase Interna permitió detectar zonas de intervención prioritarias mediante el cruce de la población que cuenta con Certificado Único de Discapacidad (CUD) y los datos censales de personas que informaron contar con alguna dificultad permanente. También permitió observar la masculinización del acceso al CUD, sobre todo en edades menores, y las diferencias territoriales en este sentido.

Por otro lado, la Fase Interna incorpora datos relacionados a las mujeres que habitan en zonas rurales o periurbanas (localidades de menos de dos mil habitantes) y sus características y condiciones sociodemográficas y de intensidad del cuidado, y es de utilidad para el programa "Sembrar Igualdad", que tiene como objetivo principal garantizar el pleno desarrollo de las mujeres y LGBTI+ en contextos de ruralidad, reducir las desigualdades en el acceso y control de recursos económicos, sociales y culturales y prevenir y abordar las violencias de género en este ámbito.

Próximos pasos

Para el crecimiento de la Fase Externa e Interna del MFC es necesario poder actualizar la información vinculada a las infraestructuras y servicios de cuidados y formación en cuidados para poder captar las realidades de los territorios. Esto requiere de un esfuerzo constante debido a la naturaleza dinámica de dichos servicios. Por este motivo desde la DMFC se realizan acuerdos con Universidades, gobiernos provinciales y locales, con el objetivo de obtener información para actualizar las bases de datos. También, se elaboraron instrumentos de relevamientos y se capacitó a actores locales para realizar la recolección en campo de información relevante. Además, se llevan adelante estrategias de captación de información cualitativa (por ejemplo, con mapeos participativos) que sirven como insumo para mejorar la sistematización de la información.

La información estadística y el indicador de intensidad del cuidado (capítulo IV) son el núcleo de esta etapa de la Fase Interna, y recibirán en poco tiempo dos actualizaciones muy importantes. Por un lado, la publicación de la base usuaria de la primera Encuesta Nacional de Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de 2021, en la que el MMGyD colaboró con INDEC, que permitirá actualizar la información sobre la que se construye el indicador de intensidad del cuidado. Por otro lado, la publicación de los datos definitivos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2022, esenciales para actualizar la información de la conformación de los hogares a todos los niveles de desagregación territorial.

La Fase Interna del Mapa Federal del Cuidado tiene como objetivo presentar información para la toma de decisiones de políticas públicas en relación con la situación de los cuidados en el territorio. Se espera nutrir este instrumento con nuevas fuentes de información. Los acuerdos con gobiernos provinciales y locales permitirán adaptar y realizar informes específicos para las necesidades de las unidades territoriales que así lo requieran.

II. Insumos para el mapeo de la información de la oferta de cuidados[23]

Una de las primeras etapas en la construcción del Mapa Federal del Cuidado, fue la sistematización y ordenamiento de la información existente respecto a normativas, áreas de gestión y fuentes de información de las instituciones y servicios de cuidado en el país. Ese mapeo tuvo como objetivos, la generación de un sistema de información de la oferta, demanda y brechas de cuidados para identificar déficits, gestionar y diseñar políticas públicas de cuidados. También se buscó generar los insumos para la provisión de información actualizada y accesible para las personas que buscan cuidado y las personas que trabajan en su provisión.

Para ello, en primer lugar, se indagaron otras experiencias internacionales para iluminar el trabajo que se buscaba hacer en la Argentina. Un resumen de esa experiencia es presentado a continuación. En la sección B se presenta una propuesta general de la estructura y contenidos de un mapeo federal de cuidados en la Argentina. En la tercera sección se resumen los principales resultados del mapeo en cuatro aspectos: 1) las normativas vinculadas a dimensiones de cuidado; 2) los servicios de cuidado para población "dependiente"; 3) los sistemas de registro y sistematización de las personas trabajadoras del cuidado; 4) los espacios de formación en cuidados.

A. Antecedentes regionales en mapeos, mapas y sistemas de gestión de información

En América Latina son varios los países que vienen avanzando políticas de cuidado en una clave de integración, si bien la construcción de sistemas de cuidados como tales es más escasa. En lo que sigue se toman de esas experiencias, aquellas que han abordado de manera más explícita la dimensión específica del mapeo y la gestión de la información[24].

[23] Este capítulo se basa en el mapeo realizado por Corina Rodríguez Enríquez en el marco de la consultoría para producir una propuesta de Mapa Federal de Cuidados y por Noelia Mendez Santolaria en el marco de la consultoría "Asistencia técnica para el relevamiento de entidades que brindan formación en cuidados". El marco teórico del mapeo es el que se encuentra reseñado en la Introducción de este documento. Las dos asistencias técnicas produjeron distintos documentos y bases de datos que fueron utilizados por los equipos del ministerio para la realización del mapa.

[24] Nota del editor: este relevamiento y sistematización fue realizada durante 2020.

1. El Uruguay

Por lejos el caso regional más notorio es el del sistema de cuidados del Uruguay[25], experiencia pionera que se convirtió en un faro y espejo donde reconocer enseñanzas y recoger advertencias. Este sistema se articula mediante diferentes espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial que cumplen diferentes roles. El organismo de mayor jerarquía, conformado por los diferentes sectores de gobierno, que establece los lineamientos, acuerdos, responsabilidades y plazos para la implementación del sistema es la Junta Nacional de Cuidados, presidida por el Ministerio de Desarrollo Social y conformada por las carteras de Economía y Finanzas, Salud Pública, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Instituto del Niño y el Adolescente (INAU), el Banco de Previsión Social (BPS) y el Congreso de Intendentes.

La Secretaría Nacional de Cuidados (SNC), dentro del Ministerio de Desarrollo Social es la responsable de la ejecución del SNCI y quien coordina la puesta en marcha de las políticas de cuidado con el resto de las instituciones que conforman el sistema. El Comité Consultivo de Cuidados es un organismo que integra a la articulación del sistema a los trabajadores, la sociedad civil, la academia y los prestadores privados de servicios de cuidados.

En relación con la gestión de la información y la información pública disponible, la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DIEM) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) creó un Subportal de Cuidados dentro del Observatorio Social orientado a apoyar el diseño y monitoreo de las políticas de cuidado y abonar a la transparencia y accesibilidad a la información pública. El portal brinda información sobre oferta y demanda de servicios de cuidados para las poblaciones destinatarias de la política (primera infancia, poblaciones con dependencia y cuidadores y cuidadoras). Además, cuenta con un sistema de indicadores relacionados con primera infancia, personas mayores o con discapacidad que requieran asistencia y personas que cuidan. Se contempla un apartado para los programas de formación y capacitación en cuidados y otro para estudios y documentos sobre el Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

En relación con la información para la ejecución y puesta en marcha de los programas, la Secretaría Nacional de Cuidados coordina los intercambios de información con las diferentes áreas de gobierno para llevar adelante los programas de Asistentes Personales, TeleAsistencia y Programas de formación para Cuidadores y Cuidadoras. Además, están en desarrollo sistemas para hacer que estos intercambios puedan automatizarse, acortando los tiempos y abonando a la integralidad intersectorial.

Por ejemplo, en este camino, la Memoria Quinquenal (2015-202) del Sistema de Cuidados, señala que existen diferentes mecanismos para el registro de los beneficiarios de los programas de cuidado disponibles. Los usuarios postulantes de los programas de Teleasistencia y Asistentes personales son cruzados con la información del BPS para determinar el nivel de ingreso del hogar. La información sobre el cupo de vacantes para cursos de formación se constata con el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) y se informa a quienes solicitaron la capacitación. La información de cuidadores y cuidadoras certificadas se valida con el Ministerio de Educación y Cultura mediante el Sistema integrado de Gestión Educativa.

En cuanto a la integración de la información del resto de los componentes del sistema, el artículo 225 de la Ley N° 1.935 dispone la creación del Registro Nacional de Cuidados, que debe centralizar y relacionar la información de todos los proveedores de cuidados, los usuarios de estos servicios, los institutos de formación y cuidadores y cuidadoras. Actualmente presenta diferentes grados de avance con respecto a sus cuatro módulos de información: proveedores de servicios de cuidado, usuarios, institutos de formación y cuidadores y cuidadoras habilitadas. El módulo de proveedores tiene por objetivo poder realizar un análisis integrado de la oferta y de la demanda del sistema además de ser un insumo clave para las políticas de fiscalización, regulación y formación. El módulo de proveedores, actualmente en desarrollo, incorporó una articulación con el Sistema de Monitoreo, administración y

[25] https://www.gub.uy/sistema-cuidados/.

resolución de Trámites (SMART) para que la realización del registro por parte de los proveedores de servicio de cuidado que implica el envío de documentación respaldatoria pueda ser realizado de manera online y facilitando el trámite.

Finalmente, en relación con experiencia de georreferenciación de la información sobre cuidados, la DIEM del MIDES es la responsable por la elaboración Sistemas de Información Geográfica (SIG), para lo que cuenta con un Departamento de Geografía que les brinda apoyo y del Sistema integrado de Información del Área Social (SIIAS). El SIG utiliza como insumos para la construcción de mapas relevamientos en el territorio, relevamientos cartográficos y la información de la administración pública.

El SIG permite ubicar en el mapa a las dependencias públicas del estado uruguayo y la oferta de servicios de cuidado del estado nacional[26], sin embargo, no se mapea la provisión privada ni comunitaria. Pero además de esta utilidad, los SIG permiten hacer análisis sobre oferta y demanda de servicios de cuidado públicos y focalizados[27].

2. Bogotá

El otro ejemplo regional que está ganando creciente atención es el del Sistema Distrital de Cuidados de la ciudad de Bogotá[28]. El mismo está destinado a las personas que cuidan y a las personas que requieren altos niveles de apoyo como los niños y niñas menores de 5 años, las personas con discapacidad y las personas mayores. Se plantea con un fuerte arraigo territorial, organizándose bajo la lógica de las "manzanas del cuidado", definidas como áreas que concentran servicios de cuidado con un criterio de proximidad (800 metros aproximadamente). Según señalan "esto permite empaquetar servicios de cuidado, existentes y nuevos, de forma próxima a los domicilios, permitiendo garantizar el acceso a servicios para quienes requieren cuidado, y ofrecer servicios para quienes cuidan".

En relación con la gestión de la información en este sistema distrital, en la ciudad de Bogotá, la información para la ejecución y coordinación de los programas a cargo de la Secretaría de Integración Social se maneja en el Sistema Integrado de Gestión que le permite realizar el seguimiento y evaluación de las políticas que diseña, ejecuta, y brinda soporte. Este sistema está a cargo de Subdirección de Diseño, Evaluación y Sistematización quien además lidera la adaptación de la Secretaría al nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) destinado a la administración distrital.

Una fuente de información clave sobre la demanda de cuidados a nivel del distrito lo constituye el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBÉN) que es un sistema técnico de información, diseñado por el Gobierno Nacional, que a partir de una encuesta realizada en la vivienda permite identificar y clasificar los hogares, familias y personas de acuerdo con sus condiciones de vida. La Secretaría Distrital de Planificación es la administradora de este sistema en Bogotá. Otro sistema de información que vale la pena mencionar es el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, realizado por la Secretaría Distrital de Salud realizado según los lineamientos del Sistema Nacional de Discapacidades que es una herramienta que permite recoger vía web información sobre dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia.

Adicionalmente la Secretaría Distrital de Planeación lleva adelante el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas Distritales-SSEPP, que según se indica en su sitio "es una herramienta que le permite a las entidades de la Administración Distrital registrar el avance sobre la implementación de las políticas públicas formuladas bajo el procedimiento CONPES D.C. La herramienta está dirigida a los servidores públicos distritales cuyas entidades lideran o tienen corresponsabilidad en la

[26] https://mapas.mides.gub.uy.

[27] Botto Nuñez y Detomasi (2015) presentan un ejercicio concreto de utilización de estas herramientas de georreferenciación para identificar dónde sería óptima la localización de nuevos Centros de Educación Inicial.

[28] http://www.sistemadecuidado.gov.co/index.html.

implementación de las políticas públicas, permitiéndoles registrar la información de avance cuantitativa, cualitativa y de ejecución presupuestal de los indicadores de las políticas públicas".

Finalmente, es se desarrolló un sistema de georeferenciación que, a partir de articular las bases de información existentes sobre los servicios públicos de provisión de cuidados, con un mapeo de los servicios privados y comunitarios construido a partir de *big data*, permita *matchear* oferta y demanda e identificar brechas de provisión de cuidado[29]. Vale destacar que para ello se cuenta dentro del área de gestión de la información y estudios estratégicos de la Secretaría Distrital de Planificación con un servicio de información cartográfica y estadística. Además, se cuenta con el Sistema de Información de Norma Urbana y Plan de Ordenamiento Territorial, que es donde se sistematizan los servicios de cuidado de administración pública vigentes.

3. British Columbia

Fuera de la región, pero aún en el continente, otra experiencia que vale la pena mencionar es la del *Child Care Map* de la provincia de British Columbia en Canadá, enfocado en la sistematización y mapeo de servicios de cuidado a la primera infancia habilitados y fondeados por el Fondo Operacional de la primera infancia[30]. Este instrumento identifica los servicios de cuidado en cada ciudad, permite calcular la distancias y recorridos para llegar, la edad de la población atendida, la cantidad de horas de atención y los programas (de alimentación, lenguaje, enseñanza especial, etc.) disponibles en cada establecimiento.

4. Enseñanzas

Algunas conclusiones que pueden extraerse de este brevísimo repaso de experiencias: i) los sistemas de gestión de información deberían ser un componente fundante de los sistemas de cuidados, y su diseño estar contemplado desde los inicios mismos del proceso; ii) es clave para poder construir sistemas sólidos y a su vez dinámicos y flexibles de gestión de la información, contar con fuentes de información robustas, que permitan caracterizar en cantidad y calidad las prestaciones de cuidado existente; iii) un buen sistema de rastreo de establecimientos donde se brindan los cuidados es relevante no sólo por la planificación de la oferta y el diseño de las políticas sino también para poder avanzar en términos de regulación y fiscalización de los servicios de cuidado; iv) los sistemas de registro y las bases de datos de censos de población son componentes esenciales de cualquier mapeo de cuidados y sistema de gestión de información; v) las encuestas específicas pueden ofrecer información más en profundidad, extrapolable cuando pueden dialogar con las fuentes de información registrales y censales; vi) los sistemas de georreferenciación son herramientas valiosísimas para gestionar los cuidados en terreno; la cuestión de dónde se proveen estos cuidados es fundamental; aun en países desarrollados (como el citado ejemplo de Canadá) existen problemas de alineamiento de la oferta y demanda de cuidados.

B. Definiciones, desafíos y alternativas del mapeo federal de cuidados en la Argentina

La realización de un mapeo federal de cuidados en la Argentina enfrenta desafíos específicos. A diferencias de las experiencias reseñadas del Uruguay (un país pequeño en población y extensión geográfica, y una organización política unificada) o Bogotá (una unidad territorial específica), la dimensión federal del caso argentino, sumado a la extensión de su territorio y la diversidad de su forma institucional lo vuelven especialmente complejo. Las responsabilidades tanto en los marcos normativos y la regulación, como así también en el propio diseño, implementación, financiamiento y gestión de la

[29] La CEPAL trabajó en forma conjunta con la Secretaría de la Mujer de la Alcaldía de Bogotá en la definición de criterios técnicos, una serie de indicadores con enfoque de género, orientados al diseño e implementación del Sistema de Cuidado y la construcción del mapa georreferenciado del Sistema Distrital de Cuidados de Bogotá (véase CEPAL, 2022).

[30] Disponible en: https://maps.gov.bc.ca/ess/hm/ccf/.

provisión de servicios están repartidas entre el nivel nacional y subnacional (principalmente provincias, pero en algunos casos también municipios). Por ello, la propia producción de la información que puede nutrir este mapeo se encuentra dispersa en estos diferentes niveles jurisdiccionales.

Teniendo en cuenta esos aspectos, en el mapeo se relevó: i) las normativas vinculadas a dimensiones de cuidado; ii) los servicios de cuidado para población "dependiente"; iii) los sistemas de registro y sistematización de las personas trabajadoras del cuidado; iv) la oferta de formación profesional en cuidados. Dos definiciones resultan básicas en este relevamiento: la definición de cuidados y la definición de "población dependiente". Estas definiciones están estrechamente vinculadas entre sí.

A los efectos de un mapeo, la definición conceptual de cuidados presentada en la introducción debe ajustarse en términos operativos. Una opción es utilizar una **definición operativa** estrecha de cuidados, contemplando exclusivamente las actividades directas de cuidado de personas que necesitan apoyos y asistencia. Otra opción es construir una definición amplia que pueda tener componentes o niveles. Así, un primer nivel podría ser la definición estricta o estrecha recién mencionada. Un segundo nivel podría ampliar esa definición para considerar el trabajo doméstico, entendido como el necesario para generar las precondiciones en donde el cuidado en sí puede ocurrir. Un tercer nivel podría ampliar esa definición para considerar además del trabajo de cuidado, las regulaciones vinculadas con ese trabajo y con la provisión de los cuidados. Un cuarto nivel podría ampliar esa definición para incluir la infraestructura necesaria para la provisión de cuidados, y aquellos servicios que podrían facilitarla.

La decisión de qué definición operativa de cuidados adoptar dependerá de los objetivos, las prioridades y muy centralmente de la disponibilidad de la información. En el caso del presente mapeo, se decidió incluir: i) el trabajo de cuidado directo y la provisión de servicios de cuidado de personas "dependientes"; ii) las regulaciones vinculadas a la provisión de cuidados de personas dependientes (incluyendo la regulación del trabajo en casas particulares).

La definición de personas "dependientes" resulta también compleja. De hecho, desde la mirada de la Economía Feminista se insiste en que las personas somos en realidad interdependientes, ya que todas necesitamos cuidados a lo largo de nuestra vida (con distinta intensidad y características) y todas podemos brindar cuidados (y lo hacemos con distinta intensidad). Por caso, una persona adulta puede auto percibirse autónoma en su propio cuidado y resolver de manera independiente las cuestiones cotidianas de la vida, pero de pronto sufrir un accidente menor y quebrarse la pierna, lo que inmediatamente la volverá dependiente de ciertos apoyos o asistencia para algunas cuestiones tan básicas como bañarse. De la misma forma, una persona con discapacidad motriz puede requerir asistencia para resolver algunas cuestiones de su vida cotidiana (por poner tomar el ejemplo anterior, podría ser para bañarse), pero aun así asumir responsabilidades de cuidado de otras personas, por ejemplo, cocinar para sus hijos/as.

La discusión en torno a la dependencia va asimismo de la mano de la discusión sobre la autonomía, y lo que se señala es que no necesariamente una persona calificada como dependiente en el cuidado carece de autonomía, incluso en relación con su autocuidado. Así, por ejemplo, una persona puede ser dependiente de apoyos o asistencia para resolver cuestiones de la vida cotidiana, como comer o higienizarse, pero aun así mantener autonomía sobre la decisión de qué comer o cuándo bañarse (con la asistencia de quien le brinde el apoyo necesario).

En el caso de este mapeo se decidió considerar el cuidado de personas que por su edad o condición física y/o mental requieren de apoyos y asistencia para resolver las cuestiones de la vida cotidiana, aun cuando se entiende que puede haber niveles muy diferentes en la intensidad y características de esas necesidades. Operativamente, se considera el cuidado para la primera infancia y para las personas con discapacidad y para las personas mayores que requieren apoyo y asistencia. Este recorte obedece a pensar en un mapeo que pueda servir de manera más urgente para identificar los déficits y facilitar la gestión del cuidado de esta población prioritariamente.

C. El mapeo de la oferta de cuidados

1. Mapeo de la normativa vinculada al cuidado

El relevamiento de la normativa vinculada a dimensiones del cuidado incluye dos componentes básicos: por un lado, el relevamiento de las normas que regulan las licencias laborales vinculadas con cuestiones de cuidado, y por otro las normas que regulan los programas y las prestaciones vinculadas al cuidado de la población dependiente.

El relevamiento de las normas que regulan las dimensiones del cuidado en el marco de las relaciones laborales es relevante ya que establece condiciones que pueden facilitar la articulación de las responsabilidades de cuidado con las obligaciones del empleo. Es importante tener también en cuenta las limitaciones que los esquemas de licencias vinculadas con el cuidado pueden tener, en particular cuando su acceso se ve determinado por la condición de formalidad o registración de los empleos, y en todos los casos por la condición de asalarización. Este es el caso de la Argentina, donde históricamente existe un 30% de piso de empleo informal, que se amplía considerablemente en tiempos de crisis económicas.

Las complejidades que enfrenta un relevamiento de licencias vinculadas al cuidado en la Argentina se vinculan con su carácter heterogéneo, ya que un mismo beneficio tiene diferentes características según se trate de un empleo en el sector privado o en el público, y dentro de este último, según el nivel jurisdiccional de que se trate. Por otro lado, en el ámbito privado, existen beneficios establecidos a través de negociaciones colectivas, e incluso directamente a nivel de las empresas (lo que es común en caso de filiales de empresas trasnacionales que desde sus casas matrices establecen beneficios de licencias que exceden las normas locales).

Por todo lo anterior, un mapeo de los beneficios de licencias vinculadas al cuidado en Argentina debe incluir: i) las consideraciones establecidas en la Ley de Contrato de Trabajo (LCT); ii) las leyes que regulan el empleo público en los diferentes niveles jurisdiccionales; iii) convenios colectivos específicos; iv) acuerdo en el marco de negociaciones colectivas, incluso de sectores comprendidos en la LCT; y v) información específica a nivel de empresas.

En relación con las normas que regulan los programas y las prestaciones vinculadas al cuidado, el mapeo requiere delimitar: niveles jurisdiccionales, población beneficiaria, tipo de prestaciones. También se requiere definir qué información de las normas se busca sistematizar, y algún criterio de ordenamiento y sistematización. Las fuentes de información también son determinantes del alcance del mapeo a realizar.

Se propuso ordenar el mapeo de normativa en tres ejes: i) normativa nacional; ii) normativa de programas nacionales; y iii) normativa provincial. La sistematización de la **normativa a nivel nacional** se apoya en el relevamiento y sistematización de la bibliografía que en el transcurso de la última década ha permitido construir diagnósticos sobre los programas y prestaciones existentes. La propuesta es partir desde la perspectiva de derechos, que permite identificar las normas que establecen y protegen no solamente dimensiones específicas del derecho al cuidado, sino también aquellas referidas a: derecho a la educación, derecho a la salud, derecho a la protección integral, derecho a la alimentación[31]. Para cada una de las normativas, se recabó información básica (Número y nombre de la normativa, año de sanción, resumen, etc.) y se la clasifico según: qué dimensión de derecho (cuidado, educación, salud, protección integral, alimentación) invoca la norma; el tipo de población que alcanza (personas mayores, personas con discapacidad o niños, niñas y adolescentes); y el tipo de servicio o prestación de cuidado (prestaciones médico-asistenciales, servicios de rehabilitación, instituciones de larga estadía, etc.)

[31] Se sigue aquí el criterio sugerido y aplicado por Rodríguez Enríquez y Pautassi (2014).

Las fuentes de información para *linkear* la legislación actualizada en el caso de la Argentina es el Sistema de Información Legislativa y Documental (Infoleg), el Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ) y las carteras nacionales responsables por los servicios relevados. En materia de normas vinculadas con el cuidado de personas mayores y con discapacidad que requieran asistencia es invaluable el aporte de Legisalud Argentina[32] y el Atlas sobre normativa Nacional y Provincial para Adultos Mayores publicado por el Ministerio de Salud de la Nación[33], que lleva adelante un relevamiento de normativa por temática.

En este sentido, se considera que sería de mucha utilidad para potenciar el mapeo federal de normativa de cuidados contar con una herramienta equivalente a Legisalud en todas las carteras vinculadas con el cuidado (Desarrollo Social, Educación, Trabajo, etc.) que facilite tipificar los programas (en el Uruguay y Chile existen instrumentos semejantes) e incluso para facilitar la extensa cantidad de normas provinciales que afectan este tipo de prestaciones.

Para el caso de la **normativa vinculada a programas de jurisdicción nacional[34]**, se incluyeron datos básicos (número y año del instrumento, nombre del programa, área responsable, destinatarios) y las dimensiones de enfoque de derecho, población alcanzada, y tipo de servicio de cuidado, ya mencionado.

El caso de la **normativa provincial** es complejo, dada su amplitud y heterogeneidad, y que no existe una fuente de información que centralice las normas de nivel sub-nacional. En este caso, la propuesta es ordenar la información por grandes grupos de población beneficiaria y prestaciones, desagregarlo por provincia e ir consignando en qué casos existe o no normativa su alcance, incluyendo: i) tipo de normativa, número y año; ii) autoridad de aplicación; iii) servicio o prestaciones que regulan, tal como lo nombra y define la normativa; iv) si es adhesión a una norma nacional o es regulación propia.

Los grupos de servicios y prestaciones para los que se mapea su normativa incluyen los siguientes:

- **Servicios de Cuidado Primera Infancia – Sistema Educativo Formal[35]:** Dentro de este eje se releva la normativa que aplica a los establecimientos del **Nivel Inicial** que cada provincia identifica dentro de esta unidad pedagógica (típicamente los Jardines de Infantes y Jardines Maternales)[36]. La fuente de información principal en este caso son los Ministerios de Educación de cada jurisdicción.
- **Servicios de Cuidado de Niños, niñas y adolescentes (NNyA) – fuera del Sistema Educativo Formal[37]:** Cabe notar que no todas las provincias cuentan con una ley específica para normar este tipo de servicios. Por lo mismo, esta sistematización requiere de un esfuerzo minucioso de relevamiento por las diferentes potenciales autoridades de aplicación[38].

---

32 http://leg.msal.gov.ar.

33 http://leg.msal.gov.ar/atlas/index.html.

34 Posterior a la finalización de este estudio el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad diseñó y puso a disposición el Mapa GenerAr, que posee información a nivel territorial de las instituciones, recursos y políticas de género y diversidad en la Argentina. Disponible en: https://mapagenerartst.mingeneros.gob.ar/.

35 En la próxima sección se define Educación Formal.

36 El nivel inicial es el primer nivel del sistema educativo (Ley N° 26.206, 2006) y se define como una unidad pedagógica para los niños de 45 días a 5 años inclusive (art. 18). Comprende el jardín maternal (45 días a 2 años) y el jardín de infantes (3 a 5 años). Desde 2014, las salas de 4 y 5 años son obligatorias, y el Estado nacional y los provinciales asumieron el compromiso de universalizar la oferta para los niños de 3 años (Ley N° 27.045).

37 En la próxima sección se define Educación No Formal.

38 En la Argentina hay una zona gris para ubicar a los jardines maternales o "guarderías", tanto en la distinción entre lo formal y no formal dentro de las áreas educativas -en la que suele corresponderse con la separación entre enseñanza oficial y no oficial-, como en sentido más amplio diferenciando lo supervisado por los ministerios de educación con lo que depende de otras áreas (como el Ministerio de desarrollo con los CPI). Debe señalarse que hay instituciones para la niñez en cada uno de estos sectores. Con los jardines maternales que no pertenecen a la educación obligatoria ni universal, existen algunas discrepancias entre quiénes deben habilitarlos (¿las provincias o los municipios?). Los criterios varían sustantivamente según las jurisdicciones.

- **Servicios de Cuidado de Primera Infancia – Empleo Público:** Incluye normativa del empleo público provincial que regule la provisión de servicios de cuidado para la primera infancia para las personas trabajadoras del Estado provincial.
- **Establecimientos de cuidado para personas mayores y con dependencia que requieran asistencia**. Este eje concentra información sobre la normativa que regula los centros de larga estadía y los centros de día.
- **Otros Servicios de Cuidado para personas mayores que requieran de asistencia**: Se completa la normativa referente a programas de provisión de servicios de cuidado para personas mayores provistos por las provincias relevando las áreas de salud y desarrollo social.
- **Servicios de Cuidado para personas con discapacidad que requieran de asistencia:** Vale mencionar que la mayoría de la normativa en este eje apunta a definir los límites y las características de la cobertura de servicios a las personas con discapacidad. Por lo diverso de los servicios, más que a la provisión, los esfuerzos del marco normativo apuntan a sistematizar los prestadores disponibles y habilitados, dar financiación para el acceso a estos servicios cubiertos (mediante subsidios y transferencias monetarias) y a certificar la discapacidad de las personas (y por lo tanto el acceso a los servicios).
- **Servicios de Cuidado brindados por trabajadores individuales para Personas con Dependencia**: Este eje incluye normativa provincial sobre cuidadores domiciliarios y/o polivalentes, Acompañantes Terapéuticos y Promotores comunitarios de Salud (también llamados Agentes Sanitarios).

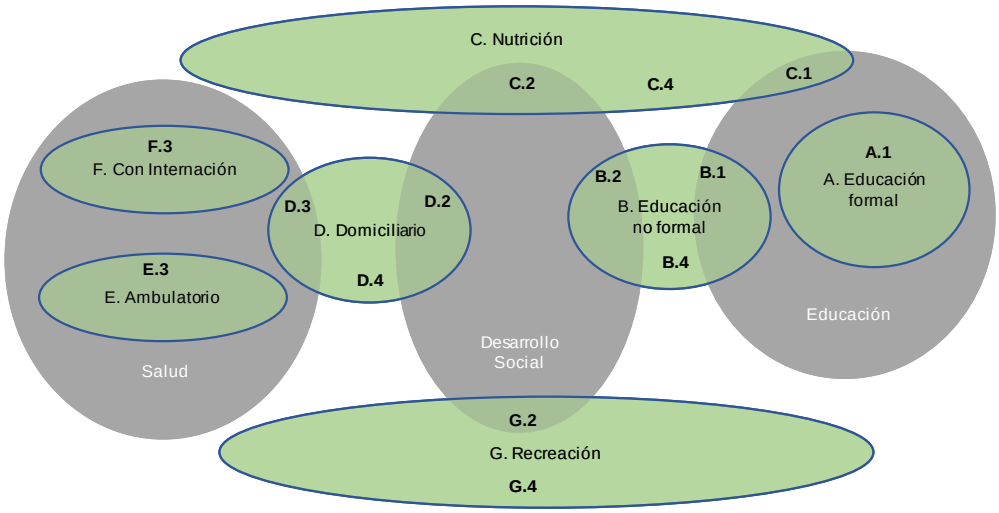
El mapeo de la normativa vinculada al cuidado brinda una plataforma exhaustiva para anticipar las prestaciones y servicios existentes de cuidado a nivel nacional y provincial. Las principales dificultades para mapear estas normas resultan: i) la inexistencia de una fuente centralizada que identifique a las mismas como vinculadas a dimensiones del cuidado, dado que muchas de ellas existen desde antes que la propia conceptualización de los cuidados tomara entidad; en este sentido, es importante tener clara la definición inicial de cuidados y la delimitación específica que se decida aplicar, de manera de identificar los campos normativos a sistematizar (por caso, educación, salud, protección integral, derechos laborales); ii) la enorme diversidad a nivel sub-nacional y la heterogeneidad de las fuentes de información en cada provincia; a este respecto resultan claves para poder avanzar el mapeo, los relevamientos y sistematizaciones ya existentes en la literatura sobre el campo; iii) la actualización de las normas; en este sentido se requeriría contar con algún sistema de alerta que identifique cuando las normas se modifican o se incorporan nuevas.

2. Mapeo de Servicios de Cuidado

El mapeo de servicios de cuidado requiere de definiciones operativas claras para evitar que el mismo se transforme en una tarea infinita. La propuesta es partir de las definiciones operativas ya reseñadas y relevar: tipos de establecimientos, población que atiende y el organismo del Estado responsable de aplicar la norma.

El diagrama 1 sintetiza y esquematiza el tipo de establecimientos relevante. A partir de la normativa se identificaron tres áreas de incumbencia (marcadas como esferas grises) que incluyen educación, salud y desarrollo social. A su vez, se identificaron 7 tipos de establecimientos/servicios (identificados con letras de la A a la G), con sus respectivos subtipos que refieren a la esfera a la que pertenecen (identificados por números del 1 al 3). En algunos casos hay establecimientos/servicios que quedan por fuera de las normativas relevadas y por fuera de las tres áreas de incumbencia identificadas (este caso se consigna con el número 4).

Diagrama 1
Esquema de áreas institucionales y tipos de servicios



Fuente: elaboración propia.

A continuación, se describe qué se incluye en cada una de estas tipologías:

a) Servicios de Cuidado Primera Infancia - Sistema Educativo Formal

Según el glosario de Estadísticas Educativas la *Educación Formal* "es aquella que permite la movilidad vertical de los alumnos, esto es, acredita para continuar los estudios en el año/ciclo/nivel siguiente. También permite la movilidad horizontal, es decir, ofrece la posibilidad de continuar el proceso en un nivel en un tipo de educación determinado, en otro tipo de educación (por ejemplo, un alumno de EGB Común que ha excedido el límite de edad para este tipo de educación puedo continuar dicho nivel en Educación de Adultos). Asimismo, se rige por normas que acreditan los estudios tanto en el plano nacional como en el internacional." Dentro de este tipo de Educación se relevan los **jardines maternales** y los **jardines de infantes** que conforman la unidad pedagógica del **Nivel inicial** y la modalidad de **Educación Especial** que existe dentro de esta unidad pedagógica. La provisión de este tipo de servicios puede ser estatal, privada o comunitaria.

b) Servicios de Cuidado NNyA - Fuera del Sistema Educativo Formal

Según el glosario de Estadísticas Educativas la Educación no Formal "es aquella que complementa, amplía y/o satisface las necesidades educativas no atendidas o cubiertas por la educación formal, de manera simultánea o no, respecto de las ofertas educativas formales. Cada servicio de la educación no formal puede tener su propia jerarquización y secuenciación independientemente de la educación formal como así también de otros servicios de la educación no formal. Está integrada por pre-talleres, talleres, alfabetización, formación profesional/capacitación laboral, cursos, servicios complementarios, jardines maternales, colonias educativas, apoyo educativo ". La provisión de este tipo de servicios puede ser pública, privada o comunitaria.

En el caso de los jardines que dependen de educación, son, por ejemplo, los jardines privados fuera de la enseñanza oficial o jardines comunitarios con alguna supervisión educativa (o recursos); en el caso de los que dependen de desarrollo social, están los CPI, CDI, etc.

c) Servicios que proveen asistencia nutricional

Incluyen comedores escolares, comedores comunitarios, merenderos, espacios de cuidado donde se ofrezca una copa de leche, ollas populares. Pueden ser de provisión pública, privada o comunitaria.

d) Servicios de Cuidado Domiciliario

Incluye todo aquel servicio de cuidado que sea brindado en el domicilio de la persona dependiente. Pueden atender a diferentes poblaciones y tener distintos grados de especialización y profesionalización terapéutica. La provisión puede ser pública, privada o comunitaria. Lo más común es que sea provisto por **trabajadoras individuales,** aunque para la atención a adultos mayores con dependencia existe el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios del Ministerio de Desarrollo Social[39], **empresas de internación domiciliaria** que ofrecen personas cuidadoras como parte del servicio y **asociaciones civiles** que capacitan personas cuidadoras especializadas en la tercera edad.

e) Servicios de Cuidado Ambulatorio

Comprende a los establecimientos como los **centros de día** o **centros de rehabilitación** en donde se llevan adelante actividades que contemplan el bienestar sociosanitario de las personas con dependencia.

f) Servicios de Cuidado con Internación

Comprende los establecimientos que además de una atención sociosanitaria brindan alojamiento o vivienda a las personas con dependencia. Se trata de los **establecimientos de larga estancia** que según el lugar pueden recibir el nombre de **hogar de ancianos, residencias geriátricas**, entre otros.

g) Servicios de Cuidado con fines Recreacionales

Son aquellas instituciones que llevan adelante actividades de integración social y recreativas donde se incluyan personas con dependencia. Pueden ser **colonia de vacaciones** no educativas, los **clubes** barriales, los **centros de jubilados**, etc.

Fuentes de información por tipo de servicio y esfera

Las fuentes de información para sistematizar la oferta de los distintos tipos/establecimientos de cuidado son diversas y en algunos casos, en la Argentina, dispersa o directamente inexistente. A continuación, se sintetiza las fuentes de información encontrada (o su ausencia) para el caso nacional.

Establecimientos y servicios comprendidos en la esfera de educación (A.1 + B.1)

- Ministerio de Educación de la Nación:
  - Secretaria de Evaluación e Información Educativa, Red Federal de Información Educativa
    - Padrón de Establecimientos Educativos
    - Relevamiento Anual (RA)
    - Sistema Integral de Información Digital Educativa (SInIDE)
  - Mapa educativo nacional: contiene datos georreferenciados
- La Red de Secretarías de Bienestar y Asuntos Estudiantiles de las universidades nacionales pertenecientes al Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) realiza un listado de los jardines maternales en el ámbito de las universidades nacionales.
- Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS): contiene el registro nacional de prestadores de servicios de atención y rehabilitación (Ley N° 24.901) e incluye entidades de prestaciones educativas.
- Sitio Digital Oficial de las carteras provinciales responsables de educación.
- No se encuentran fuentes que sistematicen los comedores escolares previstos en la ley nacional N° 26.206. (C1)

[39] https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/registrocuidadores.

Establecimientos y servicios comprendidos en la esfera de desarrollo social (B.2 + C.2 + G.2 + D.2)

- Sitio Digital Oficial del Ministerio de Desarrollo Social Nacional
- Sitio Digital Oficial de las carteras provinciales responsables por estas instituciones.
- Ministerio de Mujeres Género y Diversidad: relevamiento realizado por la Mesa interministerial de Políticas de Cuidado.

Establecimientos y servicios comprendidos en la esfera de salud (E.3 + F.3 + D.3)

- Ministerio de Salud de la Nación: Lleva adelante el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA).
- INSSJP - PAMI: Posee un Sistemas de Datos Abiertos con información sobre las prestaciones del organismo.
- Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS): brinda información sobre los responsables provinciales de esta área, en cuyos sitios digitales oficiales se puede recabar información. También consigna el registro nacional de prestadores de servicios de atención y rehabilitación (Ley N° 24.901).

Establecimientos y servicios fuera de las esferas públicas identificadas (C.4 + D.4 + B.4 + G.4)

La sistematización de información de este tipo de establecimientos y servicios de cuidado es muy dificultosa porque no se ha podido verificar la existencia de registros y bases de datos. A continuación, se nombran y se sugieren posibles fuentes de información:

- G.4 Clubes.
  - Para los que proveen algún servicio de cuidados la ley de impuesto a las ganancias prevé una exención, y por tanto la AFIP podría ser una posible vía para acceder a información.
  - El Ministerio de Turismo y Deporte podría también ser una fuente de información sobre las actividades realizadas por los clubes.
- G.4 Centros de Jubilados. No se cuenta con datos de localización, pero reciben financiamiento de organismos estatales que podrían por tanto constituirse en fuente de información para su mapeo.
  - El PAMI realiza transferencias monetarias para el fortalecimiento de estas instituciones por lo que una posible fuente de información es el Sistema de Datos Abiertos del PAMI. La información pública en la actualidad no es suficiente para acreditar localización
- D.4 Personas trabajadoras individuales de Cuidados Domiciliarios. Muchas personas trabajadoras que brindan servicios de cuidado de niños y adultos trabajan de manera informal pero dentro de las que sí están registradas se puede distinguir a aquellas que realizan tareas de cuidado gracias a la categoría que figura en el alta temprana que le da el empleador. Las posibles fuentes que explorar en este caso incluyen:
  - AFIP, a partir de la información de registración que podría permitir identificar tipo de cuidado brindado y jurisdicción.
  - El Registro de Cuidadoras Domiciliarias del Ministerio de Desarrollo que apunta a incluir a este tipo de trabajadoras.
- B.4 y G.4 Actividades extracurriculares: los servicios recreacionales son los menos regulados y existen diversas actividades en el marco de lo lúdico y el esparcimiento que se llevan a cabo por trabajadoras y trabajadores individuales que no entran dentro de la órbita de ningún organismo de control. Por ejemplo, profesoras de música, de baile, de gimnasia, de inglés, apoyo escolar, etc.
  - Podría explorarse en AFIP a través del registro de monotributo según código de actividad.
- C.4 Ollas Populares y Comedores sin financiamiento público: Muchos de los espacios que ofrecen un plato de comida o una merienda lo hacen en base a donaciones y trabajo de voluntarios.

- Existe un nuevo Registro Nacional de Comedores Comunitarios (RENACOM) de reciente creación.
- Las ONG y partidos políticos con trabajo en el territorio y que lleven adelante la tarea podrían ser una fuente alternativa para intentar sistematizar esta información.

Posibles limitaciones y dificultades con estos datos

El ejercicio de exploración de las bases de datos mencionadas permite advertir algunas **limitaciones y dificultades** que se detallan a continuación a modo de ejemplificar los desafíos a para construir un mapeo de cuidados.

Instituciones de cuidado dentro de la esfera de educación

En esta esfera se experimentan ciertos inconvenientes con las bases por falta de disponibilidad de datos o por fragmentación de aquellos disponibles para el público en general. Como se mencionó, las dos fuentes principales son el padrón de establecimientos educativos, que contiene un listado de instituciones de educación inicial sin coordenadas geográficas, pero con datos de domicilio, y el mapa educativo nacional, que contiene información geográfica de los establecimientos de educación inicial. A los efectos de contar con un mapeo georreferenciado, sería necesario combinar ambas fuentes de información, tarea que podría realizarse *matcheando* los establecimientos según el Código Único de Establecimiento (CUE).

La información del Padrón es más completa que la del Mapa educativo nacional porque permite saber, por ejemplo, en qué escuelas se dicta la modalidad de educación especial. Sin embargo, a los fines del Mapeo de Cuidados, existen algunos faltantes de información que vale la pena destacar. El relevamiento inicial no permitió detectar una fuente de registro de los comedores escolares que funcionan en estos establecimientos y si hay programas (de Nación o de las provincias) funcionando en los establecimientos. Por ejemplo, el programa de CABA de Alumnas madres, o el programa de Nación sobre nutrición y alimentación saludable. Por último, sería de mucha utilidad conocer las jornadas de atención que ofrecen, el superávit o déficit de la matrícula (personas que solicitaron cupos vs cupos disponibles) así como información de calidad de las prestaciones ofrecidas.

Instituciones de cuidado dentro de la esfera de la salud

En esta esfera los establecimientos y los servicios están fuertemente regulados por lo que se cuenta con bases de datos que abarcan muy acabadamente el conjunto de servicios que se pretende relevar, pero les asigna una clasificación donde el criterio que aporta la dimensión de los cuidados no fue tenido en cuenta. Estas categorías poco nítidas presentan algunos desafíos para la adaptación al Mapa Federal del Cuidado.

Dentro de todos los conjuntos de datos disponibles, se destaca la información provista por el Sistema Integrado de Salud Argentino (SISA) que lleva adelante el **Registro Federal de Establecimientos (REFES)**. La información aquí contenida se ordena según un clasificador cuyo estudio minucioso puede permitir identificar códigos específicos que podrían integrarse en el mapeo de cuidados[40].

Es importante tener en cuenta para la identificación de los servicios de interés que el registro es federal por lo que la resolución 263/2003 del Glosario de Establecimientos de Salud detalla qué tipo de establecimiento incluye cada provincia dentro de las tipologías antes descritas.

[40] En el relevamiento realizado para la construcción de esta propuesta, se identificaron por ejemplo los siguientes códigos como asociados a prestaciones específicas de población dependiente: código 15 es específico para servicios de cuidado con internación (también llamadas residencias de larga estadía) para adultos mayores; código 13 incluye servicios de cuidado de larga estadía para personas con problemas de salud mental (dentro de discapacidad); código 14, agrupa establecimientos muy variados, dentro de ellos existen instituciones que brindan cuidados a la población con dependencia (7, rehabilitación; 10 – geriatría; 14 – discapacidad); códigos 50, 52, 53 incluyen establecimientos que brindan cuidados tanto a adultos mayores como a personas con discapacidad junto con otro tipo de prestaciones.

Instituciones de cuidado dentro de la esfera de Desarrollo Social

En esta esfera la falta de un código unificado para identificar a los establecimientos y los servicios hace muy difícil comprobar los límites del conjunto de información. Asimismo, es particularmente difícil registrar y sistematizar los establecimientos y servicios por lo heterogéneo y variable de su provisión que se adaptan al vaivén de la necesidad.

La posibilidad de pensar en este caso en un sistema integrado de información como el SISA o el SINIDE es complejo, ya que estos establecimientos están en contextos de extrema vulnerabilidad y continuos cambios. Por ejemplo, pueden cumplir la función de cuidar niños y niñas y posteriormente transformarse en comedores. Asimismo, pueden no tener internet ni personal capacitado para realizar el registro. De hecho, uno de los principales problemas para terminar de implementar el SINIDE es la fata de conexión a internet de las escuelas. Incluso el SISA que es el sistema más consolidado y cuyo registro está a cargo de profesionales de la salud tiene problemas porque el registro se realiza de manera tardía y poco articulada entre los diferentes niveles de gobierno.

3. Mapeo de sistemas públicos y privados de registro y certificación de trabajadoras individuales

Este componente del mapeo se vincula con la estrategia de profesionalización de las tareas de cuidado como mecanismo para mejorar sus condiciones laborales. También es relevante a la hora de mapear la oferta de servicios de cuidado ofrecida por personas trabajadoras autónomas, por fuera de los arreglos institucionales habituales. Sistematizar los potenciales componentes de esta dimensión del mapeo implica relevar sistemas de registro y certificación de trabajadoras individuales del **sector público, el sector privado y comunitario.** Esta indagación se completa, en el apartado siguiente, con el mapeo de la oferta de formación profesional en cuidados. Esta formación es muchas veces una precondición para el registro y la certificación, pero sobre todo, una herramienta clave para la mejora, jerarquización y formalización de las tareas de cuidado.

Para el caso de la Argentina, a nivel del sector público se cuenta con el Registro de Cuidadoras Domiciliarias a cargo del Ministerio de Desarrollo Social creado recientemente[41]. Es una base de datos que verifica y acredita capacitación en cuidados domiciliarios de personas mayores con perfil de formación sociosanitario (no terapéutico, excluye acompañantes terapéuticos y enfermeros). Se requiere haber realizado un curso de formación y tener un certificado como cuidador/a domiciliario/a o similar como auxiliar gerontológico.

A nivel provincial existe normativa que crea registros para cuidadores domiciliarios, cuidadores polivalentes, acompañantes terapéuticos y promotores comunitarios de salud. En este caso no es homogénea la definición de cuidador domiciliario y/o polivalente pero la mayoría coincide en que realizan tareas de baja calificación y trabajan con adultos mayores y poblaciones dependientes, no contemplándose el cuidado de niñas y niños. Por el lado de los acompañantes terapéuticos, la normativa provincial los define como agentes de salud con formación teórico-práctica, con título habilitante superior universitario o no universitario expedido por una institución educativa avalada por el ministerio de Educación y que asisten a las diferentes poblaciones con dependencia. Finalmente, con respecto a la normativa provincial sobre los promotores comunitarios de salud (también llamados agentes sanitarios), las definiciones y funciones son heterogéneas según cada provincia pero coinciden en que son parte de los equipos de salud pública que participan de la atención primaria siendo un enlace entre sus comunidades y el sistema de salud y que detectan las necesidades de la comunidad y hasta pueden llegar a brindar algunas prestaciones de la atención primaria, como la vacunación.

[41] El registro fue creado en el marco de la Resolución SENAF N° 830 del 15 de junio de 2016 y por medio de la Resolución SENAF N° 167/2017 y su correspondiente ANEXO se ha reglamentado con fecha 20 de febrero de 2017. Disponible en: www.argentina.gob.ar /desarrollosocial/registrocuidadores.

A los efectos de un mapeo federal, sería importante contar con un diseño homogeneizado de los sistemas de registro a nivel nacional y provincial, y establecer condiciones claras de quiénes pueden integrarlo, pero a su vez lo suficientemente flexible como para incluir a la variedad de personas trabajadoras del sector. La implementación de un sistema de certificación de capacidades o competencias de personas trabajadoras autónomas en el sector de los cuidados podría servir de base para la construcción de un registro unificado.

La sistematización de registros y certificaciones en el sector privado resulta tan difícil como el mapeo de instituciones que prestan estos servicios. La propuesta es relevar los sistemas existentes bajo la órbita de sindicatos y de empresas de prestación de servicios de cuidado domiciliarios.

Por el lado de las agrupaciones sindicales, se pudo verificar que Unión de Personal Auxiliar de Casas particulares brinda capacitaciones y lleva adelante un centro de Empleo, que incluye un registro de egresadas de la Escuela para facilitar la contratación. Otra fuente posible para generar un registro de personas trabajadoras del sector de los cuidados son los sistemas de búsqueda de empleo. En la actualidad existen aplicaciones diseñadas para encontrar cuidadoras para niños y niñas, que podrían explorarse.

El otro gran actor del sector privado que puede ser fuente de información sobre las personas trabajadoras son las empresas de internación domiciliaria. La normativa que regula a este sector (Resolución Nº 704/2000 del Ministerio de Salud) contempla como parte de la estructura de recursos humanos a las y los acompañantes domiciliarios (Art. 8.9) que define como "*personas capacitadas para brindar servicios de cuidado y acompañamiento en el hogar, cuyo objetivo primordial es brindar ayuda al paciente y sus familiares (alimentación, higiene, control de la toma de medicamentos, actividades recreativas, etc.) satisfaciendo las necesidades de los mismos con un referente formador reconocido por autoridad sanitaria*". Sin embargo, esta norma no establece un régimen de capacitación ni certificación específico. Fuentes cercanas al sector indican que las empresas no llevan un registro de cuidadoras certificadas ni una capacitación mínima requerida para el puesto: trabajan mayormente por recomendación. Tampoco tienen planes de capacitación para las cuidadoras una vez que comienzan sus labores.

En relación con registros en el sector comunitario, la búsqueda para su sistematización es bastante aleatoria, en la medida que no existe una regulación de estas prestaciones. Puede señalarse como ejemplo a la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA) que brinda un servicio de capacitación y certificación de cuidadoras gerontológicas. Lleva adelante un registro de cuidadoras y un servicio de asesoramiento para que quienes buscan una cuidadora puedan encontrarla.

Si bien no llevan adelante registros y certificación vale también la pena mencionar a dos entidades que tienen una intensa agenda de capacitación para cuidadores de personas mayores o con discapacidad que requieran asistencia: i) la Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y Alteraciones semejantes de la República Argentina (A.L.M.A.)[42], y ii) el Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT) con sede en la Argentina, que es parte de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)[43].

Finalmente, un registro público que permitiría conocer la oferta de personas trabajadoras en los espacios comunitarios, y otras formas organizativas, es el recientemente creado Registro Nacional de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (Renatep)[44]. El registro permite distinguir la rama laboral de "Servicios Socio Comunitarios" y dentro de ella a las ocupaciones del cuidado directo de personas[45], a promotores de salud y a trabajadoras de comedores y merenderos comunitarios.

---

[42] https://www.alma-alzheimer.org.ar/es/quienes-somos.

[43] http://www.ciapat.org/.

[44] https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renatep.

[45] En el informe de abril de 2022 "Características laborales y productivas en la economía popular" se identifican a 23 mil trabajadoras del cuidado (ver https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/04/informe_-_renatep_-_abril_2022.pdf). En el informe, en relación con el elevado peso de la categoría "otros" en la rama "Servicios Personales y otros Oficios" se señala que una mejora del instrumento debería captar mejor y más ocupaciones, posiblemente estos ajustes también permitan captar más ocupaciones del cuidado.

Lo que el mapeo preliminar de estas instituciones públicas, privadas y comunitarias demuestra es la necesidad de contar, como parte de la construcción del mapeo de cuidados, con el diseño de un sistema específico de registro y certificaciones. Como lo demuestran los diagnósticos existentes sobre la organización social del cuidado, la contratación de personas cuidadoras es una estrategia habitual y extendida en ciertos sectores sociales y contar con este registro sistematizado permitiría no sólo conocer los déficits de cuidado a nivel de los hogares y las comunidades, sino también las condiciones de empleo de este sector de actividad. En este sentido podría transformarse en una herramienta muy concreta para la profesionalización de estas tareas, así como para pensar herramientas específicas que permitan ir avanzando en su desfemenización.

4. Mapeo de servicios de formación en cuidados

Este apartado complementa y amplía al anterior al poner el foco en la formación de las y los trabajadores del cuidado. Su objetivo fue identificar y tipificar las entidades en todo el territorio que brindan formación profesional sobre cuidados realizando un ordenamiento por tipo de entidad, tipo de oferta y entidades gubernamentales responsables de su supervisión y/o financiamiento por área ministerial (ej. Trabajo, Educación y Desarrollo Social) y nivel jurisdiccional y, además, relevar los datos existentes y disponibles sobre el tipo de formación.

La definición de formación en cuidados adoptada para el mapeo es la acumulación de conocimientos y capacidades necesarios para llevar a cabo el trabajo de cuidados. Los mismos se pueden adquirir en los siguientes ámbitos: a) en el proceso de socialización; b) en la educación básica (nivel inicial, primario y medio); c) en el de la educación técnico profesional; d) en el de la formación profesional; e) en el de la educación superior y f) en el ámbito de la experiencia laboral. De este modo, se decidió tomar en cuenta aquellas capacitaciones que correspondan al ámbito de la formación profesional entendiéndolas como la oferta de formación profesional en cuidados. Es decir, en este recorrido se excluyen otras formaciones vinculadas a algunos de los servicios de cuidados identificados en el apartado "2. Mapeo de Servicios de Cuidado" que se adquieren con titulaciones de varios años de duración en instituciones de educación superior universitaria y no universitaria, por ejemplo, docencia y enfermería.

Para comprender cómo se estructura el campo de la formación profesional en la Argentina es necesario puntualizar la normativa sobre la cual se asienta, lo que permite enmarcar su complejidad y heterogeneidad. En cuanto a la normativa que le da origen se identifica el Convenio N° 142 de la OIT sobre la orientación y la formación profesional en el desarrollo de Recursos Humanos, refrendado por la ley 21.662/77, en cuyo articulado establece que todos los Estados miembro deben adoptar y llevar a cabo políticas y programas completos y coordinados en el campo de la formación profesional. Asimismo, establece que se deben ampliar, adaptar y armonizar los sistemas de formación profesional vigentes con el objetivo de cubrir las necesidades de formación profesional permanente de jóvenes adultos en todos los sectores de la economía y en todos los niveles de calificación (Ley N° 21.662: Art. 1° y 4°). El marco normativo se complementa con la Ley 26.058/05 de Educación Técnico profesional y la resolución N° 434/11 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) que crea el Plan Estratégico de Formación Continua 2020 y la Resolución 784/20 del mismo Ministerio que establece el Nuevo Plan de Formación Profesional y Continua que aporta la novedad de tener una línea específica sobre economía del cuidado.

Retomando la conceptualización de las distintas dimensiones del cuidado, se elaboró el siguiente ordenamiento del relevamiento de los tipos de formación en cuidados para poder identificarlos como tales en la oferta de formación profesional existente (véase el cuadro 2).

Cuadro 2
Tipos de formación en cuidados

	Tipos de formación
Cuidado Directo	Certificaciones y capacitaciones que formen trabajadores de cuidado que estén en contacto directo con las personas cuidadas y les brinden: Conocimientos específicos sobre las necesidades físicas de la/s persona/s cuidadas sobre las técnicas apropiadas para la utilización del esfuerzo físico en el trabajo de cuidados. Conocimientos específicos del área de competencia, teniendo en cuenta las necesidades singulares de la/s persona/s cuidada/s. Conocimientos específicos sobre derechos sexuales y reproductivos y su especificidad tanto en las personas que cuidan como de quienes son cuidados. Conocimientos específicos sobre las diferentes técnicas y estrategias que permitan deserotizar la práctica de cuidados sin desafectivizarla de modo que el trabajo de cuidados pueda ser ejercido libre de violencias y abusos. Conocimientos vinculados al desarrollo de relaciones interpersonales adecuadas y libre de violencias en el ámbito laboral desde una perspectiva de derechos. Conocimientos sobre trabajo emocional para comprensión, evaluación y gestión de las propias emociones, así como las emociones del otro para que el trabajo pueda ser realizado, teniendo en cuenta la particularidad de las personas cuidadas, sus grados de dependencia y sus situaciones específicas.
Precondiciones para el cuidado	Certificaciones y capacitaciones que formen trabajadores de cuidado que provean las precondiciones en las que se realiza el cuidado y les brinden: Conocimientos específicos sobre el sostenimiento cotidiano de los espacios con el fin de garantizar un entorno seguro para la/s persona/s cuidada/s Conocimiento sobre la elaboración de alimentos y producción de bienes de consumo para la/s persona/s cuidada/s
Autocuidado	Certificaciones y capacitaciones para trabajadores de cuidado que consten de: Actividades de promoción/prevención que apunten al reconocimiento de las propias necesidades de cuidados de las cuidadoras. Conocimiento sobre derechos laborales, uso de elementos de protección personal y buen uso de los productos/insumos. Conocimientos sobre la gestión de los efectos adversos devenidos del trabajo emocional, relacional y sexual en el trabajo de cuidados.
Gestión del cuidado	Certificaciones y capacitaciones que formen trabajadores a desempeñarse en los servicios de cuidado que desarrollen actividades de administración y supervisión y les brinden: Conocimientos sobre coordinación de tiempos, actividades, transporte y provisión de insumos y recursos para la/s persona/s cuidada/s. Conocimientos referidos a la gestión de los recursos involucrados en la provisión de cuidado y del personal que los lleva a cabo.

Fuente: Elaboración propia.

Tipos de instituciones que brindan formación: públicas, privadas y comunitarias

El Ministerio de Educación a través del INET y el MTEySS desarrollan un rol central articulando y organizando el campo de la formación profesional, pero no son los únicos actores que intervienen. Existen otras carteras del Estado que implementan o han implementado programas de formación profesional en cuidados como el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud. Asimismo, las asociaciones representativas de los y las trabajadoras, las asociaciones representativas de las diferentes ramas de la producción, las organizaciones sociales, las asociaciones sin fines de lucro, las ONG, las instituciones públicas y privadas de formación profesional, diversos entes provinciales y municipales y Universidades públicas y privadas se constituyen como actores que ofrecen capacitaciones en este campo.

Formación técnico profesional

La formación profesional en el marco de la Educación Técnico Profesional es una oferta formativa particular que se rige mediante la Ley 26.058 de 2005 cuya autoridad de aplicación a nivel nacional es el Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET). Este organismo según la mencionada ley debe: desarrollar y administrar el **Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional**, el **Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones** y llevar a cabo el **proceso de Homologación de Títulos**

y Certificaciones. Además, es responsable del relevamiento y sistematización de las familias profesionales, los perfiles profesionales y participar y asesorar en el diseño curricular de las ofertas de Educación Técnico Profesional.

El **Proceso de Homologación de Títulos y Certificaciones** es de vital importancia para el ejercicio de la profesión en cualquier lugar del ámbito profesional. En la Argentina, la Educación Técnica Profesional, al igual que el resto de las modalidades educativas, se encuentra descentralizada por lo que cada jurisdicción diseña las certificaciones y perfiles profesionales[46] de acuerdo con sus propios lineamientos y dicha certificación es válida solo en su territorio. Para que el certificado del curso tenga validez en otra jurisdicción, la autoridad provincial solicita un proceso de homologación al INET. Este proceso[47] consiste en el análisis de planes de estudio, relativos a titulaciones técnicas o certificados de formación profesional, y su evaluación comparativa a partir de un conjunto de criterios básicos y estándares indicados como referencia para cada uno de ellos (llamados marcos de referencia[48]), a efectos de establecer su correspondencia. La existencia de los marcos de referencia facilita los procesos de homologación.

Por último, el Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones (CNTyCETP) sintetiza la oferta de educación técnico profesional de nivel secundario, superior y formación profesional de gestión estatal y privada. Es federal, ya que se realiza en base a la información suministrada por cada una de las 24 jurisdicciones y se actualiza anualmente. Nuevamente, por la naturaleza de la oferta de formación profesional, la publicación de esta información no quiere decir que se trate de una oferta permanente, sino que da cuenta de que en las instituciones listadas se impartió un curso con la certificación de interés en la fecha relevada.

Otros tipos de formación relevada

Existen otros actores intervinientes en la formación profesional en cuidados que no se incluyen en la oferta sistematizada por el INET porque la oferta formativa no se ajusta a lo definido en la mencionada Ley de Formación técnico profesional. Son numerosas las capacitaciones laborales para las y los trabajadores que no pertenecen a la esfera de la educación técnica y que resultan de interés para el presente relevamiento. Un problema para caracterizar a este tipo de oferta es que en general no fue posible hallar un registro sistematizado y disponible al público sobre los perfiles profesionales, el alcance de la titulación o certificación y las entidades habilitadas a impartirlos.

Capacitaciones de entes públicos gubernamentales

El Sistema Nacional de Formación Continua (Res. MTEySS N° 434/2011) tiene el objetivo de estructurar, sistematizar e impulsar programas, proyectos y acciones desarrolladas en el ámbito del MTEySS dirigidos a mejorar las competencias, habilidades y calificaciones de las y los trabajadores. Se articula mediante Consejos Sectoriales de Formación Continua y Certificación de Competencias Laborales y cuenta con una Red de Instituciones de Formación Continua.

Los Consejos Sectoriales están constituidos por representantes de las y los trabajadores y de las y los empresarios de cada sector de actividad y por el MTEySS. Su importancia radica en el aporte a la definición de los oficios a través de normas de competencia laboral, al ordenamiento de la oferta formativa, a la identificación, fortalecimiento y certificación de calidad de las instituciones de formación y a la certificación de competencias de los y las trabajadoras.

---

[46] La Res CFCyE Nro. 261/06 define perfil profesional como la expresión ordenada y sistemática, verificable y comparable, de un conjunto de funciones, actividades y habilidades que un profesional puede desempeñar en el mundo del trabajo y la producción. Permite definir su profesionalidad al describir el conjunto de actividades que puede desarrollar, su campo de aplicación y sus requerimientos.

[47] De acuerdo con la definición del Glosario del CNTyCETP Disponible en: http://catalogo.inet.edu.ar/pages/glosario.

[48] Se toma la definición de marco de referencia según Res CFCyE Nro. 261/06: conjunto de los criterios básicos y estándares que definen y caracterizan los aspectos sustantivos a ser considerados en el proceso de homologación de los títulos o certificados y sus correspondientes ofertas formativas, brindando los elementos necesarios para llevar a cabo las acciones de análisis y de evaluación comparativa antes señaladas.

Entre los múltiples consejos sectoriales[49] se destacan el de servicios de casas particulares (Weinberg, 2014) y el del sector de Salud. A pesar de no estar nombrados como tales, son espacios directamente relacionados al sector de cuidados. A finales de 2020, se trazó un nuevo plan de formación profesional continua que incluye una línea de formación en cuidados en el Ministerio. Esta novedad podría contribuir al ordenamiento y consolidación de la formación en cuidados, así como al reconocimiento de la importancia que tienen a nivel social tanto el trabajo de cuidados como sus trabajadoras y sus procesos de formación profesional y continua (en el marco del Nuevo Plan de Formación Profesional y Continua Res. MTEySS N° 784/20). En este plan se crea una Línea de Formación para la Economía del Cuidado cuyo objetivo es "desarrollar acciones de formación y profesionalización de trabajadoras y trabajadores de los servicios de casas particulares y cuidados de personas, desde la perspectiva de corresponsabilidad social de los cuidados y la promoción de acciones afirmativas de apuntalamiento de la igualdad de géneros" (Resolución 784, 2020: Art 30°).

El Ministerio de Salud ofrece formación a los equipos de salud dentro de los cuales desarrollan sus actividades trabajadoras que brindan cuidado directo (como los agentes sanitarios, promotores de salud, acompañantes terapéuticos, enfermeras, cuidadores polivalentes, etc.). El área de Formación Permanente en Salud (EPS) proporciona asesoría pedagógica y asistencia técnica para el desarrollo de propuestas educativas a las dependencias del ministerio y realiza el monitoreo de los cursos. Para integrar los procesos de formación y capacitación, que se llevan adelante en las diferentes dependencias ministeriales, cuenta con el Sistema de Gestión Integral y Registro de la Formación y Capacitación de los Equipos de Salud (res. Ministerial 210/2019[50]) a cargo de la Dirección Nacional de Capital Humano.

El Ministerio de Desarrollo Social ofrece formación para los y las trabajadoras de la economía popular, en especial a trabajadores/as del cuidado de los espacios comunitarios (comedores, centros y jardines comunitarios) y a domicilio. Se identificaron, en base a Siempro (2021), capacitaciones brindadas por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y de la Dirección Nacional de Seguridad Alimentaria (DINASA) dependiente de la Secretaría de Inclusión Social (SIS). Con respecto a las prestaciones del Programa Nacional Seguridad Alimentaria previstas por la DINASA la prestación se limita a financiar las actividades de capacitación, pero provee una instancia de evaluación de las propuestas.

Capacitaciones de Sindicatos, asociaciones y universidades

Se identificaron cursos de formación de la Escuela del Servicio Doméstico de la Unión del Personal Auxiliar de Casas Particulares que otorgan certificaciones avaladas por el Ministerio de Trabajo. Como señala Marta Roncoroni (2018) la escuela se desarrolló gracias al apoyo del MTEySS que desde 2008 brinda recursos para la implementación de cursos de formación profesional y fortalecimiento institucional.

Las capacitaciones de asociaciones de la sociedad civil son más difíciles de identificar, a modo de ejemplo la Cooperativa de Trabajo de Cuidadores Domiciliarios Mar del Plata Ltda.[51] en la provincia de Buenos Aires brinda capacitaciones para cuidadoras domiciliarias que incluyen talleres específicos como: RCP, Primeros Auxilios, Movilidad, Deterioro Cognitivo, Demencias y Cooperativismo y Asistencia a la problemática familiar del Adulto y del Cuidador (aspectos psicológicos).

Se identificaron algunas certificaciones y diplomaturas de interés que se dictan en universidades. Cabe destacar que las diplomaturas corresponden al área de extensión de las universidades y pueden ser tanto gratuitas como aranceladas, dependiendo de la Universidad y la diplomatura. Algunas de ellas son resultado de la colaboración con otras instituciones estatales, como las mencionadas anteriormente, que funcionaron articuladamente con el programa de formación de Cuidadoras del ministerio de Desarrollo social de la Nación.

[49] Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/trabajo/consejossectoriales.
[50] Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-210-2019-319665/texto.
[51] Para más información sobre la conformación de la cooperativa consultar Scolni y Palacios (2019).

Principales instituciones que brindan información

Así como se identificaron diferentes actores que brindan una oferta de formación profesional, existen múltiples registros (nacionales y provinciales) de entidades de brindan formación profesional.

INET - Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional

Como se mencionó, el INET desarrolla y administra el Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional (RFIETP). En el RFIETP se inscriben las instituciones que emiten títulos y certificados de Educación Técnica Profesional. El RFIETP contiene los datos básicos de establecimiento (nombre de la institución, dirección, localidad, departamento, teléfono, director, entre otros), e información referida a los planes de estudio (títulos, cantidad de horas taller en la semana, cantidad de matriculados, de secciones, entre otras. Existen tres tipos de instituciones dentro del RFIETP:

- Instituciones de educación técnico profesional de nivel medio.
- Instituciones de educación técnico profesional de nivel superior no universitario.
- Instituciones de formación profesional. Centros de formación profesional, escuelas de capacitación laboral, centros de educación agraria, misiones monotécnicas, escuelas de artes y oficios, escuelas de adultos con formación profesional, o equivalentes.

MTEySS - Red de Instituciones de Formación Continua

La Red de Instituciones de Formación Continua del Sistema Nacional de Formación Continua no tiene -a la fecha- un registro disponible al público sobre las entidades que participan en la red. Sin embargo, Resolución MTEySS 550/2020 promueve la identificación, registro y certificación de las instituciones de formación profesional y de su oferta formativa, con el objeto de fortalecer la Red.

SISA-REFEPS - Datos sobre instituciones y matriculación de los trabajadores

La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) es otra fuente de información sobre formación de profesionales de la salud permite vincular las certificaciones de interés con los establecimientos que otorgan las mismas y los colegios de matriculación (en caso de que la profesión lo requiera). Estos datos pueden consultarse a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

El REFEPS es la articulación de los registros de profesionales de todas las provincias y allí se identifica de forma única a cada profesional de salud mediante el Código Federal de Profesionales de Salud. Para armonizar las profesiones que constituyen el sistema, el REFEPS utiliza dos variables para identificarlas: 1) La variable *profesión* respeta el nombre del título que es plasmado en las matrículas que las provincias emiten; 2) La *profesión de referencia* que es la denominación genérica a nivel nacional que abarca todas las denominaciones provinciales que se refieren a una misma profesión[52]. Cada profesión (tal y como la nombra la provincia) está asociada a una profesión de referencia y el REFEPS permite saber si una profesión (y por consiguiente la profesión de referencia) requiere matriculación en alguna jurisdicción.

Las profesiones del REFEPS se asocian a Instituciones Formadoras ya que cuenta con un registro de instituciones que forman profesionales de la salud en el país (como así también de instituciones extranjeras con títulos convalidados o revalidados para el ejercicio en la Argentina). Además, registra las carreras que se dictan o han dictado estas instituciones y la normativa correspondiente que identifica la validez nacional de los títulos que emiten (Williams y Pereyra, 2015). Sin embargo, a través de la información pública disponible no es posible identificar unívocamente las titulaciones y certificaciones de interés con las instituciones que brindan la formación.

[52] Ver: https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps_if_profesion.jsp.

Este registro tiene la potencialidad de vincular entidades formadoras con las certificaciones, ya que, al cargar la ficha profesional al REFEPS se debe declarar de forma obligatoria, además de su profesión y la profesión de referencia, la entidad formadora que emite el título[53].

Registros de Entidades Provinciales

Los registros que se pudieron relevar dependientes de autoridades provinciales se vinculan con las áreas sustantivas de la formación técnica profesional. La calidad de la información presenta ciertas deficiencias debido a que la mayoría de las provincias no informa la fecha de actualización de la información y, cuando lo hacen, se tratan de registros desactualizados. Además, en estos casos tampoco fue posible vincular la entidad con la oferta formativa en cuidados. Como ventaja se puede destacar que algunas de ellas presentan información georreferenciada de las entidades, algo que ninguna otra fuente ofrece.

D. Aprendizajes para la construcción del Mapa Federal del Cuidado

El proceso de construcción de un sistema federal integral de cuidados requiere de pasos sucesivos y simultáneos que permitan identificar los déficits de cuidado que requieren ser atendidos y las mejores maneras de hacerlo, a la vez que vaya sentando las bases de un conjunto articulado de políticas transformadoras. El mapeo federal de cuidados que se presentó en este trabajo es un insumo en este proceso. Está orientado a la recopilación y sistematización de información relevante para la identificación de las brechas de cuidado, el diseño, gestión y monitoreo de las políticas públicas vinculadas con el cuidado, y la generación de evidencia para el estudio de la organización social del cuidado.

Como quedó descripto y analizado en el recorrido, la experiencia argentina de un mapeo de cuidados enfrenta dificultades peculiares dado el carácter federal de la organización política del país, y en consecuencia la fragmentación de la provisión del cuidado entre instituciones, agentes, niveles de gobierno, espacios territoriales.

A lo largo del trabajo se sistematizaron las fuentes de información sobre las normas que regulan dimensiones del cuidado, las áreas responsables en la ejecución de políticas y programas vinculados con el cuidado, la provisión concreta de servicios de cuidado y los sistemas de registro, certificación y formación en cuidados. Además de brindar una batería de recursos para poder avanzar en los próximos pasos de la construcción del sistema de cuidados, este trabajo ofrece información que permite identificar las fuentes de información existentes, pero también las ausencias, limitaciones y vacancias.

En ese sentido, algunas sugerencias pueden construirse de lo aprendido. En primer lugar, la de trabajar desde una definición amplia y a su vez calificada de cuidados. Esto implica mirar no solamente las cuestiones de cuidado vinculadas con población que requiere de asistencia y apoyo, sino más ampliamente con toda la población, a la que entendemos interdependiente en el cuidado. Asimismo, una visión amplia sobre los cuidados lleva a considerar no solamente elementos vinculados con el cuidado directo de las personas, sino también con otras dimensiones claves para facilitar el mismo (como puede ser aquellas relacionadas con la infraestructura, el servicio de transporte, la conectividad, etc.).

En segundo lugar, el buen desempeño de un sistema de cuidados requiere de un sistema de información acorde, que además de garantizar que la población pueda acceder a información relevante en sus roles de dadora o receptora de cuidados, también sea una herramienta para la toma de decisiones en el diseño, gestión e implementación de políticas públicas. A este respecto del texto surgen algunas recomendaciones específicas, por ejemplo: i) la generación de una herramienta de recopilación y actualización de normativa en todas las carteras vinculadas con el cuidado (al estilo de *Legisalud*); ii) el desarrollo de protocolos para la generación de información en las unidades de prestación de los

[53] Los datos disponibles sobre las instituciones formadoras se encuentran disponibles en https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps_if_inst_formadora.jsp.

servicios, que permitan conocer detalles del tipo de prestación, características de la población atendida, horarios y duración de las jornadas de atención, características y calidad de las prestaciones ofrecidas; iii) la promoción de acuerdos interjurisdiccionales que permitan el registro de la información con estructuras similares, lo que facilita su sistematización y análisis a nivel federal; iv) la creación de unidades de gestión de información en las áreas más relevantes de gobernanza del sistema de cuidados en los distintos niveles jurisdiccionales; v) la consideración de asignación presupuestaria específica para el desarrollo de infraestructura tecnológica que permita la construcción de un sistema moderno de gestión de la información.

En tercer lugar, dada la complejidad que la tarea de mapear el escenario de los cuidados en un país federal implica, la coordinación interinstitucional resulta fundamental. La existencia de mencionada mesa interministerial de cuidados es una plataforma potente de articulación específica de las áreas de producción y gestión de la información, que permita llegar a acuerdos sobre protocolos, tecnologías y acceso a la información.

Finalmente, la potencia de las herramientas que pueden surgir de este mapeo y que pueden alimentar un buen funcionamiento de un sistema de cuidados se fortalecerá si contemplan la voz y participación de la población. Esto permitirá no solamente conocer las necesidades específicas, las brechas a priorizar, las formas de los arreglos de cuidado que la población prefiere, sino también puede contribuir con un compromiso ciudadano con las instituciones de cuidado. Asimismo, permitirá un monitoreo social permanente, esencial para garantizar intervenciones desde el Estado ajustadas a las diversas necesidades y deseos de la población.

III. Innovaciones del desarrollo informático del Mapa Federal del Cuidado[54]

Como se mencionó, la creación del Mapa Federal del Cuidado constituye una innovación, por la información que visibiliza para la ciudadanía y su potencialidad para diseñar y monitorear políticas públicas de cuidado en todo el territorio. Además, la propia herramienta informática, así como su desarrollo colaborativo y adaptado a las necesidades del Ministerio han sido novedosos. En esta sección se da cuenta de las innovaciones del proceso realizado en la construcción de la arquitectura del sistema de información, del portal ciudadano y aquel para las y los hacedores de políticas, el tipo de tecnología utilizada y las estrategias implementadas para desarrollar la accesibilidad y usabilidad del software

Un primer aspecto para destacar es que se acordó que el desarrollo informático no fuera un proceso "llave en mano", sino de co-creación del sistema, además se priorizó que el desarrollo estuviera liderado por mujeres especialistas. Se constituyó así un equipo de trabajo interdisciplinar con amplia experiencia en dinámicas de trabajo participativa, cuyas personas residían en diversas ciudades del país y que llevó adelante todo el proceso en un contexto de la pandemia por COVID-19 en forma completamente virtual. Se estableció que el mapa debía localizarse en servidores del ministerio y ser gestionado por el personal del área, tanto en sus requerimientos técnicos de hardware y software por el área de sistemas, como en la actualización y mejoramiento de datos por parte de la Dirección de Mapeo Federal del Cuidado.

Además, se previó garantizar el cumplimiento de los criterios estándar de accesibilidad, establecidos por la Ley N° 26.653 de Acceso a la información pública. Las características de la población objetivo requirieron asegurar la accesibilidad con un enfoque de derechos, tanto para personas con cualquier tipo de discapacidad, como para personas en contextos de hardware antiguo, teléfonos con funciones limitadas y con baja o nula conectividad. Definido esto, se acordó iniciar el proceso de diseño que se realizó en etapas.

[54] Este capítulo se realizó con los insumos presentados por las consultoras Andrea Barbiero, Paula Dabós y Lorena Paz, consultoras del proyecto a cargo del diseño y desarrollo del sistema informático del Mapa Federal del Cuidado.

Como primera etapa, se hizo una consultoría para elaborar la propuesta, lo que requirió un relevamiento funcional y técnico que se usó de base para el futuro modelado, diseño y desarrollo del *frontend* y *backend* del Mapa Federal del Cuidado desde el punto vista de los datos, así como de los requerimientos funcionales/tecnológicos, y de las necesidades de las personas usuarias de este sistema. El objetivo fue identificar el origen y el circuito de los datos, su administración, y los requerimientos funcionales y técnicos que generan y delimitan. Luego, una vez definido esto se desarrollaron los productos con el objetivo de contar con un mapa online accesible desde computadoras y celulares, un sistema para administrar el mapa y un tablero para análisis de la información. Estos procesos se detallan a continuación.

A. Desarrollo funcional del sistema de información

Desde una lógica colaborativa de trabajo, para el desarrollo funcional del sistema se utilizaron "metodologías ágiles" combinadas con encuentros semanales, momentos de debate e instancias de validación con piezas de diseño y piezas construidas a fin de co-diseñar el sistema. El proceso de trabajo estuvo basado en documentos colaborativos, usando pizarras digitales que permitieron mediante visualización gráfica, modelar el sistema a medida. Se desarrollaron las siguientes actividades que brindaron información para diseñar y desarrollar el Mapa Federal del Cuidado:

i) Análisis de particularidades funcionales y/o técnicas de los sistemas de información que sistematizan instituciones de provisión de servicio de cuidado desarrollados por otros países de la región (Uruguay, Costa Rica y Chile). Se construyó el *benchmarking* es decir el Estado del Arte de proyectos similares. Se identificaron aspectos relevantes: diferentes opciones de *UX*, desde *peer to peer*, interacción con agencias estatales y otros. En general, no se encontraron mapas que permitan georreferenciarse o buscar desde un punto (solo una experiencia así para establecimientos de primera infancia se registró en el British Columbia Canadá). Se verificaron también aspectos referidos a la accesibilidad del sistema, ya sea para personas con discapacidad como para distintos tipos de software y hardware.

ii) Se realizó un Análisis Heurístico de Mapas: un análisis de particularidades técnicas de las diferentes librerías de mapas desde una perspectiva de usabilidad y accesibilidad. Se realizó este análisis preliminar de accesibilidad sobre tres mapas existentes, dos que utilizan la tecnología *Leaflet* y uno la tecnología correspondiente a *Mapbox*. Esta evaluación permitió identificar las principales barreras de accesibilidad que limitan o impiden percibir, entender, navegar e interactuar con el producto digital. Durante el análisis, se realizó una combinación de procedimientos manuales y automáticos con diferentes herramientas de validación de accesibilidad, a fin de evaluar el comportamiento de los mapas frente a diferentes contextos de uso y perfiles de usuarios. El análisis se realizó teniendo en cuenta las Normas de Contenido Web Accesibles WCAG. 2.0 publicadas como recomendación del *World Wide Web Consortium* (W3C) en su iniciativa *Web Accessibility Initiative* (WAI). Luego de esta evaluación se consideró que *Mapbox* era una elección más adecuada.

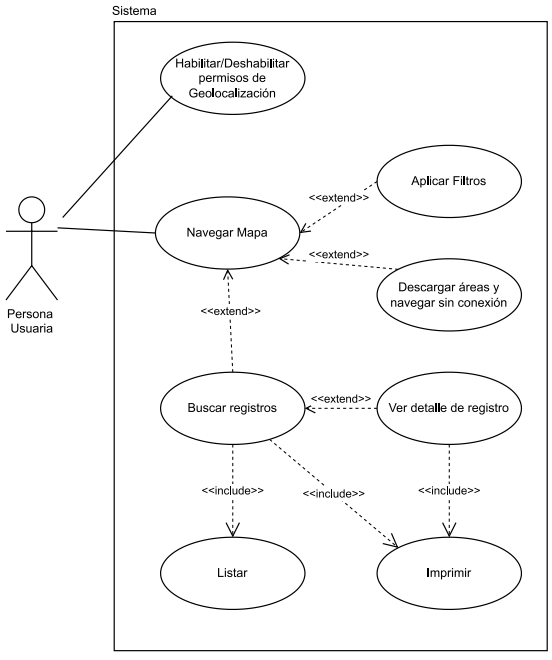
iii) Sistematización de los requerimientos funcionales y técnicos con la base de los insumos provistos por el MMGyD y por otros informantes clave. Para este proceso de identificó el circuito de interacción de un usuario con el Mapa y se establecieron los siguientes requerimientos: a) el sistema debía permitir ver/navegar/visualizar el Mapa Federal de Cuidados a una persona usuaria sin discapacidad; b) el sistema debía permitir ver/navegar/visualizar el Mapa Federal de Cuidados a una persona usuaria con discapacidad que posee una tecnología asistiva ya configurada en su dispositivo; y c) El sistema permite a la persona usuaria administradora mantener las diferentes tablas de datos que sustentan el MFC.

iv) También se identificaron las reglas de funcionamiento:

a. Sólo se podrá ver/navegar/visualizar un registro en el Mapa si tiene asignada una georreferenciación (coordenadas) a fin de ser ubicado en el mapa.
b. Todo registro que no pueda ser georreferenciado podrá ser visualizado solamente en el formato listado.
c. La calidad de la información de los registros vendrá determinada por la base de datos normalizada por el MMGyD. Esta base de datos estará alimentada por bases de datos de diferentes orígenes, las cuales serán mantenidas por el MMGyD.
d. El MFC es un sistema de solo consulta que no contempla funcionalidades transaccionales.
e. Los registros solo contemplan información de instituciones públicas, privadas y comunitarias que ofrecen servicios relacionados con los cuidados.
f. Los filtros son definidos y actualizados por el MMGyD y se relacionan con las etiquetas definidas en cada registro.
g. Las categorías y subcategorías de la información son determinadas por el MMGyD.

v) Desarrollo de los casos de uso (partitura del diseño de la interacción del Mapa). Se realizó el abordaje de cada casos de acuerdo con diferentes contextos de infraestructura y accesibilidad disponibles. Así cada caso de uso se realiza de acuerdo con el tipo de persona usuaria y la disponibilidad de dispositivos tecnológicos y conectividad que esta persona tiene. Se buscó elaborar las diferentes casuísticas que el Mapa Federal de Cuidados debería contemplar. Los casos analizados son: persona usuaria sin discapacidad; persona con discapacidad visual; persona mayor con disminución visual y daltonismo; persona con discapacidad motriz; y finalmente, la persona usuaria administradora del sistema. Las funciones desarrolladas para cada caso se esquematizan en el diagrama 2. Para cada uno de los casos de uso se realizó ese diagrama, se agregó una descripción verbal del proceso de interacción entre la persona y el sistema, en cada interacción, por ejemplo, geolocalizarse, y se analizaron todos los requerimientos a la luz de los casos y los criterios de accesibilidad.

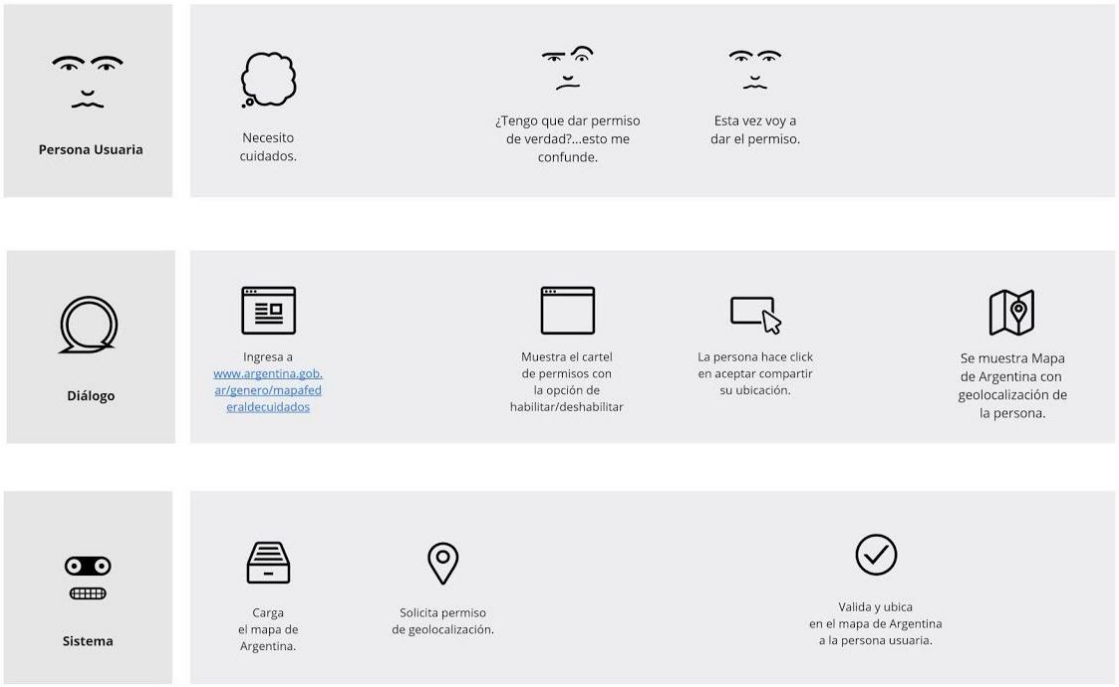
Diagrama 2
Ejemplo caso de uso: 1 - Persona Usuaria sin discapacidad



Fuente: Elaboración propia.

vi) Con el objetivo de complementar el análisis funcional y facilitar la labor de comunicar a los equipos multidisciplinarios que harían la programación se trabajó con *Partituras de Diseño de Interacción* (PiX). Un ejemplo de la PiX se ve en el diagrama 3 que resume el intercambio para la función de habilitar permisos de geolocalización.

Diagrama 3
Partitura de diseño



Fuente: Elaboración propia.

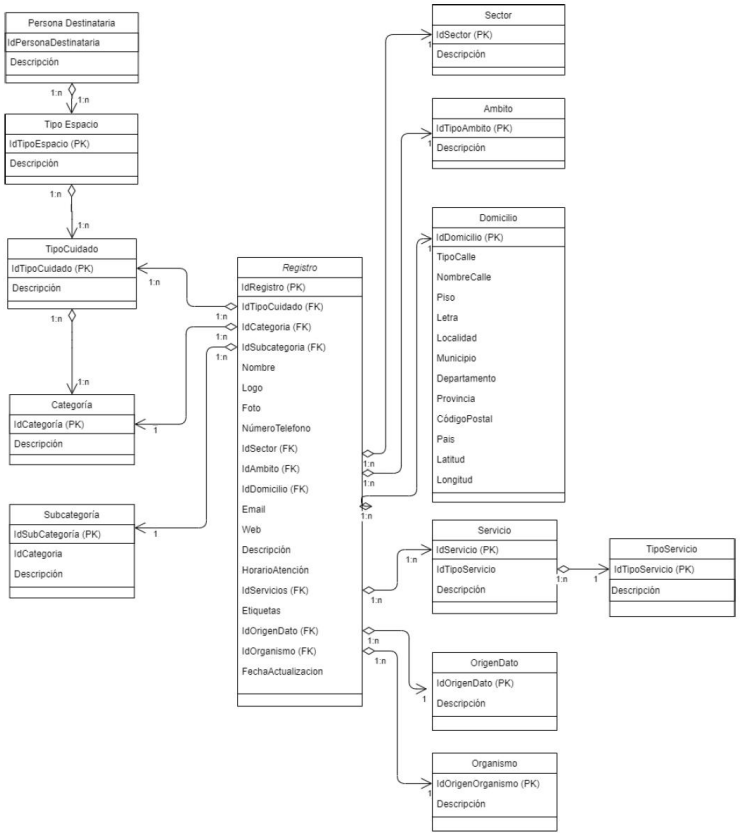
vii) La última actividad clave fue el modelado de la estructura de base de los datos del Mapa, en conjunto con el MMGyD. Su armado permite definir la arquitectura de la información, los flujos y patrones de navegación del público objetivo, incluyendo a través del uso de estándares de accesibilidad a todas las personas beneficiarias.

La definición del modelo de datos se realizó sobre las siguientes bases: dar cobertura a las necesidades fundamentales para la construcción del MFC; diseñarse con la flexibilidad adecuada para dar cobertura a futuras nuevas funcionalidades; apoyar a la trazabilidad del sistema y así garantizar la seguridad en el uso y acceso a los datos del sistema. El Modelo Lógico de Base de datos se basa en cuatro grandes bloques de información sobre:

- Tipo de Espacio
- Tipo de Cuidados
- Categoría de Cuidados
  - Subcategorías de Cuidados
- Servicios

El diagrama 4 detalla el modelo desglosado por las entidades identificadas:

Diagrama 4
Modelo lógico de base de datos



Fuente: Elaboración propia.

Luego, para cada variable de este modelo se detalló la información que la caracteriza.

Por último, se eligieron las tecnologías para el desarrollo del mapa, se hizo de acuerdo con los estándares actuales de diseño y a la compatibilidad con los sistemas del MMGyD. Estas tecnologías fueron probadas y validadas durante el desarrollo del producto.

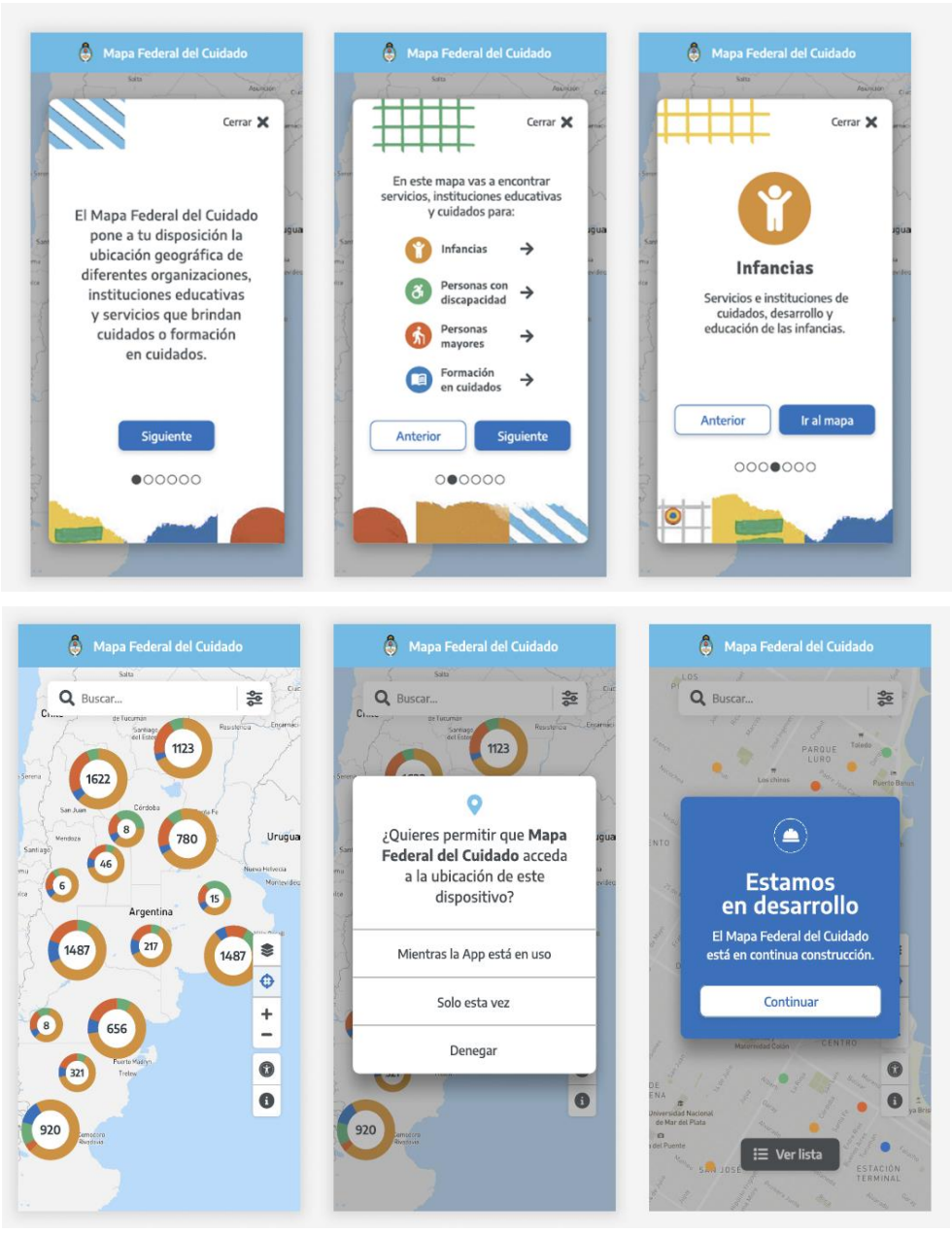
B. Desarrollo del producto

Una vez consensuada y trabajada la propuesta del sistema, comenzó el trabajo de desarrollo del producto. Por un lado, se requirió el desarrollo de la Arquitectura del Sistema, el BackOffice o Sistema de Administración y las integraciones a través de interfaces de programación de aplicaciones (APIs) que dan soporte e infraestructura al MFC de acuerdo con los requerimientos funcionales, técnicos, de usabilidad y accesibilidad previamente relevados. Por el otro, el desarrollo de software de la versión 1.0 del Mapa Federal del Cuidado bajo un lenguaje de programación que se integra con una librería de mapas de acuerdo con los requerimientos relevados. Luego del desarrollo de la primera versión del Mapa Federal del Cuidado, se realizaron las pruebas técnicas de QA (Quality Assurance) y distintos tipos de prueba (unitarias, de integración, funcionales, de carga, de stress, etc.) que permiten detectar errores y generan un protocolo de seguimiento de la calidad del desarrollo de software realizado.

1. Prototipos y entornos de prueba

El desarrollo del mapa parte de prototipos en los que se modela lo que se va a desarrollar (sirven como herramienta para intercambiar con los distintos participantes del proyecto y también son utilizados en las pruebas de usuarios) y, luego, de los desarrollos de software en distintos entornos. Los prototipos se desarrollan para versión móvil y versión *desktop*. En el proceso de trabajo se prioriza el desarrollo de la versión móvil porque es la más compleja a la hora de definir visualizaciones y la integración de funciones.

Imagen 10
Ejemplo de prototipos versión móvil MFC (usados en junio 2021)



Fuente: Elaboración propia.

Una vez definidas sus características y funcionalidades, los prototipos se programan en entornos de desarrollo. Estos entornos son una colección de procedimientos y herramientas para desarrollar, probar y depurar una aplicación o programa; normalmente tienen tres niveles denominados: desarrollo, test y producción.

Entorno de Desarrollo: en estos entornos es donde el equipo de desarrollo prueba el código y comprueba si la aplicación ejecuta correctamente. Una vez que la aplicación ha sido probada, se mueve al servidor de *Prueba*. En este caso se utilizó *Firebase Hosting (Google)* para ejecutar el contenido estático de la plataforma, incluyendo: archivos *JavaScript* (Librería *Mapbox* entre otras), imágenes, iconos, archivos de configuración, hojas de estilos CSS y archivos de espacios georreferenciados.

Entorno de Prueba: La aplicación se prueba en el servidor de *Test* para comprobar la fiabilidad y asegurarse de que no falle en el servidor de producción real. Este tipo de prueba en el servidor de *Prueba* es el paso final antes de que la aplicación pueda implementarse en un servidor de producción.

Entorno de Producción: una vez que se aprueba la versión de prueba, la aplicación pasa a formar parte de este entorno y es liberada para ser utilizada por los usuarios finales. Este entorno es provisto y mantenido por el Departamento de Sistemas del MMGyD.

En esta instancia se confirmaron las elecciones hechas en la consultoría funcional y se realizó la definición del *Stack* de Tecnologías a ser utilizadas durante el desarrollo de la plataforma. Se seleccionaron *Angular* para el *Frontend*, *Node.js* para el *Backend* y *Mapbox* como librería de soporte para visualización de datos georreferenciados. Algo importante para destacar sobre la integración con *Mapbox*, es que su API de servicios permite acceder mediante programación a todas sus herramientas y funcionalidades. Es decir, el uso de *Mapbox* como librería de Mapas dentro de la aplicación que desarrollamos permitió hacer uso de todo su potencial en forma transparente.

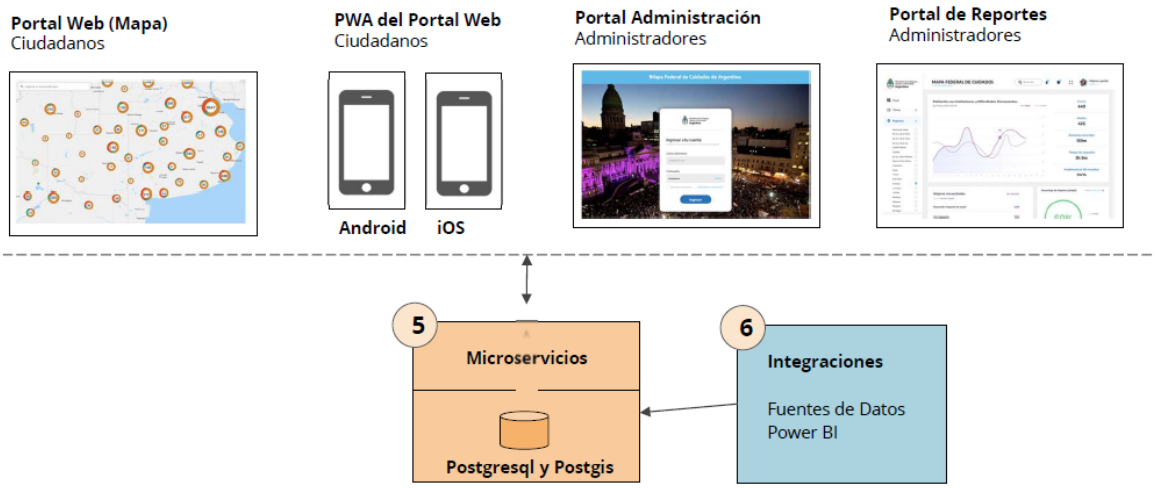
Cuadro 3
Tecnologías elegidas

Mapbox	Es una librería de código abierto Tiene un entorno gráfico y diseño de mapa mucho más cuidado y estético Tiene un buscador "Navigation" es un producto de enrutamiento inteligente basado en el tráfico en tiempo real desarrollado por millones de conductores. Guía paso a paso: genera instrucciones paso a paso con rutas alternativas
Angular	La plataforma web se construirá en Angular La estructura de Angular basada en componentes hace que los mismos sean altamente reutilizables en toda la aplicación. Al ser independientes entre sí, los componentes hacen que las pruebas unitarias sean mucho más fáciles.
Node.js	Tecnología open source y multiplataforma. Se usó para el Backend. Permite escribir aplicaciones web de gran rendimiento cuando existen múltiples conexiones paralelas. A su vez, es ideal para la construcción soluciones que requieran procesamiento de datos en tiempo real
PWA	Progressive web apps (PWA) o aplicación web progresiva es una solución basada en la web tradicional que todos conocemos, aunque incorpora algunas particularidades que la hacen parecerse a una app nativa para teléfonos móviles y tabletas. Puede usarse además en modo offline

Fuente: Elaboración propia.

Además, se determinó la **arquitectura de sistema**, que es el modelo conceptual que define la estructura y comportamiento de un sistema. Puede constar de componentes de sistema y subsistemas desarrollados, que trabajan juntos para implementar el sistema en general. En ese sentido, el primer paso fue realizar el análisis de la infraestructura disponible por parte del MMGyD. Aquí se confirmaron que los requerimientos tecnológicos necesarios en cuanto a tecnologías y versiones cumplían lo esperado. En el diagrama 5 puede verse la Arquitectura del Sistema en detalle, en forma de capas: capa de *Frontend*, capa de *Backend* y Base de Datos.

Diagrama 5
Arquitectura del sistema



Fuente: Elaboración propia.

Respecto del diagrama de *Deployment* (el proceso de desplegar una versión específica de una aplicación en un servidor), se diseñó un esquema con tres servidores: 1) Servidor Web para ejecutar el *Frontend* de la plataforma escrito en el lenguaje de programación Angular y disponibilidad de espacio de disco para almacenar los archivos de espacios georreferenciados; 2) Servidor web para ejecutar los microservicios del *Backend* escrito en Node.js.; 3) Servidor con una instancia de Base de Datos relacional *MySQL*.

La base de datos completa del proyecto se conforma de dos grandes partes: las tablas y las relaciones entre sí en una base de datos relacional *MySQL* y una base de datos de espacios georreferenciados en un archivo *GeoJson*. Se tomó la decisión de englobar en un *GeoJson* todas las fuentes de datos provenientes de distintas entidades, lo que no requiere realizar la sincronización diaria de datos de dichas fuentes. Este *GeoJson* es actualizado en forma exclusiva por el MMGyD.

En cuanto al uso desde diferentes dispositivos, la aplicación fue desarrollada para que se adapte a distintas resoluciones de pantalla (que sea responsiva). Esto es que sea una aplicación que se puede adaptar y crear una experiencia de usuario positiva ya que es consistente en todos los dispositivos. Acerca de los navegadores y resoluciones de pantalla validados, la aplicación puede visualizarse correctamente en los siguientes (véanse cuadros 4 y 5).

Cuadro 4
Versiones de escritorio

Navegadores	Resoluciones
Chrome	1 366x768
Firefox	1 920x1 080
Safari	1 536x864
Edge	1 440x900
Opera	7 68x1 024

Cuadro 5
Versiones de móvil/celular

Navegadores	Resoluciones
Chrome	360x640
Safari	414x896
Samsung Internet	375x667
Opera	360x780
Firefox	360x760
Edge Legacy	375x812
Android	

Fuente: Elaboración propia.

2. Usuarios y accesibilidad

En paralelo a las tareas de programación se desarrolló la evaluación sobre accesibilidad y potenciales usuarios, mediante un proceso lógico de un desarrollo de software a medida, en donde la investigación se enfoca en el desarrollo de productos guiados por las experiencias de las personas usuarias (*UX*), contemplando necesidades especiales de tecnologías asistivas. Para pensar la arquitectura de la información y el diseño de la interacción se diseñaron casos de uso lógico y adaptados a los requerimientos. El foco se puso en los datos, a fin de poder realizar un modelado en lenguaje unificado (UML) del sistema con eje en comprender las personas/instituciones involucradas y beneficiadas de estos productos digitales.

Así, un aspecto clave fue identificar y recoger la demanda de los potenciales usuarios: se hicieron entrevistas y test a personas de distintas partes del país, tratando de captar la mayor diversidad, tanto personas que necesitan servicios de cuidados, como aquellas que trabajan o quieren trabajar en ellos. Se indagaron cuestiones como ¿Qué es o qué entienden las personas acerca del cuidado? ¿Cómo buscan hoy los servicios de cuidado? ¿Cómo los buscarían? ¿Qué prestaciones debería tener el mapa?, entre otras preguntas relevantes que fueron un insumo central para ajustar las ideas a la realidad.

Se realizaron indagaciones y test de usabilidad con personas usuarias de las siguientes poblaciones: personas responsables del cuidado de personas con discapacidad con discapacidad; personas responsables del cuidado de infancias de hasta 5 años; personas mayores que vivan solos (de más de 75 años); personas que viven con personas mayores; personas que cuidan; personas con discapacidad.

3. Características y funcionalidades del Mapa Federal del Cuidado

El MFC dispone de un mapa de los servicios de cuidados para distintas poblaciones en versión desktop y al mapa adaptable a dispositivos celulares (PWA). El Portal Web para Uso Ciudadano y la Aplicación Móvil del Mapa utilizan la última versión de base de datos *GeoJson* generada por el MMGyD, que cuenta con 34.000 espacios de cuidados a lo largo de todo el país, distribuidos en 4 categorías: Espacios de Primera Infancia, Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Formación en Cuidados.

El mapa incorporó una variedad de funcionalidades en el desarrollo de esta versión 1.0. La siguiente es una lista de requerimientos funcionales identificados durante el relevamiento funcional y técnico realizado en instancias anteriores y durante el proceso con los equipos de trabajo del MMGyD y de CEPAL. Se ha validado el cumplimiento de este listado de requerimientos de acuerdo con la librería de mapa seleccionada: *Mapbox*. Si bien todas las funcionalidades se encuentran implementadas en la librería de *Mapbox*, algunas de ellas no se encuentran totalmente cubiertas por la librería estándar y requirieron propuestas de adaptación y de desarrollo.

Funcionalidades del Mapa Federal del Cuidado:

- Habilitar/Deshabilitar geolocalización y solicitar permisos de Geolocalización (ventana emergente)
- Visualizar mapa de la Argentina completo
- Ver mapa: estándar - satélite - relieve
- Navegar mapa: moviendo el *mouse*, haciendo *zoom in* y *zoom out* con doble clic, teclado y gestos.
- Navegar mapa: función brújula, cambiando la posición según puntos cardinales.
- Aplicar Filtros simples
- Ver detalle de un registro en mapa (ficha)
    - Tipo de Espacio

  - Nombre
  - Origen del Dato (Ministerio)
  - Dirección, teléfonos, email.
  - Como llegar: a pie, en bicicleta y en auto
- Aplicar Filtros Combinados
- Offline: Descargar áreas y navegar sin conexión
- Buscador de registros con texto predictivo
- Listado de Resultados en forma de mapa y en forma de lista
- Descargar, Compartir e Imprimir Listado.
- Acceso directo

Cada una de estas funcionalidades tiene distintas complejidades en su programación, accesibilidad, usabilidad, a modo de ejemplo se presentan algunas de las que resultan más innovadoras.

PWA

La PWA es la versión del mapa adaptado a dispositivos móviles, como una tablet o un celular. Esta adaptación permite mejorar la interacción *mobile* con las personas usuarias, brindando una experiencia de uso amigable y mejorando ampliamente la performance de carga del Mapa en dispositivos móviles.

Acceso directo en el escritorio

Cuando una persona usuaria accede al Mapa Federal del Cuidado utilizando un navegador de internet de su dispositivo móvil por primera vez, aparece un mensaje que lo invita a agregar al mapa a su pantalla principal como acceso directo en su escritorio. Esto simula la instalación de una aplicación en el teléfono celular, generando un icono de acceso directo en la pantalla principal del celular. De igual manera, accediendo desde una computadora o notebook, el menú de la aplicación PWA se encuentra en la barra del navegador y puede instalarse en el escritorio.

Modo Offline

Se puede operar la *PWA* en modo offline, en todas sus funcionalidades, permitiendo que siga funcionando la aplicación frente a cortes de internet o imposibilidad de acceso a internet. La aplicación deberá ser instalada y abierta en modo online una vez previamente.

Visualización de colores

Cada elemento del primer nivel de filtrado (infancia, discapacidad, personas mayores, formación de cuidados) se encuentra representado con un color. La lógica de colores actual es la del diagrama 6.

Diagrama 6
Paleta de colores elegida

Fuente: Elaboración propia.

Para la definición de la paleta de colores, se tuvo en cuenta a las personas con baja visión y con alteraciones de la vista. Se priorizó que los colores puedan distinguirse como colores que representan poblaciones distintas, sin que exista confusión entre ellos. Es muy importante además la utilización de iconos y textos, porque en el caso de la afección Acromatopsia, todos los colores se ven en escala de grises, siendo muy difícil su diferenciación.

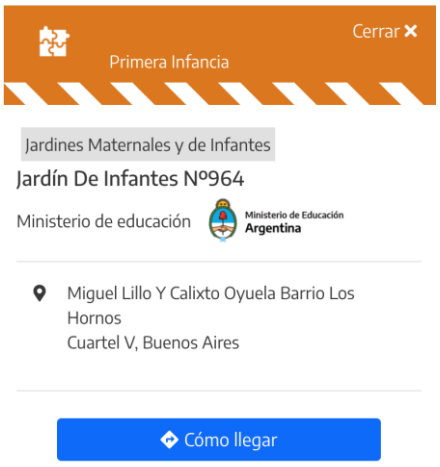
Diagrama 7
Visualización paleta de colores según diferentes afecciones de la vista

Fuente: Elaboración propia.

Ficha

Al seleccionar un punto que señala un espacio de cuidado en el mapa, se abre un registro al que se llama tarjeta o *card*. Cada tarjeta -al igual que cada punto- está representada con un color siguiendo la lógica descrita. En el detalle de cada *card* se muestra la información que contiene la base de datos (origen, nombre, dirección, categoría, etiquetas).

Imagen 11
Tarjeta con información



Fuente: Elaboración propia.

Pruebas/testeo del desarrollo

Una vez desarrollada la primera versión del mapa se procedió a realizar una serie de pruebas que permitieron comprobar su funcionamiento en diferentes niveles. Las pruebas realizadas sobre el sistema se dividieron en pruebas funcionales, unitarias, integrales y pruebas de rendimiento. Las pruebas unitarias y de rendimiento fueron realizadas por el grupo de desarrollo y las pruebas funcionales e integrales fueron realizadas por un grupo de usuarios seleccionados *ad hoc* para testear el correcto funcionamiento del sistema.

Una vez que todas las pruebas fueron realizadas con éxito y los usuarios aceptaron el correcto funcionamiento del sistema en el ambiente de pruebas integrales se procedió a realizar el *deployment* en el ambiente de producción.

Panel de Control o Backoffice de Administración

El *BackOffice* de Administración del MFC, permite relevar y configurar distintos parámetros concernientes al producto, como bases de datos, estilos, usuarios con acceso, actividades recientes y estadísticas. Los usuarios finales asignados por el Ministerio podrán dar de alta nuevos usuarios, adjuntar un nuevo archivo *GeoJson* y editar algunas variables para el mantenimiento y actualización del mapa.

IV. Demanda de cuidado en la Argentina. Propuesta metodológica de estimación en el territorio[55]

Además del mapeo de la oferta de espacios y servicios de cuidado en el territorio, la definición de áreas críticas o con déficits de instituciones requirió de estimaciones sobre la demanda de cuidado que se realiza en los hogares a nivel territorial. Considerando que el Mapa es un recurso que cobra sentido a nivel territorial, dado que involucra información geolocalizada y diferenciada por barrios, municipios y provincias del país, cualquier insumo que busque una articulación con el Mapa deberá hacerlo en aquellos términos. En consecuencia, las fuentes de información utilizadas responden al criterio de representatividad territorial que utiliza el Mapa. Los datos cuantitativos disponibles en el momento de realización del estudio con dicho criterio son del último Censo de Población de 2010. Para complementar la información censal se utiliza el módulo de Uso del tiempo aplicado en la Encuesta Anual de Hogares Urbana de 2013 que indaga en los tiempos individuales dedicados al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado. Si bien los datos pudieran no estar captando por completo las dinámicas sociales actuales, se tomarán como una aproximación que deberá ser corroborada en los territorios, y se insta a actualizar las propuestas generadas en este documento una vez publicados los microdatos del Censo 2022 y de la encuesta de uso del tiempo (ENUT) 2021.

Para incorporar la perspectiva de género, existen restricciones de información que limitan un análisis fuera del marco binario hombre/mujer. Para un entendimiento sobre los cuerpos, identidades y orientaciones sexuales diversas que conforman hogares fuera de las representaciones convencionales se requiere una indagación cualitativa especial que excede el alcance del análisis.

A continuación, en primer lugar, se revisan los antecedentes y los aspectos conceptuales que sustentan la perspectiva del cuidado para las políticas públicas y sus implicancias en la división sexual del trabajo y la organización del cuidado. Luego, se presentan los requerimientos de cuidado de los diferentes grupos poblacionales de interés, a saber: niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad, personas mayores y personas que cuidan. Seguidamente, se presenta una metodología

[55] Este capítulo fue realizado por Catalina Valencia, consultora de la CEPAL.

para estimar la demanda potencial de cuidado a nivel poblacional (macro) y también a nivel doméstico (micro). Finalmente, se elaboran indicadores sobre la demanda de cuidado, y sobre la intensidad de la carga de cuidado que tienen los diversos hogares. A modo de ejemplo, se cierra con un análisis del comportamiento de los indicadores en algunos escenarios específicos.

A. Antecedentes conceptuales sobre el cuidado

Este capítulo parte de conceptualización de los cuidados analizada en la introducción de este documento y se centra sobre uno de los nudos estructurales de la desigualdad de género: la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado (CEPAL, 2017a).

Las tareas que históricamente han estado vinculadas a un quehacer femenino o derivados de las labores de reproducción sexual de los cuerpos gestantes, como es el cuidado de los miembros del hogar, son asuntos que fueron marginados del análisis económico dada la inexistencia de una relación monetaria en estas actividades (Carrasco Bengoa, 2017). En ese sentido, la economía feminista realiza un gran aporte intelectual al visibilizar que las tareas que cotidianamente han realizado las mujeres en los hogares serían labores productivas imprescindibles para el funcionamiento de la economía y el bienestar social. La expansión teórica que aportó la economía feminista ha tenido repercusiones importantes en diversos espacios de toma de decisión debido a las potentes sinergias que se han gestado entre el activismo, la academia y los espacios institucionales. En efecto, ya en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995 (Naciones Unidas, 1996), se reconoce la importancia de que los Estados avancen en implementar herramientas para nombrar, medir y valorizar la producción oculta en la esfera doméstica, en particular, el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado realizado mayoritariamente por mujeres. Asimismo, estos asuntos han tomado cada vez mayor protagonismo en la construcción de la Agenda Regional de Género. Periódicamente en las mesas directivas y las conferencias regionales sobre la mujer, se han ratificado y profundizado los compromisos gubernamentales sobre la necesidad de transformar la organización social del cuidado para el avance de la autonomía de las mujeres en la región (CEPAL, 2017b).

Junto con ello, la división sexual del trabajo es reconocida como una de las grandes estructuras que determina la asignación de los tiempos, reconocimientos y valorizaciones sociales de los trabajos según el género. Si bien el esquema donde solo los hombres trabajan en lo público y las mujeres en lo doméstico se ha transformado, lo cierto es que el cambio se ha dado mayoritariamente por la entrada de las mujeres al mercado laboral y no necesariamente por la disponibilidad de hombres en el quehacer doméstico. Es decir, los avances en mayor autonomía económica de las mujeres y la difuminación de la división sexual del trabajo tiene su contracara en las sobrecargas de trabajo que han asumido las mujeres en jornadas dobles de trabajo remunerado y no remunerado.

La gran mayoría de las mujeres ha tenido que sobre exigir sus tiempos vitales y generar múltiples estrategias, donde prima el vínculo con otras mujeres (familiares, vecinas, amigas, empleadas, etc.) para asegurar las condiciones materiales y afectivas que requieren diariamente los miembros del hogar. De acuerdo con los últimos datos disponibles para la Argentina en el momento de realización de este estudio[56], las mujeres destinan en promedio 42,4 horas semanales al trabajo no remunerado en los hogares, mientras los hombres dedican en promedio apenas 17,3 horas. Lo contrario sucede en el ámbito laboral remunerado, los hombres ofrecen en promedio el doble de tiempo que las mujeres a las actividades remuneradas, esto es 33,2 horas y 15,2 horas respectivamente. En suma, la carga global de trabajo para las mujeres es en promedio 7,2 horas semanales más alta que la de los hombres (datos de tiempo total de trabajo según tipo de trabajo y sexo consultados en CEPALSTAT).

[56] Nota de edición: en el momento de publicación de este documento se presentaron los datos avanzados de la ENUT 2021. Como no están disponibles aun los microdatos de esa encuestas, necesarios para hacer las estimaciones de este documento, los datos presentados corresponden a la información de 2013.

La insostenibilidad que presenta la sobrecarga de trabajo de las mujeres, sumada a una combinación de factores demográficos, socioambientales y políticos, ha devenido en una latente crisis de los cuidados. Esta hace referencia a la imposibilidad de que amplios sectores de la población reciban los cuidados que requieren para llevar una vida digna. En efecto, las transformaciones demográficas muestran que la Argentina se ubica en el grupo de países de avanzada transición hacia sociedades más envejecidas (CEPAL, 2019). De acuerdo con estimaciones del INDEC (2013b), la tasa de dependencia de la población mayor a 64 años aumentaría de 15,9 (en 2010) a 23,6 (en 2040). Asimismo, la población menor de 15 años representaba en 2010 el 26% de la población total, y según las proyecciones, en 2021 la cifra rondaría el 24,2%. Lo que confirma que la proporción de personas que requieren cuidados está aumentando más rápido que la población disponible para cuidar.

Es en este contexto que los países se encuentran planificando e implementando respuestas que permitan identificar, mitigar y reparar los efectos que tiene este fenómeno en las mujeres y cuerpos feminizados, pues siguen siendo ellas las responsables de sostener las condiciones de vida del resto de la población. Esta situación además se encuentra encadenada directamente con el empobrecimiento y la desigualdad socioeconómica (ONU MUJERES & CEPAL, 2021). La falta de ingresos monetarios para las mujeres se traduce en hogares más pobres y esto, a la vez, en más demanda de trabajo no remunerado, pues mientras menor es la disponibilidad de recursos en los hogares mayor es la carga de trabajo que deben asumir las mujeres allí para reproducir las condiciones de vida. Este círculo vicioso entre pobreza de tiempo y pobreza monetaria revela el extendido fenómeno de la feminización de la pobreza en América Latina: en 2019 por cada 100 hombres en condición de pobreza, existían 115 mujeres en la misma condición (datos de Índice de feminidad de la pobreza extrema y de la pobreza según área geográfica consultados en CEPALSTAT). En ese sentido, atender la crisis de los cuidados se torna una estrategia crucial para interrumpir la reproducción de la pobreza, transformar la injusta organización social del cuidado y avanzar en mayores niveles de autonomía para las mujeres.

Por otra parte, es necesario observar las dinámicas del trabajo remunerado para comprender cómo se articula con las dinámicas de los trabajos no remunerados en los hogares. A pesar de los esfuerzos institucionales y sociales para incentivar la entrada de mujeres al mercado laboral, en las últimas dos décadas la tasa de participación femenina en la Argentina se ha mantenido en torno al 48% con frecuentes períodos de caída debido al repliegue de la fuerza de trabajo femenina en las diversas crisis que ha enfrentado el país. A esto se suma que la inserción de las mujeres en el mercado laboral se efectúa en estructuras segregadoras y discriminatorias en términos de género que resultan en peores condiciones laborales y salariales para las mujeres y los cuerpos feminizados, por lo que los incentivos para mantenerse en el mercado laboral suelen competir con otras actividades de sostenimiento de la vida.

Además, la Argentina es el país de la región que concentra la mayor proporción de mujeres en el sector del cuidado remunerado. El promedio regional se sitúa en 27,7%, mientras que en el país el 42,8% de las mujeres ocupadas se encuentran en este sector; ya sea en actividades de enseñanza, salud, servicios sociales o servicios en los hogares (Vaca-Trigo, 2019). Las ocupaciones vinculadas a la economía del cuidado suelen entenderse como una extensión del rol de cuidadora en los hogares, lo que se traduce en peores condiciones laborales en comparación con sectores tradicionales de la economía y altamente masculinizados (como la Agricultura, la Industria manufacturera o la Construcción).

Todos estos elementos visibilizan la forma que adopta la organización social del cuidado en la Argentina y resultan ineludibles en la elaboración de recomendaciones y políticas que habiliten transformaciones estructurales para la autonomía de las mujeres en el país.

B. El cuidado en los hogares argentinos

La composición de los hogares es clave para estimar la intensidad de los cuidados requeridos. Diariamente cada hogar utiliza estrategias múltiples y flexibles para cuidar a sus integrantes. Existen redes afectivas, familiares, vecinales y comunitarias que se activan o desactivan dependiendo de la circunstancia que cada hogar atraviesa y, muy estrechamente, de sus condicionantes socioeconómicos para acceder a cuidados pagados. Asimismo, cada hogar se sitúa en un territorio que determina, entre otras cosas, el acceso a servicios públicos, la distancia a medios de transporte o la conexión a servicios básicos.

Las estrategias de sostenibilidad diaria de la vida adoptadas por los hogares implican asignar y distribuir los tiempos de cada individuo para proveer los cuidados que todas y todos necesitan. En hogares donde existen más personas que requieren cuidados y menos personas que proveen cuidados, el ajuste suele darse a través de los cuerpos feminizados que componen el hogar. Además, la delegación de las labores de cuidado ya sea entre familiares o personal pagado también son variables que condicionan la forma y la intensidad en la que se proveerá de cuidado en los hogares.

El tipo de cuidado que cada población requiere a lo largo del ciclo de vida puede ser muy diverso incluso compartiendo características sociodemográficas similares como la edad, el género o el grado de discapacidad o autonomía de las personas. Y si bien las necesidades de cuidado se encuentran presentes durante todo el ciclo de vida dada la vulnerabilidad y la interdependencia que presentamos como seres humanos, en el presente estudio se distinguen cuatro grandes grupos poblacionales de interés:

Población 1: Niñez y adolescencia.

Población 2: Personas mayores de 65 años.

Población 3: Personas con discapacidad.

Población 4: Personas cuidadoras**.**

Observar cómo se componen los hogares de estos grupos poblacionales es importante para reconocer las estrategias que allí se emplean. A partir de esto se puede avanzar en identificar las desigualdades, discriminaciones y sobrecargas de trabajos que se encuentran solapadas en la cotidianeidad. La evaluación de políticas públicas en este sentido debe ser capaz de responder a las necesidades que presentan niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades y las personas cuidadoras en sus diversos contextos.

1. Requerimientos de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en los hogares

En esta sección se realizará una revisión por grupo poblacional sobre los requerimientos de cuidado que presentan, indagando en las diferencias por género, tipo de hogar, quintil, nivel educacional y otras desagregaciones, toda vez que las fuentes de información lo permitan.

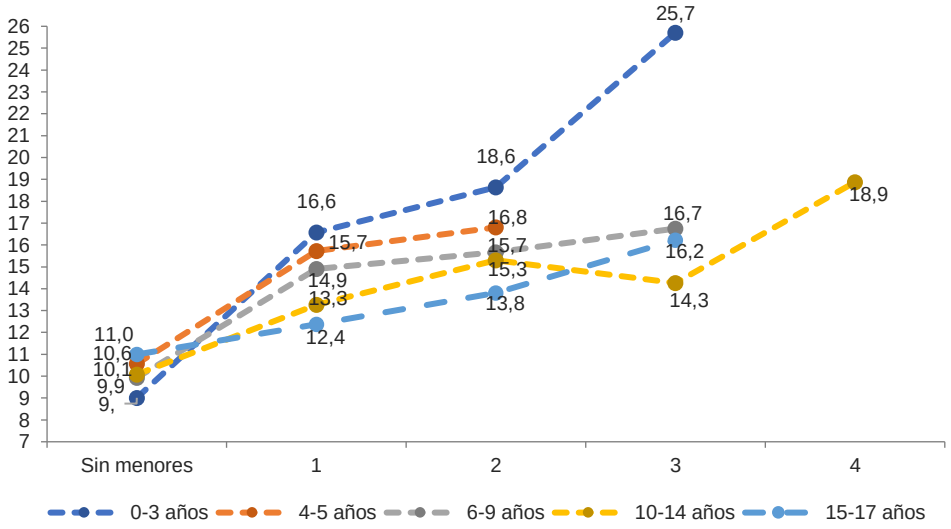
Población 1: Niñas, niños y adolescentes

La población infantil y adolescente es el principal foco de atención de las políticas públicas referidas a servicios de cuidado. El sistema escolar, además de cumplir su función social y garantizar el acceso y el derecho universal a la educación formal de casi la totalidad de la población infantil y adolescente, permite que los hogares deleguen, en estas instituciones, el cuidado de aquella población durante gran parte del día. Ciertamente, el compartir socialmente el cuidado de los menores es uno de los factores que ha permitido un avance creciente en la autonomía de las mujeres al poder utilizar su tiempo en labores remuneradas u otras actividades fuera del hogar.

Aun así, los requerimientos de cuidado en los hogares aumentan significativamente cuando existe presencia de la población infantil o adolescente[57]. A continuación, se realiza un ejercicio para observar esta situación de forma desagregada por tramo etario. Para ello, se utiliza como variable proxy de los requerimientos de cuidado, *el tiempo de trabajo doméstico y de cuidado que realizan las personas adultas en un día tipo*. Al desagregar la población menor a 18 años por tramos etarios se encuentran diferencias de intensidades en los requerimientos para los hogares, esta se observa sumando el tiempo de cuidado que dedican en un hogar todas las personas adultas.

Como se observa en el gráfico 1, si bien existe una tendencia bastante lineal entre los tramos etarios, se distinguen ciertas diferencias en las pendientes de cada uno. Esto quiere decir, que en los tramos con mayor pendiente positiva el aumento de una persona más del tramo etario tiene un efecto creciente en las horas de trabajo de cuidado del hogar y no necesariamente se dan economías de escala en cuanto al tiempo que requiere cada individuo. Sin embargo, el fenómeno de la disminución relativa por niño o niña adicional en el hogar se observa sutilmente en los tramos etarios de 6 a 9 años y de 10 a 14 años.

Gráfico 1
Tiempo promedio de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado realizado en los hogares según cantidad de menores de 18 años, por tramo etario
(En horas diarias)



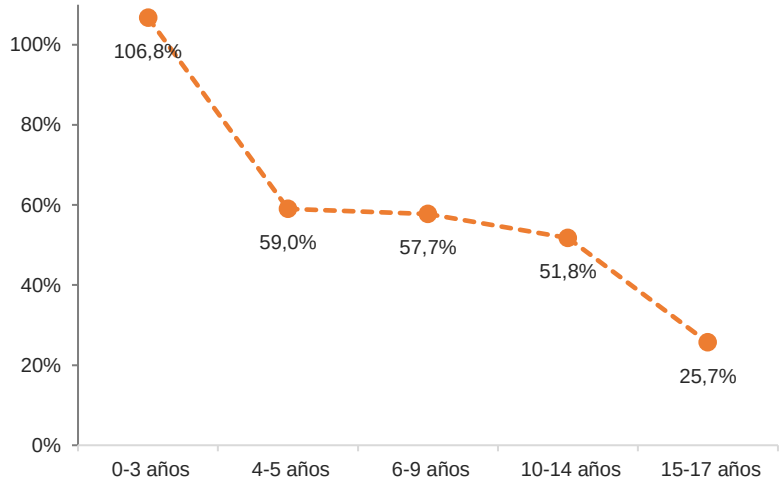
Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.

De acuerdo con el gráfico 1, existe una gran diferencia entre aquellos hogares que no habitan con menores de 18 años y los que sí, pero su magnitud depende de los distintos tramos etarios a los que nos referimos. En el primer tramo (0 a 3 años) la diferencia de la presencia de un menor con respecto a hogares sin este es en promedio de 7,6 horas. En el segundo tramo (4 a 5 años), la diferencia es en promedio de 4,7 horas. En el tercer tramo etario (6 a 9 años) la diferencia es en promedio de 5 horas. En el cuarto tramo (10 a 14 años), los hogares que tienen presencia de un menor de esa edad dedican en promedio 3,2 horas más de cuidado en relación con aquellos hogares que no conviven con menores del mismo tramo etario. Y en el último tramo (15 a 17 años), la diferencia es en promedio de 1,4 horas. Esto nos indica claramente que el impacto en la demanda de cuidado no remunerados en los hogares pasa mayoritariamente por la presencia de los menores entre 0 y 3 años, que justamente es el grupo poblacional que, por diversas razones, menos acceso tiene al sistema educativo infantil (Rodríguez Enriquez & Marzonetto, 2015).

[57] Un primer ejercicio de la intensidad de cuidado se realizó en Arza, 2020.

Un análisis similar resulta si observamos los hogares con dos menores. En el tramo de 0 a 3 años éstos dedican el doble de cuidado que aquellos hogares que no conviven con ninguno de ellos. Esta proporción disminuye en los posteriores tramos etarios (véase gráfico 2). En el caso de los hogares que tienen presencia de dos menores entre 4 y 5 años el tiempo de cuidado aumenta en promedio un 59% con respecto a hogares sin presencia de ellos. Para el tramo de 6 a 9 años el aumento es de 57,7%. Para el tramo de 10 a 14 años, habitar con dos menores de esas edades, aumenta en promedio un 51,8% el tiempo dedicado al cuidado con respecto a hogares que no tienen presencia de ningún menor entre 10 y 14 años. Y para el tramo de 15 a 17 años, este mismo indicador aumenta solo un 25,7%. Por lo tanto, a mayor edad en la infancia menor es la dedicación que requieren los hogares para satisfacer las demandas de cada grupo etario.

Gráfico 2
Variación porcentual del tiempo de trabajo doméstico y de cuidado realizado en hogares con dos menores de cada tramo etario con relación a no tener ninguno
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.

Población 2: personas mayores de 65 años

A diferencia de la población infantil y adolescente, donde se puede asumir que todos requieren de cuidados y supervisión permanente de terceras personas y con mayor intensidad mientras menor es la edad, en el caso de las personas mayores no todas requieren cuidados permanentes de otras personas. Una porción de la población es autónoma en su cotidiano e incluso proveedora de cuidados a otras/os.

Para indagar en las dinámicas de esta población, se utilizó la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012)[58]. La encuesta se realiza solamente en hogares donde habitan personas de 60 años o más, y se categorizan en tres tipos: unipersonal, multipersonal unigeneracional y multigeneracional.

[58] Ver en Anexo cuadro A1. con detalles sobre cobertura y el N muestral y poblacional de la encuesta.

Cuadro 6
Distribución de personas mayores de 65 años y más, según género y tipo de hogar, 2012

	Tipo de Hogar			
	Unipersonal	Multipersonal unigeneracional	Multigeneracional	Total
Hombres	249 919	718 315	733 327	1 701 561
(%)	14,7	42,2	43,1	100
Mujeres	722 894	685 536	959 686	2 368 116
(%)	30,5	29,0	40,5	100
Total	972 813	1 403 851	1 693 013	4 069 677
(%)	23,9	34,5	41,6	100

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCaViAM 2012.

De acuerdo con la información resumida en el cuadro 6, el 41,6% de las personas mayores vive en hogares multigeneracionales, es decir, con personas de edades más jóvenes. En segundo lugar, se encuentran quienes viven en hogares multipersonales unigeneracionales, esto es, quienes viven solamente con otras personas mayores (el 34,5% de las y los encuestados). Y finalmente un 23,9% vive solo o sola en su hogar.

Por otra parte, las mujeres corresponden al 58,2% del total de la población adulta mayor, lo que va en línea con las tendencias poblacionales históricas que muestran el fenómeno de la feminización de la vejez asociado a una mayor esperanza de vida para las mujeres. En efecto, de acuerdo con las últimas estadísticas publicadas por el INDEC, para 2020 la esperanza de vida de las mujeres al nacer corresponde a 81,4 años mientras que para los hombres se sitúa en 74,9 años (INDEC, 2013a).

La feminización de la vejez se asocia con problemáticas del cuidado debido el rol que cumplen muchas mujeres mayores en sus hogares como proveedoras de cuidado no remunerado. El haber dedicado gran parte de sus vidas a cuidar de familiares las pone en una situación compleja, de mayor soledad y aislamiento, cuando ahora son ellas las que necesitan ser cuidadas. Las diferencias en la distribución de hombres y mujeres en los tipos de hogar dan cuenta de ello. En el caso de las mujeres mayores, el 30,5% vive sola mientras que en los hombres esta proporción es solo del 14,7% (véase cuadro 6).

Por otra parte, la ENCaViAM realiza una tipificación diferenciando niveles de dependencia[59] que se observa en la vejez considerando dos tipos: dependencia básica y dependencia ampliada (INDEC, 2014). Para referirnos a ellas aquí se les denominará dependencia tipo A y tipo B respectivamente, e incluyen:

- Dependencia tipo A: presenta dependencia para las actividades básicas de la vida cotidiana si declara necesitar ayuda ya sea para comer, vestirse, bañarse, higienizarse, acostarse, caminar en la casa o usar escaleras.
- Dependencia tipo B: presenta dependencia para otras actividades de la vida cotidiana si declara necesitar ayuda ya sea para utilizar el teléfono, viajar, organizar medicamentos, manejar su dinero, hacer las compras, preparar comida caliente o hacer las tareas del hogar.

Un 11,9% de la población mayor de 65 años y más presenta dependencia tipo A y un 26,1% presenta dependencia tipo B. Estas proporciones se distribuyen desigualmente de acuerdo con el quintil socioeconómico al que pertenecen las personas, lo que alude el sesgo de clase que tendría el envejecimiento, el cual se sumaría al fenómeno de la feminización de la vejez. En efecto, en el cuadro 7 se observa cómo la proporción de personas con dependencia tipo A disminuye sistemáticamente desde el quintil I (16,6%) al quintil V (9,8%). Asimismo, en el cuadro 8 se observa una situación similar ante la dependencia tipo B. Un 36,3% del quintil más pobre presenta este tipo de dependencia mientras que, en el quintil más rico, solo el 15% la presenta.

[59] En el capítulo II se realizó un abordaje conceptual a las limitaciones y debates en torno al concepto de dependencia. En este capítulo se lo utiliza, siempre teniendo en cuenta dichas consideraciones, por la única razón que las fuentes de información utilizadas lo utilizan.

Cuadro 7
Distribución de personas mayores de 65 años y más, según quintil de ingreso per cápita y dependencia tipo A, 2012

Tipo A	Quintil					
	I	II	III	IV	V	Total
Sí	112 173	112 489	90 285	91 227	75 970	482 144
(%)	16,6	11,6	10,9	11,4	9,8	11,9
No	564 417	859 791	734 709	709 803	702 558	3 571 278
(%)	83,4	88,4	89,1	88,6	90,2	88,1
Total	676 590	972 280	824 994	801 030	778 528	4 053 422
(%)	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con datos de la ENCAVIAM 2012.

Cuadro 8
Distribución de personas mayores de 65 años y más, según quintil de ingreso per cápita y dependencia tipo B, 2012

Tipo B	Quintil					
	I	II	III	IV	V	Total
Sí	245 364	262 017	239 782	192 099	116 900	1 056 162
(%)	36,3	26,6	29,1	24,0	15,0	26,1
No	431 226	710 263	585 212	608 931	661 628	2 997 260
(%)	63,7	73,1	70,9	76,0	85,0	73,9
Total	676 590	972 280	824 994	801 030	778 528	4 053 422
(%)	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con datos de la ENCAVIAM 2012.

A continuación, se revisan diversos casos sobre la organización del cuidado de la población adulta mayor en los tres tipos de hogar ya descritos.

Hogar unipersonal

Los hombres mayores que viven solos se concentran en el quintil de mayores ingresos en un 34,8%. En el caso de las mujeres que viven solas, estas se encuentran en mayor proporción (32,4%) en el quintil II, aunque una proporción importante, cerca del 24%, está en el quintil 5. A pesar de la baja proporción de hombres y mujeres en el primer quintil de ingresos, resulta relevante conocer si esos casos cuentan con apoyo de personas cercanas para sus cuidados dado que viven solos y solas.

De los hombres que viven en hogar unipersonal, un 7,9% requiere ayuda para sus actividades esenciales cotidianas (dependencia tipo A), en el caso de las mujeres la proporción aumenta a un 12%. Por otra parte, un 19,1% de los hombres y un 29,3% de las mujeres mayores de 65 años que viven solos/as declaran que sí necesitan ayuda para una o más actividades no esenciales (dependencia tipo B).

De los hombres que declaran necesitar ayuda para las actividades del tipo A, un 18,7% dice contar con una persona cuidadora especializada, mientras que solo un 5,1% de las mujeres declara aquello. En el caso de los apoyos para las actividades del tipo B, un 35,4% de los hombres es ayudado por una persona de la familia, un 35,4% por empleada doméstica, un 20,2% por amigos/as o vecino/a, y un 8,3% por persona cuidadora especializada. En el caso de las mujeres que requieren ayuda para las actividades del tipo B, esta distribución es de 54,2%, 38,1%, 6,9% y 0,8%, respectivamente.

Hogar multipersonal unigeneracional

Un 95,6% de las personas mayores de 65 años que vive en hogares del tipo multipersonal unigeneracional convive solo con una persona más (también mayor).

En los hogares con más de una persona mayor se mantienen las proporciones sobre la dependencia tipo A de los hogares del tipo unipersonal (7,6% en hombres y 12% en mujeres). Con respecto a la dependencia tipo B, existe una disminución de la proporción con respecto al hogar unipersonal tanto en hombres como en mujeres. Un 16,1% de los hombres requiere ayuda para realizar ciertas actividades del tipo B, y en el caso de las mujeres la proporción alcanza a un 24,2%.

Por otra parte, las personas que viven en este tipo de hogar realizan cuidados a otras personas de su entorno cercano (niños/as o personas enfermas) sin recibir pago, en la siguiente proporción: 33,5% de las mujeres, y 19,4% de los hombres.

Multipersonal multigeneracional

Un 84,9% de las personas mayores que viven en este tipo de hogar lo hacen conviviendo con cuatro o menos personas (de distintas edades).

En estos hogares, el 8% de los hombres presentan una dependencia del tipo A, frente a un 19% de las mujeres, ésta última resulta bastante más alta en comparación con los otros tipos de hogar. Con respecto a la dependencia tipo B, un 21,3% de los hombres y un 37,8% de las mujeres dice necesitar ayuda en esas actividades, esto es 4,2 y 13,6 puntos porcentuales más, respectivamente, que la situación en el tipo de hogar unigeneracional.

Por otra parte, un 32,2% de las mujeres que viven en hogares multipersonal multigeneracional realiza labores de cuidados a otras personas de su entorno cercano sin recibir pago, y en el caso de los hombres, la proporción es de 25,5%. Las diferencias con el caso anterior aumentan solo en el caso de los hombres; lo que supone que es más probable que los hombres cuiden a personas con las que conviven a que participen en labores de cuidados hacia integrantes de otros hogares.

Población mayor que cuida

Más allá del tipo de hogar en el que habita este grupo de la población, lo cierto es que en la vejez se concentra una alta demanda de cuidados propias del envejecimiento que comúnmente se conjuga con enfermedades crónicas o diversos grados de limitación de la autonomía. Sin embargo, una porción de la población mayor a 65 años, en particular las mujeres, suelen ser responsables de una parte importante de las necesidades de cuidados de menores de 15 años. A continuación, se revisa el aporte en cuidado que realiza la población con datos del uso del tiempo.

El gráfico 3 muestra la distribución por tramo de edad del tipo de aporte en cuidado que realizan las personas de 65 años y más en los hogares (se excluyen hogares unipersonales porque no aportan información relevante sobre la distribución de los trabajos de cuidado intrahogar).

El indicador *porcentaje de aporte en cuidado* se construye bajo los siguientes parámetros:

- No cuida: persona que no realiza trabajos domésticos y de cuidado en su hogar.
- Aporte mínimo: realiza hasta el 25% del total del trabajo doméstico y de cuidado que se efectúa en su hogar.
- Aporte complementario: realiza más del 25% y hasta el 50% del total del trabajo doméstico y de cuidado que se efectúa en su hogar.
- Aporte principal: realiza más del 50% del total del trabajo doméstico y de cuidado que se efectúa en su hogar.

Como se observa en el cuadro 9, existen grandes diferencias entre hombres y mujeres en el aporte que realizan de cuidados en sus hogares. La mayoría de los hombres de la población de 65 años y más, no cuida (47,6%) o cuida mínimamente (15,8%), mientras que la mayoría de las mujeres de este grupo cuida de forma principal (47,4%) o de forma complementaria (21,5%) en su hogar.

Cuadro 9
Distribución de personas mayores de 65 años en los hogares, según género y aporte en trabajo de cuidado en el hogar

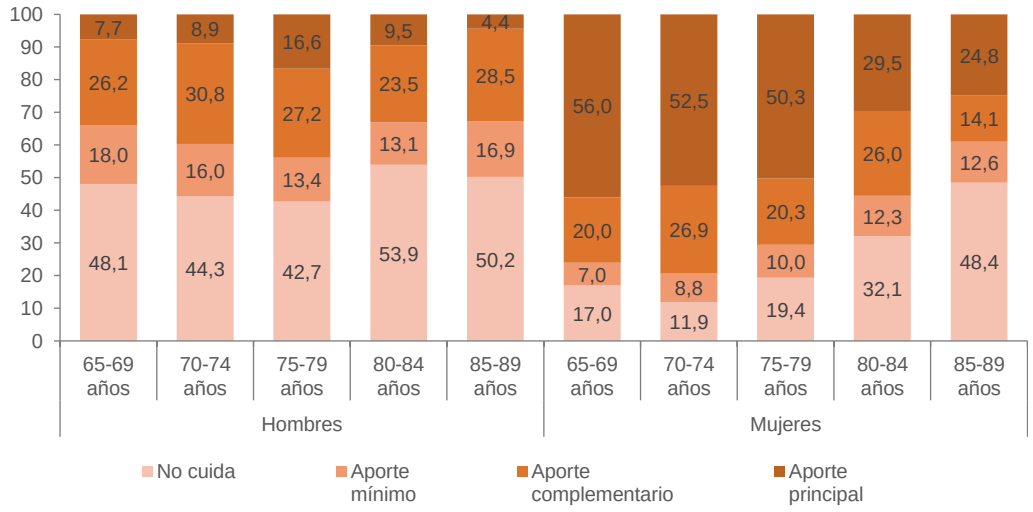
	Hombres	Mujeres
No cuida	47,6%	22,0%
Aporte mínimo	15,8%	9,1%
Aporte complementario	26,9%	21,5%
Aporte principal	9,7%	47,4%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos del módulo del uso del tiempo de la EAHU, 2013.

En el gráfico 3, se observan tendencias disimiles entre hombres y mujeres frente al aporte que realizan en sus hogares de acuerdo con la edad. Mientras las mujeres presentan una clara tendencia a disminuir los ritmos del trabajo de cuidado a medida que envejecen, los hombres presentan una tendencia bastante estable con poca variación entre las edades. Aquellos entre 65 y 69 años aportan en sus hogares casi en la misma proporción que los hombres de 85 a 89 años.

La diferencia por género en las edades más jóvenes puede ser de particular interés para las políticas de corresponsabilidad que se puedan elaborar. Entre los 65 y los 69 años, un 48,1% de los hombres no ofrece horas de cuidado en su hogar, esto quiere decir que no realizan labores domésticas ni siquiera para sí mismos, es decir, existen otras personas que las realizan por ellos. En el caso de las mujeres esta relación es del 17%, porcentaje que se encuentra más cercano a las proporciones de adultas mayores que tienen algún nivel de dependencia (tipo A o tipo B) que requiere asistencia.

Gráfico 3
Tipo de aporte en trabajo de cuidado que realizan las personas mayores en sus hogares, según edad y género (hogares con más de 1 persona)
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.

En el mismo tramo etario se distingue que el 56% de las mujeres realizan los cuidados de forma principal en los hogares en que viven. Esta situación decae a medida que aumenta la edad. En el tramo 70 a 74 años, corresponde a un 52,5% de las mujeres; en el tramo 75 a 79 años, al 50,3%; en el tramo 80 a 84 años disminuye al 29,5%; y en el tramo de 85 a 89 años, la proporción es del 24,8%.[60]

Como se mencionaba anteriormente, sería relevante indagar en las razones para no cuidar de aquellos hombres en edad de hacerlo. Pues puede constituir un foco de interés para las políticas que busquen formas de redistribuir las sobrecargas de cuidado que asumen las mujeres en la adultez mayor.

Población 3: Personas con discapacidad

De acuerdo con la OMS (2021) la discapacidad se entiende como la interacción entre las personas que tienen algún problema de salud y ciertos factores personales y ambientales. Fruto de ello se originan graves problemas sociales, tales como la exclusión de estas personas de espacios laborales, estudiantiles, políticos, deportivos, entre muchos otros. Además, estas discriminaciones se potencian cuando los servicios públicos de salud, de educación o de cuidados, no se encuentran disponibles para atenderles, derivando los requerimientos hacia los hogares. En esta sección se realiza una breve caracterización de esta población, utilizando principalmente dos fuentes de información.

Por una parte, el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad realizado en 2018 por el INDEC constituye la fuente más actualizada y detallada de este grupo poblacional; y, en segundo lugar, se utiliza el Censo de 2010 que incorpora una pregunta sobre la existencia de dificultades o limitaciones permanentes en su cuestionario ampliado (ver detalle de preguntas en diagrama A2 en anexo)[61].

En el estudio de 2018, se contabiliza a 3.571.983 personas (de 6 años y más) con alguna dificultad o discapacidad, lo que corresponde al 10,2% de la población total. Por su parte, en el Censo de 2010 se contabilizan 5.112.959 personas con algún tipo de dificultad o discapacidad permanente, lo que equivaldría al 12,9% de la población[62]. La diferencia radica principalmente en que el primero no incluye información de niños/as menores a 6 años ya que, de acuerdo con las recomendaciones de UNICEF, en ese tramo etario es difícil saber si la dificultad para realizar ciertas actividades se debe a los diferentes ritmos de crecimiento de las y los niños, o efectivamente a alguna discapacidad.

Las personas que tienen dificultad, o no pueden realizar algunas actividades como caminar, bañarse, ver, oír, recordar cosas, comunicarse, agarrar objetos con las manos, entre otras, requieren más cuidados que quienes sí pueden hacer aquellas actividades. Aunque esto no implica que carecen de autonomía para decidir qué quieren hacer. Solo significa que necesitan más apoyos y cuidados de otras personas.

Los grados de dependencia abarcan un abanico amplio de posibilidades; ciertas personas pueden requerir asistencia intensiva, y otras, en especial las mujeres, pueden incluso ser proveedoras de cuidados en sus hogares. De hecho, el Estudio al indagar en el estado ocupacional de las personas con discapacidad pregunta por la razón de no buscar empleo y encuentra que el 16,2% de las mujeres encuestadas respondió que la razón principal de su inactividad era la dedicación al cuidado del hogar. En el caso de los hombres solo un 1,2% respondió lo mismo (véase gráfico 4).

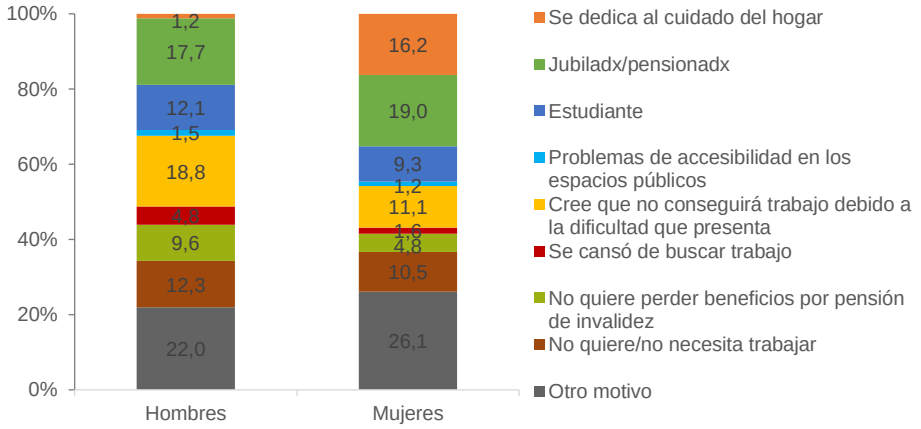
---

60 No se presentan los tramos superiores a 90 años porque la cantidad de observaciones es muy baja y no se aprecian tendencias útiles de analizar.

61 Para identificar a la población con discapacidad se considera que la persona encuestada respondió "Sí" a una o más de dichas opciones.

62 Cuestionario ampliado, datos con expansión.

Gráfico 4
Distribución de las personas inactivas con discapacidad según razones de la inactividad y género, 2018
(En porcentajes)

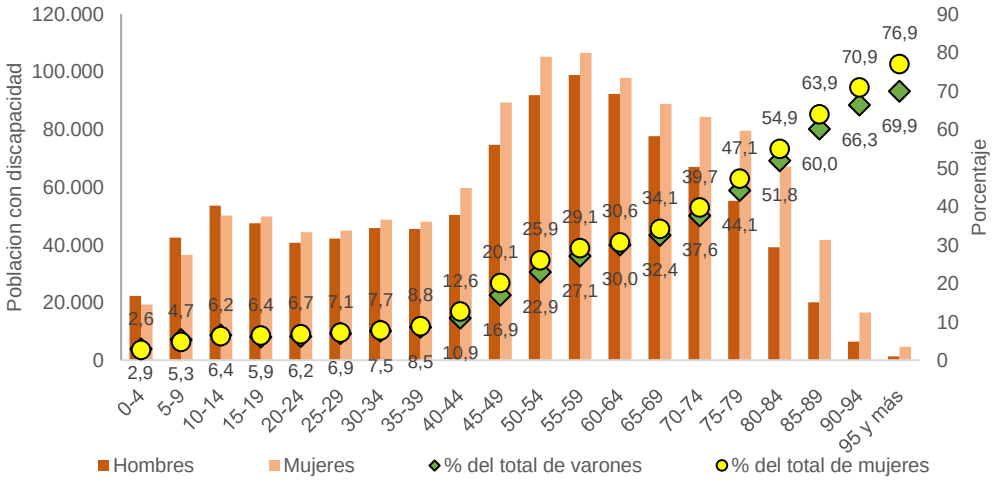


Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, 2018.
Nota: Se seleccionó a las personas en edad de trabajar entre los 15 y 64 años (ambos inclusive).

Los resultados del Estudio indican que en el 25,3% de los hogares habitaba una persona con dificultad o discapacidad (INDEC, 2018). Es decir que en uno de cada cuatro hogares las personas que lo habitan probablemente deben organizarse para cuidar, ayudar o supervisar a quien o quienes tienen dificultad o discapacidad. Teniendo en cuenta que algunos de los requerimientos de cuidado de la población con discapacidad pueden llegar a ser muy intensivos se debe poner especial atención a la forma en la que estos se distribuyen en los hogares y la sociedad.

La distribución etaria y por género de las personas con discapacidad muestra claras tendencias. En primer lugar, la mayor concentración de población con discapacidad se encuentra entre los 45 y 84 años (ver gráfico 5). Sin embargo, a medida que aumenta la edad, aumenta la proporción de personas con alguna discapacidad sobre el total de población de la misma edad. Desde los 75 años en adelante, más del 44,1% de los hombres y del 47,1% de las mujeres presentaría alguna discapacidad, estos porcentajes llegan a 69,9% en hombres y 76,9% en mujeres cuando tienen 95 años o más.

Gráfico 5
Distribución de la población con discapacidad, según edad y género, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo 2010 ampliado.

Estas cifras dan cuenta también de que a medida que aumenta el envejecimiento se amplía la brecha entre hombres y mujeres con discapacidades. Existe una mayor concentración de mujeres con alguna limitación permanente en la población adulta mayor, lo que va en línea con la yuxtaposición que suele plantearse entre feminización del envejecimiento y discapacidad. A lo anterior se suma el hecho de que las mujeres en edad avanzada viven en contextos de mayor vulnerabilidad económica, debido a las bajas pensiones que reciben, lo que potencia el riesgo de que cualquier deterioro de la salud o accidente se transforme en una discapacidad (CEPAL, 2013).

Si las limitaciones funcionales, las enfermedades crónicas, el aislamiento, entre otras situaciones, no se atienden ni se provee del cuidado necesario, la calidad de vida de las personas con discapacidad en la vejez, especialmente de las mujeres, corre el riesgo de sufrir un deterioro importante (Huenchuan, 2018). Esta situación suele estar invisibilizada y existe poca atención desde las políticas públicas. Sin embargo, con la mayor esperanza de vida de las mujeres y la mayor probabilidad de que vivan con alguna discapacidad en la adultez resulta evidente que serán ellas las principales usuarias potenciales de las políticas de cuidado en esta materia.

Población 4: Personas que realizan el cuidado no remunerado

Las reivindicaciones feministas sobre el trabajo sostienen que las condiciones materiales que permiten la reproducción de las personas en general, y de la fuerza de trabajo en particular, requieren de una inmensa dedicación de tiempo de trabajo doméstico y de cuidado para transformar los bienes en bienestar, asunto que ha permanecido históricamente oculto (Carrasco, 2017). La compra y preparación de los alimentos, la limpieza del hogar, el lavado de ropa, la alimentación y la higienización de las y los niños, son algunas de las tareas diarias que se obvian en el funcionamiento de la sociedad. Estas han sido realizadas sin ningún reconocimiento social ni económico a las personas que lo hacen, quienes en muchos casos (por ejemplo, por asistir a familiares con dependencia permanente) deben dedicar su vida por completo a ello, condicionando su propio bienestar y siendo, además, excluidas de derechos sociales y laborales.

Resulta innegable que el rol de la mujer cuidadora y el hombre proveedor sigue siendo hegemónico en las sociedades latinoamericanas. La distribución de los trabajos se rige por múltiples sistemas de opresión, entre ellos una estructura de corte patriarcal que divide el trabajo según el género, asignando a las mujeres la responsabilidad principal del trabajo al interior de los hogares y a los hombres los trabajos que se realizan fuera de estos, generando grandes desigualdades en términos de visibilidad, reconocimiento y remuneración.

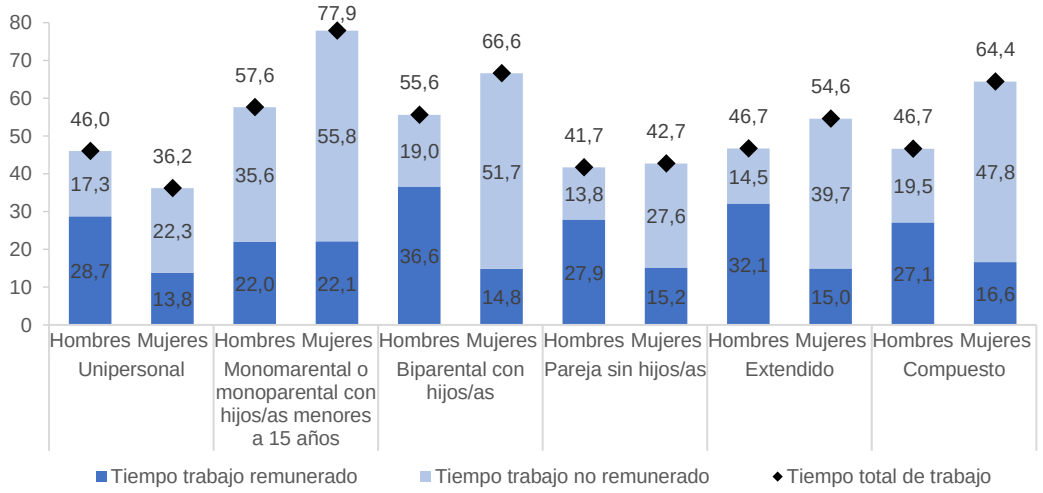
Los trabajos de cuidado en el hogar suelen ser ejercidos de forma gratuita principalmente por madres, abuelas, tías y hermanas. En los hogares de mayor poder adquisitivo lo anterior se complementa pagando a trabajadoras de casa particular, niñeras, enfermeras, educadoras u otras personas que realicen labores de cuidado.

Por otra parte, la entrada de las mujeres al mercado laboral si bien ha permitido importantes mejoras en términos de la autonomía de las mujeres también ha devenido en una sobrecarga de trabajo debido a la falta de corresponsabilidad de las tareas domésticas y de cuidado en el hogar. Quienes trabajan de forma remunerada deben ajustarse a jornadas laborales que no están planificadas para personas con responsabilidades de cuidado, lo que presiona constantemente a las mujeres a salir del mercado laboral para cuidar, o bien, realizar trabajos informales y flexibles asociados a peores condiciones laborales (Vaca-Trigo, 2019).

Dado el contexto de crisis de los cuidados en el que nos situamos, es preciso abordar la pregunta "quién cuida a las que cuidan". En este sentido, al igual que en los casos anteriores, se debe caracterizar a este extenso grupo poblacional para dimensionar cómo se configuran los hogares donde existen sobrecargas de trabajo de cuidado no remunerado, y analizar qué espacios existen para una redistribución más justa de esas labores.

Para abordar el análisis se utiliza principalmente el módulo de uso del tiempo de la EAHU 2013. En el gráfico 6 se presenta la distribución y composición de los tiempos de trabajo dedicado por hombres y mujeres en una semana según el tipo de hogar en el que habitan. El tiempo total de trabajo, o carga global, se compone de la suma del tiempo de trabajo remunerado y el tiempo de trabajo no remunerado.

Gráfico 6
Composición del tiempo total de trabajo, según género y tipo de hogar
(En horas semanales)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.

En todos los tipos de hogares las mujeres dedican significativamente más tiempo al trabajo no remunerado que los hombres. La mayor diferencia se da en los hogares biparentales con hijos/as, donde las mujeres realizan en promedio 32,7 horas más a la semana que los hombres. Justamente es en este tipo de hogar (de parejas con hijos/as) donde se puede observar con mayor claridad la división sexual del trabajo, la falta de corresponsabilidad en el cuidado y la sobrecarga de las mujeres expresada en la carga global de trabajo.

Un caso especialmente preocupante en términos de sobrecarga de trabajo puede estar dándose en los hogares monomarentales con menores de 15 años. Esto porque la carga global de trabajo, que equivale en promedio a 78 horas semanales, es bastante más alta que lo que realizan las mujeres en cualquier otro tipo de hogar, y 20 horas más de lo que dedican los hombres en la misma situación. Probablemente, los hombres en hogares monoparentales cuenten con más redes de apoyo o formas de externalizar el cuidado en el hogar que les permita ejercer una dedicación sin sobrecargas.

Cabe mencionar que en los hogares de pareja sin hijos/as casi no existen diferencias en las horas dedicadas al trabajo total, sin embargo, se observa una clara división de roles de género donde los hombres dedican la mayor parte al trabajo remunerado mientras que las mujeres dedican la mayor parte de su tiempo al no remunerado.

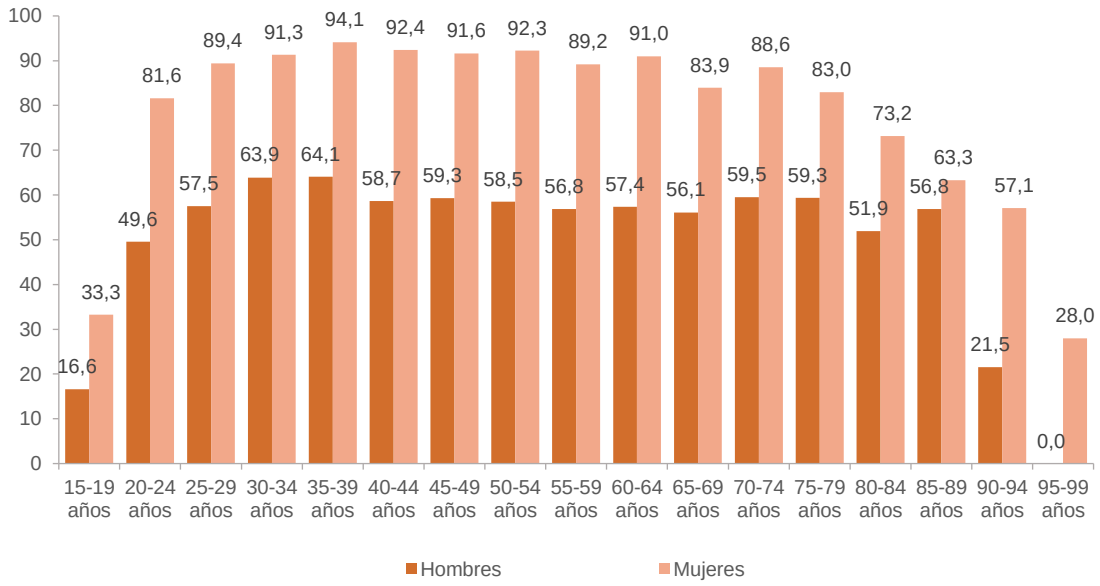
El Gráfico 7 permite observar otra perspectiva. La parte A del gráfico muestra la distribución de la población que cuida al menos 1 hora a la semana como proporción de la población total por edad quinquenal. Se observa que, entre los 25 años y los 64 años, 9 de cada 10 mujeres cuida al menos 1 hora. El tramo etario con mayor participación para ambos géneros es entre los 35 y 39 años, donde un 94,1% de las mujeres en esa edad cuidan al menos 1 hora a la semana y en el caso de los hombres la participación es de un 64,1%.

Las brechas se amplifican si observamos la parte B del gráfico donde se muestra la distribución de la población que cuida más de 25 horas semanales como porcentaje del total de población en ese

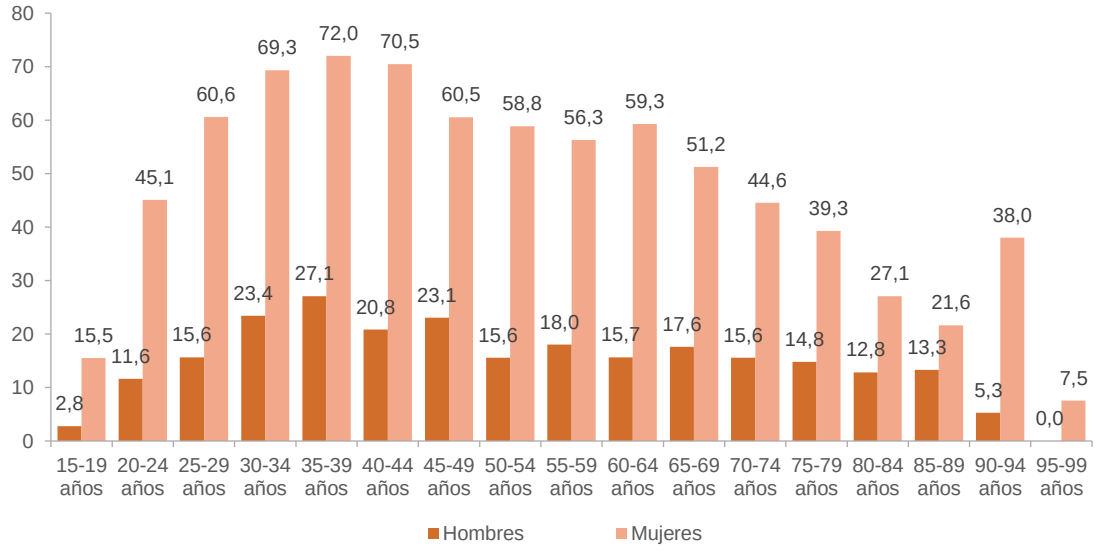
rango etario. Se observa que las mujeres mantienen una alta concentración en todos los tramos etarios, en especial, en las edades reproductiva y de crianza. En efecto, siete de cada diez mujeres, entre los 30 y 44 años, cuida más de 25 horas semanales. En comparación con los hombres de esos rangos etarios, se observa que la máxima concentración se encuentra en el tramo de 35 a 39 años, donde apenas un 27,1% de ellos cuida más de 25 horas semanales.

Gráfico 7
Distribución de la población que cuida como proporción del total de la población, según edad y género

A. Cuida al menos 1 hora semanal



B. Cuida más de 25 horas semanales



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.

Para indagar en la población cuidadora que puede estar enfrentando sobrecargas de trabajo doméstico y de cuidado, se utilizan dos indicadores: la jornada de trabajo de cuidado no remunerado que se dedica en los hogares y el porcentaje de aporte que se realiza al total del trabajo no remunerado en su hogar. La construcción de este último indicador fue presentada en el apartado de la población adulta mayor que cuida.

Si se considera la *jornada de trabajo de cuidado no remunerado* (véase cuadro 10), su distribución presenta un contraste evidente entre hombres y mujeres. Mientras más de la mitad de los hombres (52,8%) que cuida realiza una jornada básica de trabajo de cuidado, más de la mitad de las mujeres (55,3%) realiza jornadas completas de cuidado.

Cuadro 10
Distribución de la población que cuida, según jornada de trabajo de cuidado no remunerado y género

	Hombres	Mujeres
Jornada básica (la persona realiza entre 1 y 14 horas en la semana)	52,8%	20,4%
Jornada media (la persona realiza entre 15 y 34 horas en la semana)	24,9%	24,3%
Jornada completa (la persona realiza 35 horas y más, con tope máximo de 168 hrs., en la semana)	22,3%	55,3%
Total	100%	100%

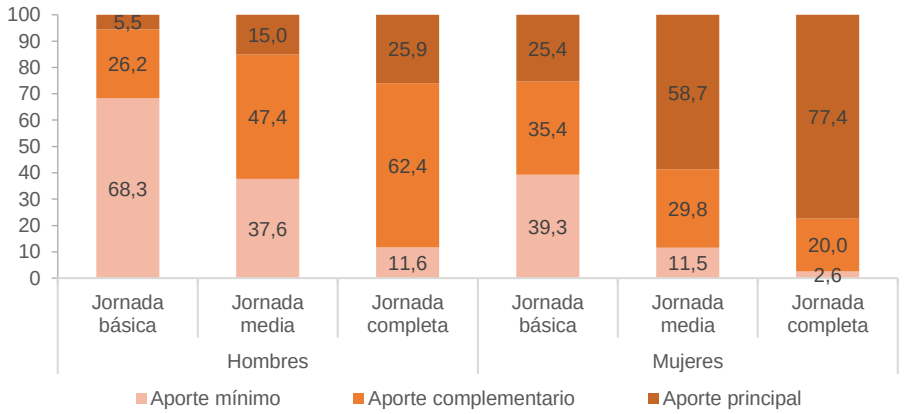
Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.

Cabe preguntarse si estas jornadas de trabajo, en cualquiera de sus niveles, representan una parte importante dentro del trabajo de cuidado total que se realiza en los hogares. Esto porque puede suceder que una jornada media de trabajo de cuidado en un hogar no signifique un aporte sustancial cuando el hogar presenta una demanda considerablemente alta de trabajo de cuidado, o bien, que una jornada básica de trabajo sea suficiente para cubrir toda la demanda que cierto hogar requiere. A continuación, se cruzan los indicadores ya presentados para observar la distribución de las jornadas de trabajo según la proporción que representa del total de trabajo de cuidado que se provee en el hogar (se excluyen hogares unipersonales).

En primer lugar, se encuentra que, en las jornadas básicas de trabajo de cuidado, justamente donde se concentran los hombres, la gran mayoría de ellos (68,3%) se encuentra realizando un aporte mínimo al hogar en relación con el trabajo de cuidado que efectivamente se provee entre todos los miembros del hogar (véase gráfico 8). Asimismo, un 26,2% realiza un aporte complementario en su hogar y apenas un 5,5% de los hombres que realizan jornadas básicas de cuidado se encontrarían efectuando con ello, el aporte principal en sus hogares.

Por otra parte, se puede alertar de posibles sobrecargas de trabajo, o de una concentración de la responsabilidad del cuidado, en las personas que realizan jornadas completas de cuidado cuando esta dedicación representa, a la vez, el aporte principal en el hogar. En el caso de las mujeres un 77,4% de las que realizan jornadas completas de trabajo de cuidado se encontraría en esta situación. Lo que indicaría que es en el cruce de estas categorías donde se concentra la mayor cantidad de mujeres que cuida. Es decir, la mayoría de las mujeres se encuentran realizando labores de cuidado en alta intensidad y con una carga alta de responsabilidad en sus hogares al ser las encargadas principales de proveer el cuidado. Por su parte, tres de cada cuatro hombres que realizan jornadas completas de trabajo de cuidado se encuentra realizando un aporte complementario o mínimo sobre el total de labores que se realizan en el hogar.

Gráfico 8
Distribución de las personas que cuidan por tipo de aporte y jornada de trabajo de cuidados no remunerado
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.

En el mismo sentido, en el gráfico 9 se indaga en la distribución de esta población según condición de actividad. Se pretende observar si teniendo otras responsabilidades de trabajo remunerado se realizan además jornadas extensas de trabajo no remunerado. Para ello se toma a la población entre 18 y 64 años.

En primer lugar, las tendencias en cada categoría son similares a las revisadas anteriormente; los hombres se concentran en las jornadas básicas de trabajo de cuidado en todos los estados ocupacionales (ocupados, desocupados o inactivos), mientras las mujeres se concentran en las jornadas completas.

En segundo lugar, se observa que, de las mujeres ocupadas en el mercado laboral, casi la mitad de ellas (48,4%) realiza además jornadas completas de trabajo de cuidado en sus hogares. Este grupo podría estar enfrentando sobrecargas de trabajo con posibles implicancias negativas en su bienestar físico y mental. Las sobrecargas de trabajo limitan la autonomía de las personas para dedicar tiempo a otras actividades personales o sociales como el deporte, la entretención, el activismo político, la posibilidad de formar o mantener amistades, entre muchas otras.

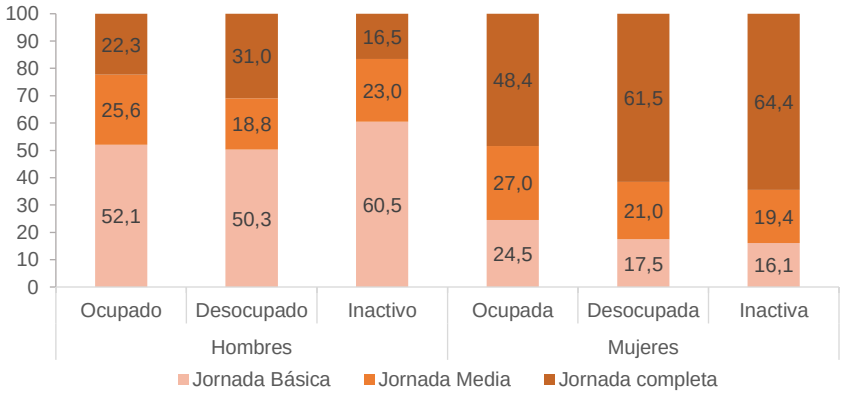
Cuando las mujeres se encuentran desocupadas, un 61,5% de ellas dedica jornadas completas al cuidado en el hogar. En la siguiente categoría sigue aumentando la proporción: el 64,4% de las mujeres que se encuentran fuera del mercado laboral realiza jornadas completas de cuidado en el hogar.

Los hombres en cambio no presentan aquella tendencia asociada a la categoría ocupacional en la que una mayor disponibilidad de tiempo por falta de trabajo remunerado se traduce en trabajo de cuidado no remunerado. Solo un 16,5% de los hombres dedica más de 35 horas semanales al trabajo de cuidados en su hogar cuando se encuentran fuera del mercado laboral (véase gráfico 8).

En este sentido se evidencia una diferenciación clara en los roles de género frente a la distribución del trabajo remunerado y no remunerado. Cuando los hombres se encuentran fuera del mercado laboral la mayoría no se enfrenta a la responsabilidad del trabajo de cuidado de su hogar. En efecto, la mayor parte de ellos se dedica a estudiar (43,3%), otra fracción se encuentran jubilados o pensionados (23,2%), un 16% se dedica a otras actividades, un 5,8% se encuentra en situación de discapacidad y solo un 10,9% declara dedicarse principalmente a labores del hogar. Por su parte, el 58,1% de las mujeres que se encuentran fuera de la *población económicamente activa* lo hace por atender de forma no remunerada el cuidado de su hogar, mientras que un 18,9% lo hace por estar estudiando, un 16,6 por estar jubilada o pensionada, un 5% se dedica a otras actividades y menos de un 1% se encontraría discapacitada (Ver gráfico A1 en Anexo)[63].

[63] Datos obtenidos del procesamiento de información de la EAHU 2013, para personas inactivas entre los 18 y 64 años (ambos inclusive).

Gráfico 9
Distribución de las personas que cuidan por jornada de trabajo de cuidados y condición de actividad
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo en la EAHU 2013.
Nota: Se seleccionó a la fuerza de trabajo comprendida entre los 18 y los 64 años.

C. Metodología de estimación de la demanda de cuidado no remunerado en los hogares

1. Antecedentes

En la sección B se realizó una caracterización de las diferentes poblaciones de interés en la demanda de servicios de cuidados no remunerados en los hogares. Observar diferentes panoramas permite entender cómo se organizan los hogares para satisfacer las necesidades de sus miembros cuando estas necesidades son diversas y contextuales.

Distinguir esta diversidad es posible por el uso de múltiples fuentes de información, cada una con sus respectivas limitantes, lo que presenta como desafío la dificultad de brindar una mirada simple y consolidada. En consecuencia, en este apartado se presenta una metodología para la construcción de un índice de demanda potencial de cuidados no remunerados que permita generar proyecciones, indicadores y análisis para la toma de decisión a partir de distintas fuentes de datos.

En primer lugar, se realizará una estimación que permita aproximar una respuesta al interrogante sobre quién cuida a quién en los hogares, debido a que el módulo del uso del tiempo de la EAHU de 2013 realizado en los hogares de la Argentina no provee directamente esta información. La estimación se basa en las horas efectivas de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado que realizan los miembros del hogar para satisfacer las necesidades de ellos y los demás miembros de acuerdo con la conformación de cada hogar.

En síntesis, a partir de la información disponible, en esta sección se plantea estimar la demanda potencial de servicios de cuidado no remunerado. La estimación permitirá elaborar indicadores que puedan ser aplicados en nuevas encuestas o Censos, habilitando entre otras desagregaciones, una de carácter territorial.

La metodología utilizada se basa en la propuesta de María Ángeles Durán (2012) revisada en el documento *"El trabajo no remunerado en la economía global"*. Allí se establece la construcción de ponderadores para el cálculo de la demanda de cuidados en España. Esta herramienta es aplicable a series históricas, a proyecciones y al ciclo vital y se utiliza para crear escenarios de distribución entre diferentes grupos poblacionales, considerándose un indicador complejo de dependencia. Dado que es un indicador versátil y de fácil aplicación resulta útil para la elaboración de políticas públicas (Durán, 2012).

El indicador que presenta Durán, desde 2005 se denomina *Escala de Madrid I*, luego en 2010 se actualizó a la *Escala de Madrid II*. Ambas escalas son instrumentos que permiten estimar la demanda de cuidado con proyecciones demográficas ponderadas por el consumo de servicios de cuidado no remunerado en los hogares (Rossel, 2016).

Para construir la escala se utiliza el criterio de expertos/as, quienes establecen como referencia que la población potencialmente activa, aquella entre los 18 y 64 años, corresponderá a la Población Potencialmente Cuidadora (PPC). Toman como supuesto que el nivel medio habitual de consumo de servicios de cuidado no remunerado de esta población es igual a una unidad, y a partir de ello se define el resto de los estratos poblacionales, entendiendo que la población joven (0-17 años) y la población adulta mayor (65 años y más) consume más servicios de cuidado que la PPC (Rossel, 2016).

Además de la Escala de Madrid, se han creado otras escalas para ajustar el instrumento a cada contexto. En un seminario realizado en la CEPAL en 2008, se reunieron 21 expertas/os de América Latina para discutir las diferencias de demanda de cuidados no remunerado entre los distintos tramos etarios de la población en sus respectivos países. Con el promedio de todas las escalas propuestas en esa instancia surge la Escala de Santiago (Durán, 2012). La comparación con la Escala de Madrid se observa en el cuadro 11.

Cuadro 11
Escala de Madrid I y de Santiago

Grupos de edad	A	B
	Escala de Madrid I	Escala de Santiago
0 - 4 años	2,00	5,57
5 - 14 años	1,50	2,32
15 - 17 años	1,20	1,77
18 - 64 años (grupo de referencia 1 unidad)	1,00	1,00
65 - 74 años	1,20	1,90
75 - 84 años	1,70	2,34
85 años y más	2,00	2,55

Fuente: María Ángeles Durán, *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao, Fundación BBVA, pág. 438, 2012.

Las diferencias de la escala de Madrid I con la escala de Santiago apuntan a una mayor demanda en los tramos etarios extremos. En la escala de Santiago la tendencia fue asignar más peso a la demanda de cuidados de los menores de 4 años (considerando tanto el cuidado efectivamente recibido como el necesario). A diferencia de la Escala de Madrid I, los valores establecidos no quedaron simétricos entre los grupos etarios de los extremos (0 a 4 años y más de 85 años).

Las distintas escalas pretenden reflejar de mejor manera la organización social del cuidado en cada sociedad. En América Latina la cobertura de servicios de cuidados y de educación inicial para menores de 5 años es limitada y desigual y lo mismo ocurre con los servicios de atención a mayores de edad, la oferta es escasa, la cobertura mínima y el acceso y la calidad dependen de la disponibilidad monetaria de las familias, lo que atribuye más responsabilidades de cuidados a los hogares. Además, ya en 2008 el envejecimiento poblacional en España se encontraba en niveles avanzados en comparación con Latinoamérica, lo que también se refleja en el peso que se da en la escala a la demanda de la población de mayor edad (en relación con los grupos más jóvenes).

Por otra parte, en el Uruguay, Batthyany y Aguirre (2004) también realizaron un ejercicio para establecer una Escala de Montevideo. En el estudio, ellas utilizaron el criterio de sistema de jueces: se conformó un panel de 10 personas diversas y se les pidió que actuaran como jueces ponderando las necesidades de cuidados de los individuos y asignando valores entre 1 y 2, según los tramos etarios que muestra el cuadro 12. En esta escala los tramos etarios extremos quedaron relativamente simétricos, con ello se desprende que los requerimientos de cuidados de la infancia y la vejez son similares en cuanto a la dedicación que demandan.

Cuadro 12
Escala de Montevideo

Tramos etarios	Unidades de Cuidado
0 a 4 años	2
5 a 14 años	1,7
15 a 19 años	1,5
20 a 64 años	1,2
65 a 74 años	1,5
75 a 79 años	1,7
80 y más años	1,9

Fuente: Batthyany, K., & Aguirre, R. (2004). Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur. Montevideo: Cinterfor, 2001.

2. Una escala para la Argentina

De acuerdo con Durán (2012) el ejercicio realizado por expertas/os en Santiago de Chile puede ser tomado como punto de partida y revalidarse con nuevos estudios empíricos basados en las Encuestas de Uso del Tiempo. De esta manera, en esta sección se presenta una metodología para elaborar una escala que represente la situación específica de la Argentina. Se utilizan datos empíricos del módulo de uso del tiempo de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos de 2013, y se realiza una estimación econométrica para dilucidar las diferencias por tramos etarios de requerimientos de cuidados en los hogares. A continuación, se detallan las variables y los procedimientos realizados.

En primer lugar, se utiliza como variable dependiente un proxy de los requerimientos de cuidados: las horas de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (tdcnr) diarias dedicadas por cada individuo en su hogar. Las variables independientes de interés corresponden a la cantidad de personas por hogar de cada uno de los siguientes tramos etarios: 0 a 3 años, 4 a 5 años, 6 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 17 años, 65 a 74 años, 75 a 84 años y 85 años y más[64]. Se realiza un filtro para que la estimación se realice sobre personas entre 18 y 64 años bajo el supuesto de que corresponde con la Población Potencialmente Cuidadora. Además, se utilizan las siguientes variables de control: género, edad, número de personas en el hogar, horas dedicadas al trabajo remunerado, nivel educacional y provincia de residencia. La estimación realizada permite estimar las diferencias por tramo etario que adiciona la población menor a 18 años y mayor a 64 años en el tiempo de trabajo doméstico y de cuidados que realiza la PPC (cuadro 13).

De acuerdo con los resultados, cada niño/a de 3 o menos años adiciona en promedio 2,48 horas de cuidados a la PPC. Se observa que a mayor edad en la infancia menor requerimiento de cuidado exige a la PPC, como se había mostrado previamente. Cada niño/a de 4 y 5 años adiciona en promedio 2,1 horas de cuidados, las/os niños de entre 6 y 9 años adicionan en promedio 1,73 horas, aquellas/os de entre 10 y 14 años adicionan en promedio 1,26 horas y cada adolescente de entre 15 y 17 años adiciona en promedio 0,57 horas diarias.

Luego, se observa que la población adulta mayor aumenta los requerimientos a medida que aumenta la edad. Sin embargo, los resultados sugieren que el tramo etario entre 65 y 74 años no sería mayoritariamente demandante de cuidados de la PPC. En efecto, la presencia de ellas/os en los hogares disminuye las horas de cuidado, en promedio, 0,32 horas al día por lo que se considerarán una expansión de la Población Potencialmente Cuidadora original. Finalmente, la población entre 75 y 84 años, por una parte, y aquella de 85 años y más, por otra, aumentan las horas de cuidado de la PPC en promedio en 0,53 horas y 0,66 horas, respectivamente.

[64] Los tramos escogidos responden a etapas del ciclo de vida donde se distinguen cambios importantes en relación con el sistema educativo y los requerimientos de cuidado.

Cuadro 13
Estimación econométrica de MCO sobre el tiempo de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado realizado por los individuos en sus hogares

Variables	(1) tiempo_tdcnr
n_3_dep_s	2,477*** (0,0934)
n_4_5_dep_s	2,103*** (0,140)
n_6_9_dep_s	1,732*** (0,0917)
n_10_14_dep_s	1,256*** (0,0954)
n_15_17_dep_s	0,572*** (0,0836)
n_6574_dep_s	-0,323*** (0,0792)
n_7584_dep_s	0,530** (0,220)
n_85_dep_s	0,664** (0,273)
Genero	3,372*** (0,0780)
Edad	0,0184*** (0,00265)
num_per	-0,632*** (0,0288)
horasocup	-0,0353*** (0,00188)
i.nivel_educ	SI
i.provincias	SI
Constante	-1,362*** (0,254)
Observaciones	55,611
R-cuadrado	0,333

Fuente: Elaboración propia.
Nota: Error estándar en paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Todas las variables de interés resultan significativas al 5% o al 1%. Los resultados coinciden con la tendencia que presentan las otras escalas sobre la demanda de cuidados de los grupos poblacionales de menor y mayor edad. Cabe mencionar que el género de las personas entre 18 y 64 años es de todas maneras el mayor determinante de la cantidad de horas de cuidado que se dedica en los hogares. Considerando todas las otras variables de control, se observa que quienes se identifican como mujeres aumentan en promedio 3,37 horas diarias el trabajo de cuidados en relación con quienes se identifican como hombres.

A partir de los resultados (medidos en horas) se realiza una estandarización para generar la Escala de Argentina tomando a la población potencialmente cuidadora como la unidad de referencia (véase cuadro 14). La fórmula utilizada para la estandarización es:

$$\frac{(x - valor\ mín)}{(valor\ máx\ - valor\ mín)} + 1$$

Donde x corresponde a las horas estimadas en un determinado tramo etario, el valor mínimo corresponde a 0 y el valor máximo a 2,48 horas.

Cuadro 14
Estandarización de horas a ponderador Escala de Argentina

Tramos etarios	Horas estimadas	Escala de Argentina
0 a 3 años	2,48	2,00
4 a 5 años	2,10	1,85
6 a 9 años	1,73	1,70
10 a 14 años	1,26	1,51
15 a 17 años	0,57	1,23
18 a 64 años	PPC	1
65 a 74 años	PPC	1
75 a 84 años	0,53	1,21
85 y más	0,66	1,27

Fuente: Elaboración propia.

3. Usos e indicadores a partir de la Escala de Argentina

Los ponderadores de la escala permiten calcular las unidades de demanda de cuidado para cada grupo de edad en relación con el grupo de referencia. Es decir, una unidad de demanda de cuidado refiere a los requerimientos que tiene una persona adulta promedio entre los 18 y los 74 años. A partir de esta medida se calculan los requerimientos del resto de la población. Cada ponderador se multiplica por la cantidad de población que se encuentra en el tramo etario asociado.

La ventaja de este indicador es que puede ser utilizado en cualquier base de datos que contenga información de la edad de las personas. Además, la Escala puede ser aplicada a nivel macro (con datos poblacionales agregados) y a nivel micro (con datos individuales intra-hogar). De este modo, con el Censo o las proyecciones de población se puede mapear la demanda de cuidado a nivel territorial, y determinar parámetros para la toma de decisión frente a la escasez de servicios de cuidado en los hogares, la cual, como se revisó anteriormente, tiene como contracara las sobrecargas de trabajo de mujeres y cuerpos feminizados.

Nivel macro

Para calcular la demanda potencial de servicios de cuidado no remunerado de los hogares se pondera cada tramo poblacional por el respectivo valor que asigna la Escala de Argentina. En el siguiente ejercicio se utilizan los datos poblacionales del Censo 2010 para ilustrar las posibles desagregaciones que pueden tomar los indicadores asociados a la demanda de cuidados.

Cuadro 15
Estimación de la demanda potencial de servicios de cuidados no remunerados en los hogares de Argentina

	A Escala Argentina	B Población	C Unidades de demanda (A*B)	D Distribución de la demanda en (C) (%)
TOTAL		40 117 096	48 499 208	100
0 a 3 años	2	2 677 783	5 355 566	11,0
4 a 5 años	1,85	1 335 999	2 471 598	5,1
6 a 9 años	1,7	2 705 089	4 598 651	9,5
10 a 14 años	1,51	3 503 446	5 290 203	10,9
15 a 17 años	1,23	2 111 430	2 597 059	5,4
18 a 64 años	1	23 678 701	23 678 701	48,8
65 a 74 años	1	2 308 958	2 308 958	4,8
75 a 84 años	1,21	1 367 577	1 654 768	3,4
85 y más	1,27	428 113	543 704	1,1

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo 2010 siguiendo metodología de Durán (2012).

En la columna A del cuadro 15, se observa la ya presentada Escala de Argentina, en la columna B se observa la población total nacional y sus desagregaciones por tramo etario, en la columna C se muestra el resultado de multiplicar la Escala de Argentina con la población, tramo a tramo. Y luego, en la columna D se muestra la distribución porcentual de las unidades de demanda con respecto al total de demanda de cuidado obtenido en la columna C.

Sumando la demanda infantil y adolescente de cuidado (desde los 0 a los 17 años) en la columna D, se obtiene que esta representa el 41,9% de la demanda total de cuidado, mientras que la población de 65 años y más representa el 9,3%. Esta composición ha cambiado desde 2010 y seguirá transformándose debido al envejecimiento poblacional al que está asistiendo América Latina. En efecto, utilizando las proyecciones poblacionales para la Argentina realizadas por el INDEC (2013b), se observa que la población mayor a 65 años pasaría a representar el 10,7 % de la demanda de cuidado en 2021 y el 14,4% en 2040 (ver cuadro 16). Por su parte, se proyecta una disminución de la demanda de cuidado para todos los tramos etarios menores a 18 años.

Cuadro 16
Estimación de la demanda potencial de servicios de cuidados no remunerados en los hogares de la Argentina, proyecciones a 2021 y 2040

	Población		Unidades de demanda		Distribución de la demanda (%)	
	2021	2040	2021	2040	2021	2040
TOTAL	45 808 747	52 778 477	54 907 251	61 890 507	100	100
0 a 3 años	2 959 050	2 807 287	5 918 101	5 614 574	10,8	9,1
4 a 5 años	1 491 050	1 408 479	2 758 443	2 605 687	5,0	4,2
6 a 9 años	3 005 150	2 826 630	5 108 754	4 805 272	9,3	7,8
10 a 14 años	3 622 606	3 571 740	5 470 135	5 393 327	10,0	8,7
15 a 17 años	1 753 369	1 816 229	2 156 643	2 233 962	3,9	3,6
18 a 64 años	27 624 251	32 304 501	27 624 251	32 304 501	50,3	52,2
65 a 74 años	3 065 803	4 166 194	3 065 803	4 166 194	5,6	6,7
75 a 84 años	1 666 070	2 622 138	2 015 945	3 172 787	3,7	5,1
85 y más	621 399	1 255 278	789 177	1 594 203	1,4	2,6

Fuente: Elaboración propia con proyecciones demográficas del INDEC (2013b).

Indicadores

En esta sección se presentan indicadores para profundizar el análisis de la demanda de servicios de cuidado no remunerado a la luz de los resultados obtenidos en los cuadros 15 y 16.

a) Relación de dependencia de cuidados

La diferencia con el indicador clásico de relación de dependencia demográfica es que este se basa en los requerimientos de servicios de cuidado no remunerado de la población. Se toman supuestos más realistas que reconocen la interdependencia y vulnerabilidad que enfrentan los seres humanos durante todo el ciclo de vida y se ponderan las edades de mayor vulnerabilidad para disponer de una medida más representativa de la dependencia. Con ello, permite observar las cargas relativas de cuidados que asumen los/as cuidadoras en los diferentes contextos (Rossel, 2016).

Si bien el indicador es un avance desde la perspectiva del cuidado, sigue sin incluir los requerimientos de la población con discapacidad y de las personas con enfermedades temporales o permanentes. Se podría proponer una ponderación especial para estos grupos de población, sin embargo, la falta de información cuantitativa convierte el desafío en uno de mayor envergadura que excede el presente estudio.

Cálculo y análisis del indicador: *Demanda de cuidado sobre la PPC*

Se dividen las Unidades de Cuidado en la Población Potencialmente Cuidadora. Las Unidades de Cuidado son el resultado de la multiplicación entre la Escala de Argentina y la población real (o proyectada) en cada tramo etario, por lo que refiere a la demanda de servicios de cuidado no remunerado que se sitúa en la esfera doméstica. En el cuadro 17 se observan los resultados con el Censo de 2010 y las proyecciones demográficas del INDEC (2013b), las dos últimas columnas muestran la variación porcentual del indicador entre los años 2021 - 2010, y 2040 – 2021, respectivamente. Con ello es posible proyectar en qué tramos etarios se concentrarán los aumentos (o disminuciones) de la relación de dependencia de cuidados.

Cuadro 17
Proyecciones de la demanda potencial de cuidados no remunerados, según tramo etario

	Unidades de Cuidado/ Población Potencialmente Cuidadora			Variación porcentual	
	2010	2021	2040	[2021 – 2010]	[2040 – 2021]
Total	1,87	1,79	1,70	-4,1%	-5,1%
0 a 3 años	0,21	0,19	0,15	-6,4%	-20,2%
4 a 5 años	0,10	0,09	0,07	-5,5%	-20,5%
6 a 9 años	0,18	0,17	0,13	-5,9%	-20,8%
10 a 14 años	0,20	0,18	0,15	-12,4%	-17,0%
15 a 17 años	0,10	0,07	0,06	-29,7%	-12,8%
18 a 64 años	0,91	0,90	0,89	-1,2%	-1,6%
65 a 74 años	0,09	0,10	0,11	12,4%	14,4%
75 a 84 años	0,06	0,07	0,09	3,2%	32,4%
85 y más	0,02	0,03	0,04	22,9%	70,0%
Grandes grupos:					
0 a 17 años	0,78	0,70	0,57	-10,7%	-18,8%
75 años y más	0,08	0,09	0,13	8,0%	43,0%

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo 2010 y proyecciones demográficas del INDEC (2013b).

El valor total que entrega el indicador es de 1,87 para 2010. Esto quiere decir que cada persona perteneciente a la PPC (entre los 18 y 74 años) además de cuidar de sí misma ofrece 0,87 unidades de cuidados para el resto de la población. Esta relación decae en el tiempo producto de la gran disminución que se estima habrá de la población infantil y adolescente. De esta manera, el indicador disminuye un 4,1% en 2021, y luego, entre 2021 y 2040 disminuye un 5,1%.

Sin embargo, es importante mirar la desagregación por tramo etario debido al significativo fenómeno del envejecimiento poblacional. El indicador de relación de dependencia aumentará en el tramo etario entre los 75 y 84 años en un 3,2% en 2021 y en un 32,4% entre 2021 y 2040. Asimismo, hacia 2021 el grupo poblacional de 85 años y más requerirá un 22,9% más de cuidados de la PPC que en 2010, y hacia 2040 requerirá un 70% más de cuidados que en 2021.

En síntesis, si se observan los cambios por grandes grupos, la población entre 0 y 17 años requerirá menos cuidados de parte de la PPC, mientras que la población de 75 años y más presionará por mayores requerimientos de cuidados. En 2021 se estima que el primer grupo disminuiría en un 10,7% los requerimientos mientras que el segundo grupo aumentaría en 8%. Luego, entre 2021 y 2040, el primer grupo disminuiría en 18,8% los requerimientos mientras que el segundo los aumentaría en 43%. El indicador entrega una idea sobre las acciones que habría que realizar para enfrentar el aumento de demanda en los grupos poblacionales que lo requerirán.

De lo anterior se desprende la importancia de ampliar los servicios de cuidados para la población adulta mayor. En las familias suele estar más cubierta la atención hacia los menores de edad, mientras que la población mayor se enfrenta cada vez más a situaciones de abandono o a la externalización del cuidado en centros privados cuando es posible costearlos. Además, cuando el cuidado se resuelve dentro de los hogares, esta población suele ser cuidada muy mayoritariamente por familiares mujeres (como se revisó en la sección B).

b) Relación de dependencia de cuidados en mujeres

El indicador anterior asume que toda la PPC cuida, en cambio este se sitúa en un escenario más realista. Como se revisó en la sección B, la gran mayoría de los hombres de la PPC no suele ofrecer horas de cuidado para otros/as, e incluso una porción de ellos, demanda más horas de cuidado de las que ofrece. Es por ello, que este indicador revisa la relación de dependencia de cuidados en el caso extremo en el que solo las mujeres de la PPC cuidan.

Cálculo del indicador: *Demanda de cuidado sobre las mujeres de la PPC*

Se divide las unidades de cuidado solo en las mujeres de la Población Potencialmente Cuidadora (entre los 18 y 74 años).

Cuadro 18
Proyecciones de la demanda potencial de cuidados no remunerados sobre las mujeres, según tramo etario

	Unidades de Cuidado/ Mujeres Potencialmente Cuidadoras			Variación porcentual	
	2010	2021	2040	[2021 – 2010]	[2040 – 2021]
Total	3,61	3,55	3,41	-1,6%	-3,9%
0 a 3 años	0,40	0,38	0,31	-3,9%	-19,1%
4 a 5 años	0,18	0,18	0,14	-3,0%	-19,4%
6 a 9 años	0,34	0,33	0,26	-3,4%	-19,8%
10 a 14 años	0,39	0,35	0,30	-10,1%	-15,9%
15 a 17 años	0,19	0,14	0,12	-27,8%	-11,7%
18 a 64 años	1,76	1,79	1,78	1,4%	-0,3%
65 a 74 años	0,17	0,20	0,23	15,5%	15,9%
75 a 84 años	0,12	0,13	0,17	5,9%	34,2%
85 y más	0,04	0,05	0,09	26,2%	72,3%
Grandes grupos:					
0 a 17 años	1,51	1,38	1,14	-8,34%	-17,74%
75 años y más	0,16	0,18	0,26	10,95%	44,92%

Fuente: Elaboración propia con datos Censo 2010 y proyecciones demográficas del INDEC (2013b).

Cuando las unidades de cuidados se distribuyen entre las mujeres potencialmente cuidadoras, se obtiene que cada una de ellas provee 3,61 unidades de cuidado a la sociedad. Una unidad de esas corresponde a sus propios requerimientos y el resto se distribuye entre la población menor de 18 años, mayor de 75 años y los hombres entre 18 y 74 años. De acuerdo con las proyecciones, esta situación disminuiría en un 1,6% hacia 2021, y entre 2021 y 2040 en un 3,9% (Ver cuadro 18).

Sin embargo, observando a la población adulta mayor se proyecta un aumento importante de las unidades de demanda por mujer cuidadora. Entre el 2010 y el 2021 el aumento de este indicador para la población mayor a 75 años se sitúa en 10,9%, mientras que entre 2021 y 2040 el aumento sería de un 44,9%.

Las políticas de corresponsabilidad entre hombres y mujeres pueden jugar un rol significativo para atender el aumento de demanda de cuidado de la población adulta mayor y lograr que la carga de trabajo de cuidado se distribuya de forma más equitativa dentro de los hogares. A la vez, se requiere una fuerte ampliación de espacios de cuidado para la población adulta mayor en sus diversas necesidades. Muchas de ellas son requerimientos de bajo costo en términos de equipamientos o maquinarias, más bien se concentrarían en requerimientos de recursos humanos capacitados para cuidar y supervisar a las personas. Sin embargo, es clave que existan espacios públicos agradables para que las personas mayores se cuiden entre sí, tengan espacios de esparcimiento y entretenimiento donde puedan estar seguras y acompañadas. Para quienes requieren ayuda en sus actividades más básicas será necesario contar con personal capacitado que asista a los hogares para relevar el rol de sus cuidadores/as principales.

Nivel micro

A partir de la información disponible se propone la creación de indicadores a nivel de hogar para indagar en las necesidades de cuidado de los diversos grupos poblacionales. El objetivo es contar con uno o más índices que permitan identificar en el territorio, con una importante desagregación, aquellos hogares que presentan una alta concentración de la diversidad de necesidades de cuidados de los grupos de población de interés.

Indicadores

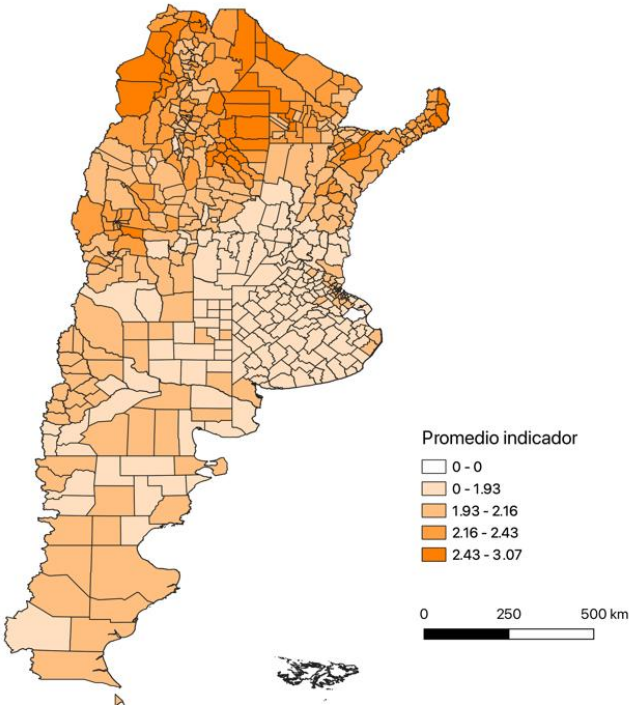
a) Índice de la demanda de cuidado no remunerado

A diferencia de los indicadores macro, este indicador se utiliza a nivel de hogares y sirve para comparar las diferencias y similitudes entre los diversos tipos de hogares que habitan el territorio nacional. Permite identificar zonas con mayor concentración de hogares con alta demanda de cuidado, realizar análisis situados y complejos sobre las múltiples necesidades que se conjugan en la demanda agregada de cuidado no remunerado.

Cálculo del indicador: se aplica el ponderador *escala de Argentina* a cada individuo según su tramo de edad dentro de los hogares y se suma el puntaje de todos los individuos del hogar. Luego, se normaliza por la cantidad de PPC que tiene el hogar (en caso de que no tenga, se deja sin dividir).

El mapa 1 muestra las diferencias de acuerdo con el promedio de este indicador en cada departamento del país. Mientras más alto el indicador significa que existe una mayor demanda de cuidado en los hogares de cada departamento o partido de la Argentina. El promedio del indicador concentra sus valores más altos en la zona norte del país, donde se conjugan una serie de factores. Uno de gran relevancia es que las regiones de NEA y NOA registran la mayor cantidad de departamentos con una alta proporción de habitantes menores de cuatro años (Dirección de Mapeo Federal del Cuidado, 2021). Además, en estas zonas existe una limitada oferta y cobertura de servicios públicos y privados de cuidado para menores de 3 años y las distancias a los centros de cuidado son más extensas que en otras zonas del país. Este tipo de cruces de información serían útiles para generar criterios de priorización en la provisión de servicios y programas públicos de cuidado desde las instituciones encargadas de cada materia (infraestructura de obras públicas, transporte, regulación de los servicios de cuidado infantil, etc.)

Mapa 1
Promedio departamental de la intensidad de demanda de trabajo de cuidado de los hogares (ajustada por presencia de PPC)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y geografía y códigos geográficos del Sistema Estadístico Nacional. Buenos Aires: INDEC, [Consulta: 10/01/2022]. Datos procesados con Redatam+SP y mapeados en QGIS. Base geográfica disponible en http://www.indec.gob.ar/codgeo.asp.

b) Nivel de intensidad de la demanda de cuidado no remunerado en los hogares

A partir del indicador anterior se crean categorías que permiten diferenciar niveles de intensidad en carga de cuidado que puede tener un hogar, considerando la demanda que aportan todos sus integrantes. Se diferencian entre baja, media y alta intensidad.

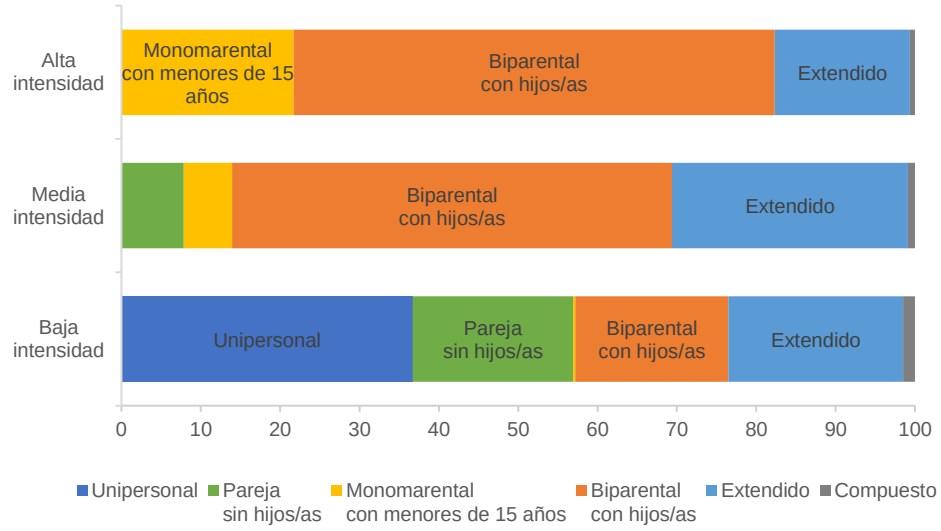
Cálculo del indicador: El criterio de los cortes de nivel busca diferenciar a los hogares según la edad de sus miembros, asociando a ello la demanda de cuidado que exigen, e incorporando a la vez el criterio de cantidad de Población Potencialmente Cuidadora que presenta el hogar. En consecuencia, las categorías pueden estar compuestas de diversas formas; por mayor presencia de menores de edad, por personas adultas mayores, ambas, o ninguna (ver gráfico 10).

Para definir el criterio de corte entre los hogares de baja, media y alta intensidad se consideró, con base en los hechos estilizados ya revisados, un agrupamiento de forma tal que:

- Un hogar con baja intensidad pueda ser uno del tipo unipersonal, uno donde todos los integrantes pertenecen a la PPC (en formato pareja sin hijos/as, biparental con hijos/as, extendido o compuesto), así como un hogar biparental con hijo/a único mayor a 10 años, o uno extendido con varias personas de la PPC y algún menor a 10 años o adulta mayor, entre otros.
- Un hogar de media intensidad considere a parejas mayores de 75 años sin hijes, biparentales con un hijo/a único de 9 o menos años, o bien biparental con varios/as hijos/as entre 6 y 18 años, también hogares monomarentales (o monoparentales) con hijos/as menores a 15 que tienen hermanos/as pertenecientes a la PPC, hogares extendidos con algún menor de 6 años y mayor presencia de PPC, entre otros.

- Los hogares de alta intensidad correspondan a hogares biparentales con 2 o más hijos/as menores a 4 años, o 3 hijos/as menores a 10 años, biparentales con 3 o más hijos/as entre 6 y 14 años, monomarentales (o monoparentales) con un hijo/a menor a 3 años o varios hijos/as menores a 15 años, hogares extendidos con 3 menores a 17 años y 1 mayor a 75 años, o extendidos con 3 o más menores a 10 años, entre otros.

Gráfico 10
Composición de los niveles de intensidad (alta, media y baja) de cuidado en los hogares, según tipo de hogar
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo de la EAHU de 2013.

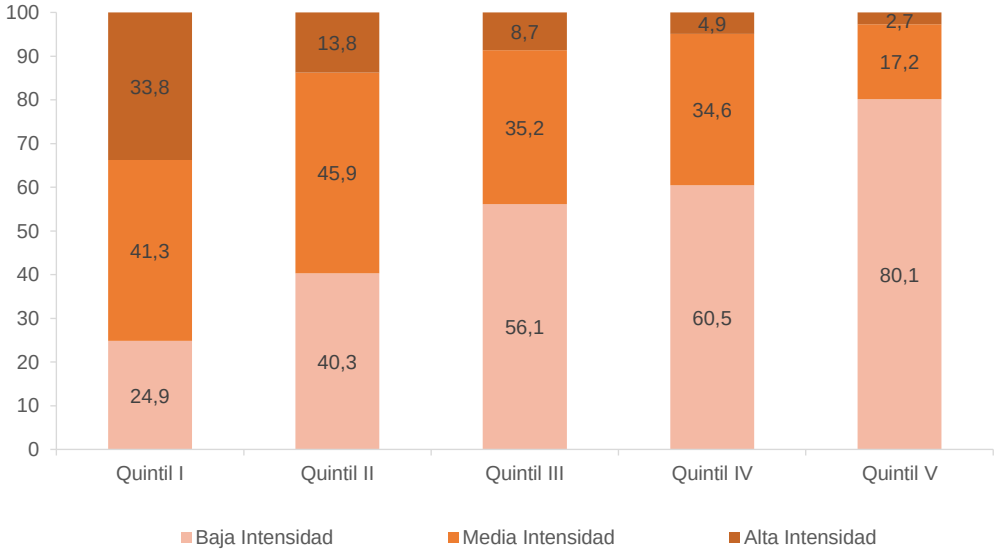
Al seleccionar estas categorías el puntaje de corte entre los hogares de baja intensidad y los de media intensidad se da en 1,615, y con la categoría de alta intensidad en 2,85. La creación de los niveles permite un uso más simple de la información, en especial para las comparaciones territoriales que se realizarán. Con las categorías creadas se obtiene que un 52,3% de los hogares es categorizado con una baja intensidad de cuidado, un 34,8% con una intensidad media y un 12,9% presentaría una alta intensidad de cuidado[65]. Este ejercicio se repite en la sección D con datos censales para distintos niveles (territorial, hogares y personas) y cruces (tipo de hogar, región, NBI, zona, entre otros).

Indicador según quintil de ingresos

Una desagregación relevante que permite calcular la EAHU (no así el Censo) es el indicador por quintil socioeconómico, éste se construye con la variable ingreso per cápita del hogar. En el gráfico 11 se observa una clara tendencia que sitúa en los quintiles más pobres una mayor preponderancia de hogares con alta y media intensidad de cuidados. En efecto, se puede afirmar que 1 de cada 3 hogares del primer quintil socioeconómico presenta una alta intensidad de cuidado y 3 de cada 4 hogares del mismo quintil presentan una media o alta intensidad. Por el contrario, en el quintil más rico, 4 de cada 5 hogares presentan una baja intensidad de cuidado y solo un 2,7% de los hogares presentaría una alta intensidad.

[65] En Anexo el gráfico A2 muestra, para cada tipo de hogar, el porcentaje de hogares según su nivel de intensidad. Por ejemplo, se puede observar que el 100% de los hogares unipersonales fueron categorizados con baja intensidad, mientras el 55% de los monomarentales o monoparentales con hijos/as menores a 15 años corresponden a hogares con una alta intensidad.

Gráfico 11
Distribución de los hogares según indicador de demanda de cuidados y quintil
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo de la EAHU de 2013.

D. Ejemplos en el uso e intersecciones de los indicadores

Para observar el comportamiento de los indicadores a nivel territorial, se requiere utilizar la base de datos del Censo. Con el software de manejo de información censal, *Redatam 7 Process*, se crearon los indicadores 1 y 2 de nivel micro: el índice y el nivel de intensidad de la demanda de cuidado no remunerada de los hogares. Con ello es posible cruzar los indicadores con variables de interés del cuestionario básico o ampliado. En esta sección se revisa por tipo de hogar y región geográfica. Y se agregan ejemplos de cruce por los tipos de NBI que incorpora el Censo. Además, se observa el comportamiento de los indicadores de nivel micro en zonas del territorio nacional a través de mapas de calor.

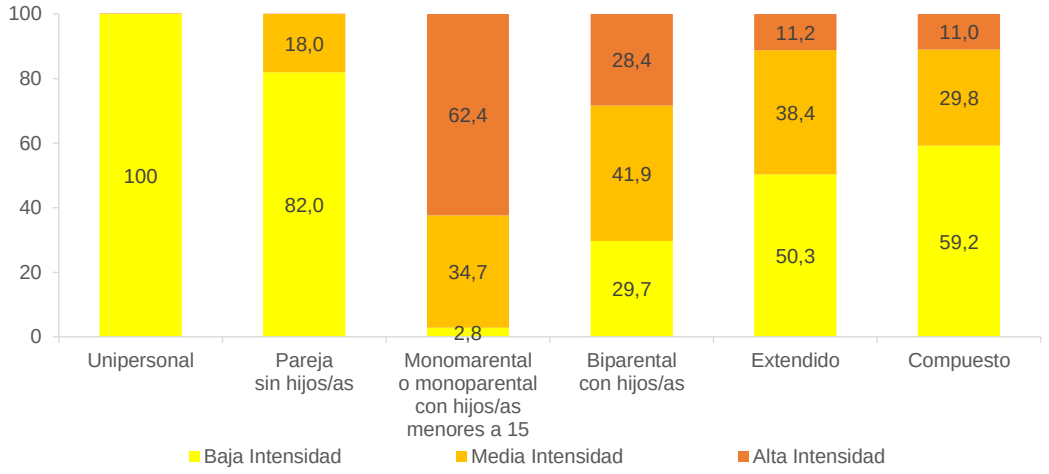
En el agregado, se tiene que un 53,3% de los hogares corresponde a hogares de baja intensidad, un 29,9% a hogares de media intensidad y un 16,8% a hogares de alta intensidad. En este caso, en el que se contabiliza todo el territorio nacional, aumenta la proporción de hogares con alta intensidad de cuidado, en relación con la distribución revisada con la EAHU que solo consideraba a los hogares de los aglomerados urbanos. De lo anterior se desprende que, en zonas más pequeñas demográficamente, o rurales, existiría una mayor concentración de hogares con alta intensidad de cuidado.

A nivel de las personas, la distribución varía significativamente. Un 25,6% de las personas vive en hogares de alta intensidad, un 35,2% en hogares de media intensidad y un 39,2% lo hace en hogares de baja intensidad. Por su parte, el 57,2% de los/as niñas de 3 o menos años viven en hogares de alta intensidad, un 39,2% en hogares de media intensidad y solo un 3,6% en hogares de baja intensidad.

1. Nivel de intensidad de la demanda de cuidado por tipo de hogar

El gráfico 12 muestra la distribución del indicador de nivel de intensidad de cuidados en los hogares según tipo de hogar. Las proporciones son muy similares a las obtenidas con datos de la encuesta de uso del tiempo, lo que demuestra una consistencia en el comportamiento del indicador y de los datos utilizados.

Gráfico 12
Distribución de la intensidad de la demanda de cuidados de los hogares, según tipo de hogar
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del CENSO 2010, cuestionario básico.

Los hogares del tipo unipersonal quedan clasificados en su totalidad como hogares de baja intensidad; son habitados principalmente por una persona de la PPC, o bien, adultas mayores autovalentes. Por su parte, en hogares de pareja sin hijos/as, la intensidad que enfrentan los hogares es mayoritariamente baja (82%) y una porción de los hogares (18%) presenta una intensidad media de demanda de cuidados.

Donde **se observa una mayor concentración de hogares con alta intensidad de cuidados es en los hogares monomarentales/monoparentales**. El 62,4% de estos hogares presenta una intensidad alta de demanda de cuidados, un 34,7% una intensidad media y solo un 2,8% una baja intensidad de cuidados. Cabe recordar que el 86% de estos hogares son de jefatura femenina, lo que implica que gran parte de la demanda de cuidados que presentan estos hogares dependería exclusivamente de la estrategia que realiza una mujer para sostener el hogar. Su acceso a redes afectivas y servicios de cuidados públicos o privados son cruciales para gestionar aquello y descomprimir la carga de trabajo.

En los hogares biparentales con hijos/as la diversidad de intensidad depende sustancialmente de las edades de los hijos/as. El 28,4% de los hogares enfrenta una intensidad alta en su demanda de cuidados. Esto implica la presencia en el hogar de alguna combinación equivalente a 2 o más hijos/as menores de 4 años, o 3 hijos/as menores a 10 años, o bien 3 o más hijos/as entre 6 y 14 años. Luego, el 41,9% presentaría una intensidad media en la demanda de cuidado del hogar, y el 29,7% una intensidad baja. En los de intensidad media se contabilizan aquellos hogares con hijo/a único menor de 9 años, o bien con varios/as hijas entre 6 y 18 años. Es decir, cuando la carga de trabajo es alta, pero podría distribuirse entre los adultos, o bien, la carga de trabajo disminuye con el crecimiento de las/os niños. Por su parte, en los hogares biparentales con hijos/as que presentan una baja intensidad se cuentan aquellos hogares donde todos/as los integrantes pertenecen a la población potencialmente cuidadora (PPC).

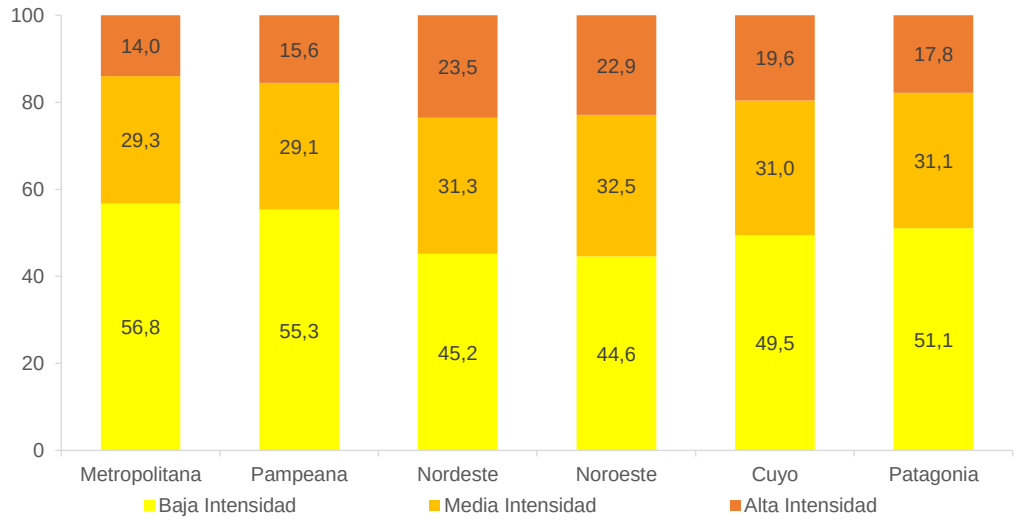
En los hogares extendidos (que incluye a los hogares monomarentales/monoparentales con hijos/as mayores a 15 años), el 11,2% de los hogares presenta una alta intensidad de demanda de cuidados, un 38,4% una intensidad media, y un 50,3% una intensidad baja de demanda de cuidados doméstica. En los hogares extendidos habitan abuelas, tías, primas que suelen colaborar con el cuidado de los miembros del hogar que lo requieren. En estos hogares suelen existir redes afectivas más cercanas y disponibles para distribuir el cuidado entre quienes más lo demandan.

Finalmente, en los hogares compuestos, la mayoría de los hogares (59,9%) presenta una intensidad baja de cuidados, un 29,8% una intensidad media, y solo un 11% una alta intensidad en la demanda de cuidados.

2. Nivel de intensidad de la demanda de cuidado por región

De acuerdo con el gráfico 13, la región que presenta una mayor concentración de hogares con alta intensidad de cuidados es la región Noreste, compuesta por las provincias de Chaco, Misiones, Corrientes y Formosa. Luego le sigue la región Noroeste, compuesta por las provincias de Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Jujuy, Catamarca y La Rioja. En tercer lugar, se encuentra la región de Cuyo (provincias de Mendoza, San Juan y San Luis). En cuarto lugar, está la Patagonia, con las provincias de Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego. En quinto lugar, la región Pampeana, compuesta por las provincias de Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, La Pampa y la provincia de Buenos Aires (excluyendo los partidos del conurbano bonaerense). Finalmente, la región con menor concentración de hogares con alta intensidad de cuidados es la zona Metropolitana compuesta por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 24 partidos del conurbano bonaerense.

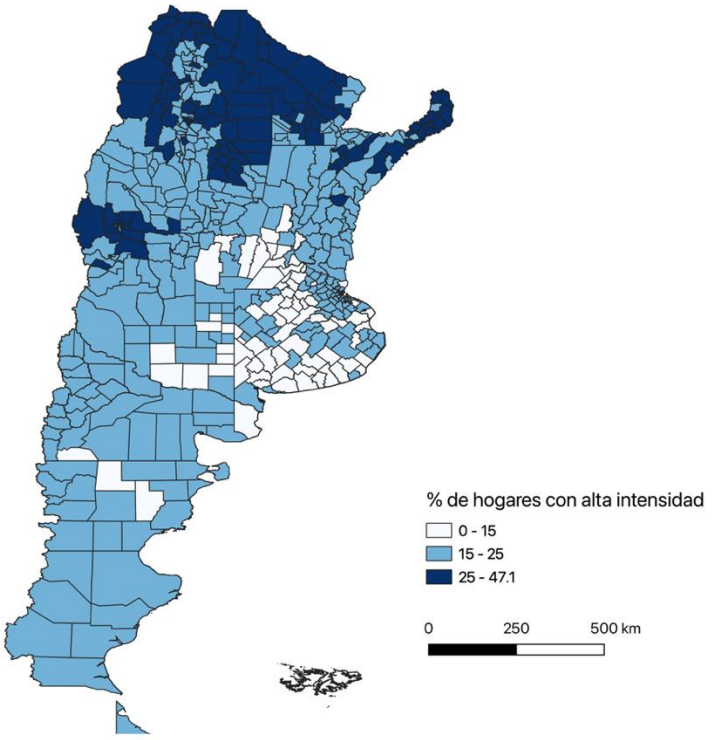
Gráfico 13
Distribución de la intensidad de la demanda de cuidados de los hogares según región
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del CENSO 2010, cuestionario básico.

Al observar la distribución territorial a nivel de departamento o partido en un mapa de calor, se obtiene una visión más heterogénea sobre la distribución territorial (ver mapa 2). De todas maneras, la mayor concentración de hogares con una alta intensidad se encuentra en torno a las regiones del Noreste y el Noroeste, a lo que se suman ciertos departamentos de la región de Cuyo. Las zonas con menor proporción de hogares con alta intensidad de cuidados se ubican principalmente en la región Pampeana y Metropolitana.

Mapa 2
Hogares con alta intensidad de cuidados según departamentos o partidos del territorio nacional
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y geografía y códigos geográficos del Sistema Estadístico Nacional. Buenos Aires: INDEC, [Consulta: 10/01/2022]. Datos procesados con *Redatam+SP* y mapeados en QGIS. Base geográfica disponible en http://www.indec.gob.ar/codgeo.asp.

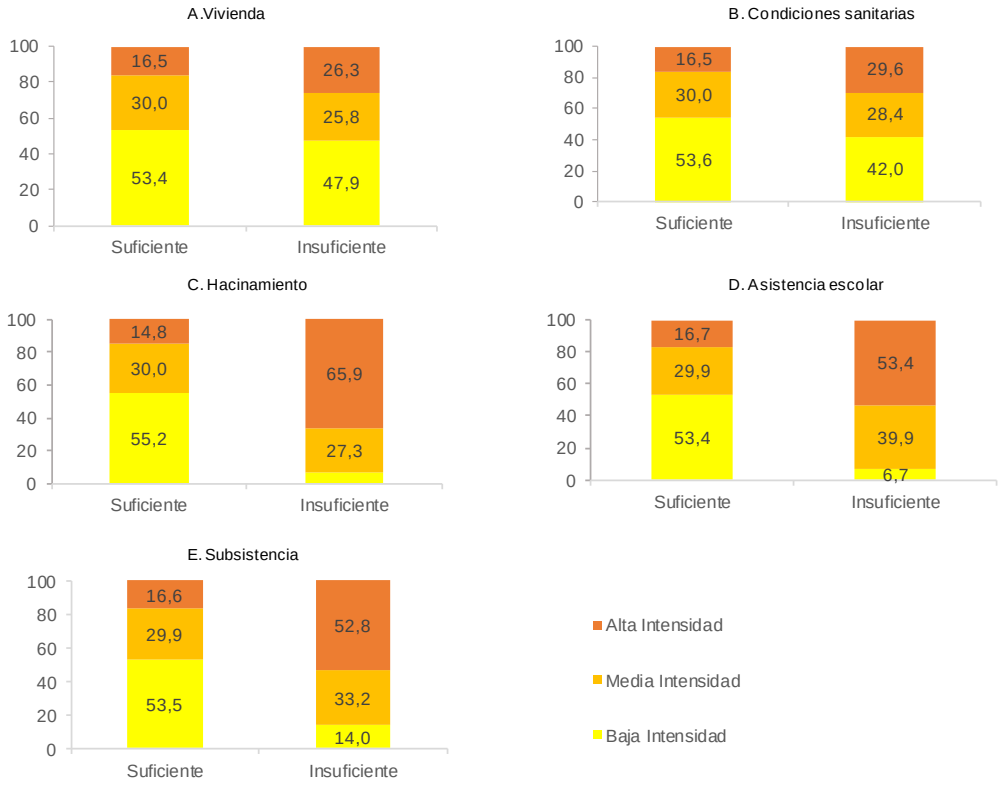
3. Nivel de intensidad de la demanda de cuidado por diferentes tipos de Necesidades básicas Insatisfechas (NBI)

El cuidado se encuentra estrechamente ligado a las condiciones materiales de las viviendas y a las capacidades que tengan los hogares, entre todos sus miembros, para sostenerse de forma digna. El territorio, las condiciones materiales, monetarias y afectivas que presentan los hogares, determinan la distribución y cantidad de tiempo de cuidado requerido para satisfacer las múltiples necesidades al interior de los hogares. En el Censo para identificar carencias críticas en la población y caracterizar la pobreza se utiliza el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que comprende cinco dimensiones: vivienda, servicios sanitarios, hacinamiento, educación y subsistencia. A continuación, se revisa el comportamiento del indicador de nivel de intensidad de cuidado frente a cada uno de los indicadores de NBI.

En la metodología del Censo, una vivienda se considera de habitabilidad insuficiente cuando los hogares residen en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda (se excluye a las viviendas tipo casa, departamento y rancho).

De acuerdo con el panel A del gráfico 14 existe una mayor proporción de hogares con alta intensidad de demanda de cuidado en aquellos hogares que habitan viviendas del tipo insuficiente (26,3%) en comparación con hogares que habitan en viviendas de habitabilidad suficiente (16,5%).

Gráfico 14
Distribución de hogares según nivel de intensidad de la demanda de cuidados y NBI
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del CENSO 2010, cuestionario básico.

Además de contar con una mayor demanda de cuidados no remunerados, en las viviendas precarias se presentan mayores dificultades para limpiar e higienizar los espacios. Y en aquellas donde no existe buena aislación, el frío, la humedad y la lluvia se convierten en amenazas directas para la salud de quienes habitan el hogar, en especial para niños/as y adultos mayores.

De acuerdo con una prueba de medias realizado con datos del uso del tiempo de la EAHU 2013 sobre privaciones en el hogar, una vivienda de calidad insuficiente[66] aumenta en 1,2 horas el promedio de horas diarias de trabajo doméstico y de cuidado en el hogar en relación con las de calidad suficiente (véase cuadro A2 en Anexo).

De acuerdo con la metodología del Censo, las viviendas con NBI de condiciones sanitarias insuficientes son aquellas que no cuentan con retrete. En el panel B del gráfico 14, se observa que en este tipo de hogar la mayoría de ellos presentan un nivel alto (29,5%) o medio (28,4%) de intensidad de demanda de cuidado. Además, estos hogares presentan en promedio 1,5 horas adicionales de tiempo de trabajo doméstico y de cuidados en relación con aquellos hogares que cuentan con las condiciones sanitarias suficientes[67].

[66] En esta metodología una vivienda se considera de calidad insuficiente si el piso de la vivienda es de tierra o ladrillo suelto o el techo no tiene cielorraso y es de un material ligero como cartón, paja, chapa de metal o similar.

[67] En la metodología de la EAHU se incluye como insuficiente a los hogares que presentan al menos una de las siguientes características: no poseen baño, poseen el baño fuera del terreno, comparten el baño con otros hogares, el desagüe del baño no está conectado a la red pública o cámara séptica, o el baño no tiene descarga de agua.

El baño es un espacio crucial para la higiene diaria de los habitantes del hogar, si el acceso es limitado, complejo o queda fuera de la vivienda, tanto el aseo del espacio como la higiene de las personas, en particular de las personas que requieren ayuda para realizar las actividades de higiene, se vuelven tareas que implican más tiempo de dedicación para quienes cuidan. A su vez, la limitación en el acceso a la higiene puede aumentar los riesgos de contraer alguna enfermedad. Personas más enfermas requieren de más cuidados y en condiciones de saneamiento deficiente cuidar a quienes lo requieren demanda más tiempo.

En el Censo se utiliza la clasificación de hacinamiento crítico cuando habitan más de tres personas en un cuarto. De este tipo de hogares un 65,9% correspondería a hogares de alta intensidad de demanda de cuidados, lo que demuestra una diferencia sustancial en relación con los hogares sin hacinamiento (ver panel C del gráfico 14).

Por otra parte, en promedio, el tiempo de trabajo doméstico y de cuidados que dedican los hogares con hacinamiento es de 5,24 horas adicionales diarias de las que dedican los hogares sin hacinamiento. El hacinamiento se relaciona con la pobreza y la falta de acceso a una vivienda digna. En estas circunstancias los hogares emprenden diversas estrategias colectivas para sostener sus condiciones diarias. Esto implica mayores y más extenuantes labores domésticas si la responsabilidad cae en unas pocas manos (probablemente feminizadas). En estas condiciones, labores como comprar alimentos, cocinar y limpiar se vuelven tareas interminables.

Los hogares con NBI de asistencia escolar insuficiente son aquellos que tienen presencia de al menos una persona en edad escolar (de 6 a 12 años) que no asiste a la escuela. De estos hogares, el 53,4% correspondería a hogares de alta intensidad de demanda de cuidado no remunerados.

Si bien la información corresponde a 2010 y puede haber cambiado bastante en una década, es importante indagar en las causas de la no asistencia escolar para personas entre los 6 y 12 años en el contexto de la pandemia, ya que existen nuevas limitantes para la asistencia escolar. En especial se debería observar la situación por género y abordar fenómenos como el embarazo adolescente, o el abandono escolar por labores de cuidado hacia niños/as, personas enfermas, o personas mayores en el hogar dada la gran proporción de hogares con alta o media intensidad de cuidados (ver panel D del gráfico 14).

En los hogares con NBI de subsistencia insuficiente se incluye a aquellos que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe de hogar que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria. De estos hogares, el 52,8% corresponde a la vez, a hogares con alta intensidad de demanda de cuidado no remunerado (ver panel E del gráfico 14).

E. Reflexiones finales

La forma en la que se organiza socialmente el cuidado en la Argentina se encuentra moldeada por múltiples factores institucionales, políticos, culturales y económicos que fomentan y legitiman una distribución injusta y desigual del cuidado en el país. La principal entidad proveedora de cuidado en la sociedad son los hogares, allí se estructuran dinámicas sociales de género donde quienes se identifican como hombres tienden a eximirse de la responsabilidad principal del cuidado de niños/as, adolescentes, personas mayores, e incluso, de sí mismos (ver sección B). En consecuencia, se endosa una gran carga de trabajo en esta materia a mujeres y cuerpos feminizados, limitando considerablemente el ejercicio de su autonomía.

Comprender el funcionamiento de esta organización desde las políticas públicas es una necesidad para emprender acciones que ayuden a transitar hacia formas más justas de distribuir trabajos, reconocimientos y valoraciones en la sociedad. Esta tarea se encuentra situada en medio de grandes desafíos. Uno de los más importantes es la falta de información actualizada sobre una serie de elementos que se requieren conocer para trazar políticas de cuidado efectivas, transformadoras y contextuales. Entre

esos elementos se cuentan los índices demográficos, la composición de los hogares, las diversas necesidades de cuidado, los tiempos dedicados al trabajo remunerado y no remunerado, entre otros.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Argentina se encuentra avanzando en la disponibilidad de nuevos datos. La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) que se aplicó a fines de 2021 será un insumo crucial para el seguimiento de esta materia. Asimismo, el Censo realizado en mayo de 2022 permitirá develar la información a nivel territorial logrando en conjunto con la ENUT una aproximación actualizada de la organización social del cuidado en la Argentina. Considerando lo anterior, en este capítulo se presentó una metodología que permite estimar y caracterizar la demanda de cuidado no remunerado en los hogares por medio de indicadores que podrán ser fácilmente actualizados con la nueva información estadística con la que contarán próximamente los organismos hacedores de política pública.

La propuesta metodológica de estimación de la demanda de cuidado presentada se traslada desde la perspectiva clásica del cuidado como dependencia contingente hacia una perspectiva del cuidado como elemento ineludible de todo el ciclo vital de las personas y, por ende, estructurador de las condiciones materiales y afectivas con las que cuentan los hogares para sostenerse.

Los indicadores presentados fueron diseñados para ser empalmados con el Mapa Federal del Cuidado que lleva adelante la Dirección Nacional de Políticas de Cuidado del MMGyD, proceso que se describió en el capítulo I. Con ello se busca fortalecer la evidencia sobre las necesidades de cuidado de la población, relevar la situación de las cuidadoras no remuneradas, así como los vínculos del ejercicio del cuidado con materias diversas tales como la calidad de las viviendas, el acceso a servicios públicos, la conectividad del transporte, el nivel socioeconómico del hogar, entre otros.

A partir de los indicadores creados se puede observar, por ejemplo, que los hogares con alta intensidad de cuidado se concentran en la zona norte del país, y dentro de los departamentos o partidos tienden a ubicarse en una mayor proporción en los contornos de las ciudades, como se vio en el ejemplo del Gran Buenos Aires. Los indicadores macro por su parte permiten proyectar la demanda de cuidado por tramo etario y anticiparse a la presión que ejercerán ciertos grupos poblacionales, en particular, los demandantes de cuidados y las cuidadoras, frente a la agudización de la crisis de cuidados a la que se está asistiendo globalmente.

Finalmente, se debe considerar que el aporte de este documento u otro que tenga como objetivo profundizar el entendimiento de la organización social del cuidado desde las políticas públicas debe estar en permanente revisión. Para ello se requiere un vínculo directo con organizaciones e instituciones locales situadas en el territorio, que conozcan las dinámicas particulares que este presenta, para así potenciar - y no sustituir - las actividades y redes de cuidado existentes que permiten sostener la vida en sus diversas complejidades.

Bibliografía

Alonso, V. y G. Marzonetto (2019), *El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales para adultos mayores y personas con discapacidad en la Argentina*, Buenos Aires, CIEPP. DT 102.

Araujo Guimaraes, N. y H. Hirata (comps) (2020), *El cuidado en América Latina*, Buenos Aires, Fundación Medifé Editora.

Arza, Camila (2020), *Familias, Cuidado y Desigualdad*, en "Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina", Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153), Santiago, CEPAL.

Aulicino, C., F. Gerenni y M. Acuña (2015), "Primera infancia en Argentina: políticas a nivel nacional", Programa de Protección Social y Programa de Educación. DT 143, Buenos Aires, CIPPEC.

Banco Mundial (2020), Desarrollo urbano. Recuperado de https://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevelopment/overview.

Batthyany, K. y R. Aguirre (2004), *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*, Montevideo, Cinterfor. http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/8312

Borgeaud-Garciandía, N. (comp.) (2018), *El trabajo de cuidado*, Buenos Aires, Fundación Medifé Editora.

Botto Nuñez, G. y R. Detomasi (2015), "Bases metodológicas para la planificación espacial de servicios de educación inicial en Uruguay", trabajo presentado a las Jornadas Argentinas de Geo tecnologías 2015.

Carrasco Bengoa, C. (2017), *"La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción"*, *Ekonomiaz, Revista vasca de economía*, 91, 52-77.

Carrasco Bengoa, C., S. Federici, A. Pérez Orozco, M. L. Sarriegi, Y. J. Ruiz, V. Gago, N. Quiroga Díaz, Y. Herrero y C. Rodríguez (2018), *Economía feminista. Desafíos, Propuestas, alianzas*, C. Díaz Corral (Ed.). Buenos Aires, Madreselva.

Carrasco, C. (2017), "La economía feminista. Un recorrido por el concepto de reproducción", *Ekonomiaz, Revista vasca de economía*, 91(1), 52-77.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género, (LC/CRM.15/3), Santiago.

_____(2021a), *Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible* (LC/MDM.61/3), Santiago.

_____(2021b), *Panorama Social de América Latina, 2020*, (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago.

_____(2019), *La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes* (LC/CRM.14/3), Santiago.

_____(2017a), *Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*. http://www.cepal.org/es/publicaciones/41011-estrategia-montevideo-la-implementacion-la-agenda-regional-genero-marco

_____(2017b), 40 años de Agenda Regional de Género.

_____ (2013), *Panorama Social de América Latina, 2012* (LC/G.2557-P), Santiago.

_____ (2009), *Género pobreza de tiempo y capacidades en Guatemala: un análisis multifactorial desde la perspectiva económica. Disponible en:* //repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/25902/LCmexL955_es.pdf.

Dalla Costa, M. (1983), *Famiglia, Welfare e Stato tra Progressismo e New Deal,* Milan, FrancoAngeli.

Dirección de Mapeo Federal del Cuidado (2021), *Mapa Federal Del Cuidado. Informe preliminar*, Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.

Durán, M. Á. (2012), *El trabajo no remunerado en la economía globa*l (1a edición), Fundación BBVA.

ELA (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género) (2012), *"De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública". Estudio de Opinión sobre la organización del Cuidado*, Buenos Aires, ELA.

ELA y UNICEF (2020), *Apuntes para repensar el esquema de licencia de cuidado en Argentina*, Buenos Aires, ELA – UNICEF.

Esquivel, V. (2011), *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*, Panamá, PNUD. Recuperado de: http://www.socioeco.org/bdf_fiche-document-2331_fr.html

Esquivel, V., E. Faur y E. Jelin (2012), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*, Buenos Aires, IDES / UNFPA / UNICEF.

Ezquerra, S. (2011), "Crisis de los cuidados y crisis sistémica: La reproducción como pilar de la economía llamada real", *Investigaciones Feministas*, 2, 175-187. Recuperado de: https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2011.v2.38610

Faur, E. (2014), *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

_____(2009), "Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires. El rol de las instituciones públicas y privadas. 2005-2008", tesis de doctorado, Buenos Aires, FLACSO-Argentina.

Faur, E. y F. Pereyra (2018), "Gramáticas del cuidado", *La Argentina en el siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta Nacional sobre la Estructura social*, J. I. Piovani y A. Salvia (coords.), Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Faur, E. y K. Brovelli (2020), "Del cuidado comunitario al trabajo en casas particulares. ¿Quién sostiene a quienes cuidan?", *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina, Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/153), CEPAL, Santiago.

Federici, S. (1982), "Wages against Housework", *The Politics of Housework*, E. Malos (ed), Londres, Allison and Busby.

_____(1976), *Counterplanning from the Kitchen*, Bristol, Falling Wall Press.

Gardiner, J. (1997), *Gender, Care and Economics*, Londres, MacMillan Press.

Hartmann, H. (1981), "The Family as the Locus of the Gender, Class and Political Struggle: The Example of Housework", *Signs,* 6(3), 366-94.

_____(1979), "The Unhappy Marriage of Marxism and Feminism: Towards a More Progressive Union", *Capital and Class* 8, 1-33

Huenchuan, S. (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos*, Santiago, CEPAL. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/44369

INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2018), *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: resultados definitivos 2018*.

_____(2014), *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCAVIAM 2012).*

_____ (2013a), *Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. Total del país. (1a ed.) [en línea],* https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf

_____(2013b), Proyecciones Nacionales. Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Años 2010-2040 [en línea], https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84

Laya, A. (2015), "El Derecho al Cuidado en los Convenios Colectivos de Trabajo del Sector Privado. Análisis comparativo de Convenios Colectivos en las ramas de actividades con mayor índice de feminización del sector privado", *Serie de documentos de trabajo Políticas Públicas y Derecho al Cuidado Nro. 5,* Buenos Aires, ELA / CIEPP / ADC.

Laya, A. y F. Rossi (2015), "Aportes para la discusión legislativa sobre reformas necesarias en materia de cuidado", *Serie de documentos de trabajo Políticas Públicas y Derecho al Cuidado Nro. 6,* Buenos Aires, ELA / CIEPP / ADC.

López Mourelo, E. (2020), "El Covid-19 y el trabajo doméstico en Argentina", Nota Técnica, Buenos Aires, OIT.

Lupica, C. (2010), *Trabajo decente y corresponsabilidad de los cuidados en Argentina*, Santiago, OIT.

Marco, F. y M. N. Rico (2013), "Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional", *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura,* L. Pautassi y C. Zibecchi (coords), Buenos Aires, Editorial Biblos.

Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020), *Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros*, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf

Ministerio del interior (2020), *Población urbana en Argentina Evolución y distribución espacial a partir de datos censales*. Recuperado de: www.argentina.gob.ar/sites/default/files/poblacion_urbana_dnp.pptx_.pdf.

Naciones Unidas (1996), Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995, New York.

OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC (2018), *Las políticas de cuidado en Argentina: avances y desafíos*, Buenos Aires, OIT / UNICEF / PNUD / CIPPEC.

OMS (2021), *Discapacidad y salud*, Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

ONU MUJERES y CEPAL (2021), *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación [en línea]*, J. Bango & P. Cossani, Eds., https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe

_____(2020), *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*.

ONU Mujeres (2017), *El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe 2017*. *Transformar las economías para realizar los derechos*. Panamá, ONU Mujeres.

Pautassi, L. y C. Zibecchi (coords) (2013), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Buenos Aires, ELA / Biblos.

Pérez Orozco, A. (2014), *Subversión feminista de la economía*, Madrid, Traficantes de sueños.

_____ (2007), "Cadenas globales de cuidado", *Serie Género, Migración y Desarrollo,* DT 5, Santo Domingo, UN-INSTRAW.

Picchio, A. (1992), *Social Reproduction: The Political Economy of the Labour Market*, Cambridge, Cambridge University Press.

RENATEP (2022), "Características laborales y productivas en la economía popular", Informe Abril, Ministerio de Desarrollo Social, recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/04/informe_-_renatep_-_abril_2022.pdf).

Repetto, F., G. Díaz Langou y C. Aulicino (2012), "Cuidado Infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ¿La disyuntiva entre pañales y pedagogía?", *Documento de trabajo nº 33,* Buenos Aires, CIPPEC.

Rodríguez Enríquez, C. (2019), "Trabajo de cuidados y trabajo asalariado: desarmando nudos de reproducción de desigualdad", *Revista Theomai. Estudios Críticos sobre Sociedad y Desarrollo* 39, 78-99.

_____(2015a), "Economía feminista y economía del cuidado", *Nueva Sociedad*, 256, 30-44.

_____(2015b), "El trabajo de cuidado no remunerado en Argentina. Un análisis desde la evidencia del módulo de Trabajo no Remunerado", *Serie de documentos de trabajo Políticas Públicas y Derecho al Cuidado 2*, Buenos Aires, ELA / CIEPP / ADC.

_____(2010), "La organización del cuidado de niños y niñas en la Argentina y el Uruguay", *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*, S. Montaño Virreira y C. Calderón Magaña (coords), Santiago, Cuadernos de la Cepal 94.

_____(2005), *La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas*, Buenos Aires, Ciepp, DT 44.

Rodríguez Enríquez, C. y L. Pautassi (2014), *La organización social del cuidado de niños y niñas,* Buenos Aires, ELA / CIEPP / ADC.

Rodríguez Enríquez, C. y G. Marzonetto (2015), "Organización social del cuidado y desigualdad: El déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina", *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8), 105-134.

Rodríguez Enríquez, C., G. Marzonetto y V. Alonso (2019), "Organización social del cuidado en la Argentina. Brechas persistentes e impacto de las recientes reformas económicas", *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo,* 58, 1-31.

Roncoroni, M. (2018), "Buenas prácticas para la efectiva implementación del Convenio OIT 189: Escuela de capacitación para el personal del servicio doméstico en Argentina", *Sindicatos y formación profesional en Argentina: antecedentes y desafíos,* G. Gándara, et al., Buenos Aires, Aulas y andamios. Recuperado de: www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/Sindicatos%20y%20FP%20en%20Argentina_parawebseg.pdf

Rossel, C. (2016), "Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas", *Serie Asuntos de Género N° 135*, Santiago, CEPAL.

Sanchis, N. y C. Rodríguez Enríquez (2011), *El papel de las migrantes paraguayas en la provisión de cuidados en Argentina*, Santo Domingo, ONU Mujeres.

SIEMPRO (2021), *Guía de programas sociales Nacionales*, Recuperado de: //www.argentina.gob.ar/politicassociales/siempro/publicaciones/guia-de-programas-sociales

Torres, A. (Ed.) (2021), *Los cuidados: Del centro de la vida al centro de la política. América Latina: desde el centro de la política,* Santiago, Friedrich-Ebert-Stiftung.

Tronto, J. (2020), *¿Riesgo o cuidado?,* Buenos Aires, Fundación Medifé Editora.

Vaca-Trigo, I. (2019), *Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo, Serie Asuntos de Género N° 154*, Santiago, CEPAL.

Vega, C. y E. Gutiérrez Rodríguez (2014), "Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latinoamericanos", *Iconos,* 50, 9-26.

Weinberg, P.D. (2014), *Formación Profesional en la Argentina: ruptura, continuidad, innovación*, Versión preliminar - Documento de trabajo para la Oficina de país de la OIT para la Argentina. Recuperado de: http://www.relats.org/documentos/ET.Weinberg1.pdf

Williams, G. y J. Pereyra, J (2015), "Regulación del Ejercicio profesional en salud en Argentina", *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una Estrategia de consensos. 2007-2015*, Ministerios de Salud. Recuperado de://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf.

Anexo

Anexo 1

Cuadro A1
Bases de datos utilizadas

Base de dato	Año	Cobertura geográfica	Total de individuos		Total de hogares	
Censo básico	2010	Urbano y Rural	40 117 096		12 171 675	
Censo ampliado	2010	Urbano y Rural	Muestral 17 122 795	Poblacional 40 112 098	Muestral 4 956 164	Poblacional 12 177 019
Encuesta Anual de Hogares Urbano (EAHU) – Módulo de Uso del tiempo	2013	Urbano: Localidades de 2000 o más habitantes en el territorio nacional	Muestral 65 352	Poblacional 26 435 009	Muestral 28 853	Poblacional 11 965 649
ENCAVIAM	2012	Urbano: Localidades de 2000 o más habitantes en el territorio nacional	Muestral 5 377	Poblacional 5 640 259	Muestral 3512	Poblacional 3 656 656
Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad	2018	Localidades urbanas de 5.000 habitantes o más	Muestral 82 327	Poblacional 38 9222 669	Muestral 27 147	Poblacional 12 008 020

Fuente: Elaboración propia con información de los manuales de uso de cada base de dato y de la base misma por medio del software STATA.

Módulo del Uso del Tiempo en Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) del año 2013

En comparación con otras encuestas de uso del tiempo, la información que se recoge con este módulo es bastante limitada. Tiene un alcance urbano y se restringe a indagar en la población mayor de 18 años.

Diagrama A1
Preguntas sobre el TDCNR en el hogar

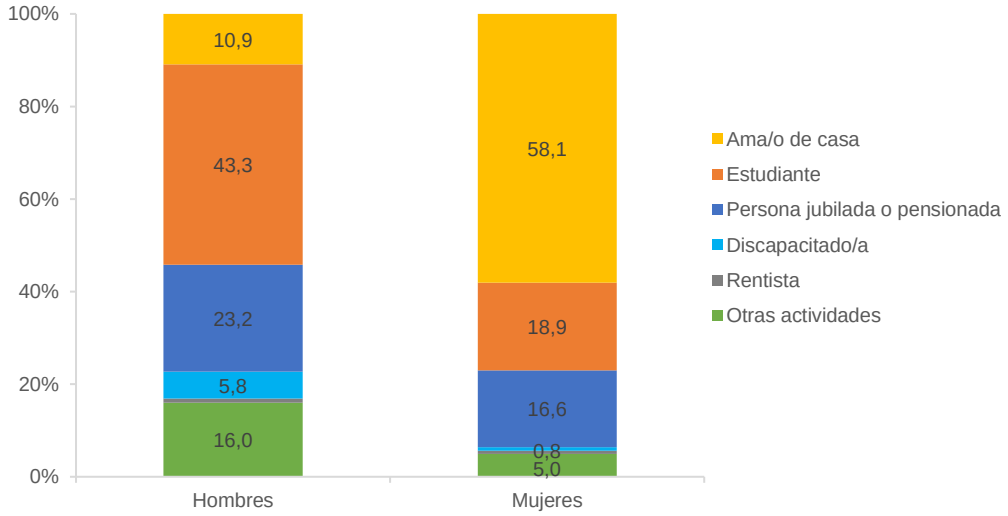
II. MIEMBROS DEL HOGAR DE 18 AÑOS Y MÁS			III. TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO		
01. N° de Componente	02. N° de Respondente	03. Nombre	**04.** Ayer, ¿Cuánto tiempo le dedicó a: limpieza de casa, aseo y arreglo de ropa, preparar y cocinar alimentos, compras para el hogar, reparación y mantenimiento del hogar?	**05.** Ayer, ¿Cuánto tiempo le dedicó al apoyo en tareas escolares a miembros del hogar?	**06.** Ayer, ¿Cuánto tiempo le dedicó al cuidado de niños / enfermos o adultos mayores, miembros del hogar? (Incluye tiempos de traslado a actividades de cuidado)
			Si no realizó la actividad, registre 00 en horas y 00 en min		
			Horas Minutos	Horas Minutos	Horas Minutos

Fuente: Cuestionario del Módulo de Uso del Tiempo, EAHU tercer trimestre 2013, INDEC.

En el diagrama A1 se observa que, en términos de la desagregación de actividades, el cuestionario agrupa las actividades a contabilizar en 3 tipos de trabajos: los trabajos domésticos de la pregunta 04, los trabajos de apoyo escolar de la pregunta 05, y los trabajos de cuidado directo de la pregunta 06. El agrupamiento de muchas actividades en pocas preguntas provoca sesgos en la persona encuestada quien tiende a minimizar el tiempo real destinado a las actividades consultadas, principalmente por la invisibilización y poca valoración que existe de estas actividades en la sociedad.

Categorías de inactividad según género

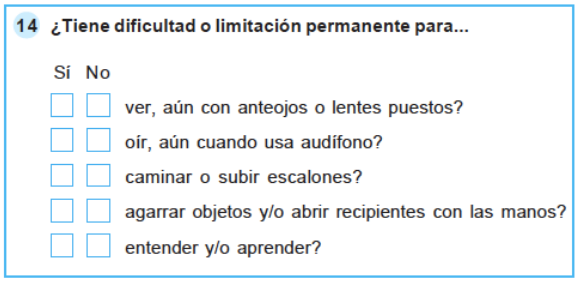
Gráfico A1
Distribución de las personas inactivas, según categoría de inactividad y género. 2013
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo de la EAHU de 2013.
Nota: Se seleccionó a personas en edad de trabajar, entre los 18 y los 64 años, ambos inclusive.

Censo ampliado 2010 sobre discapacidad

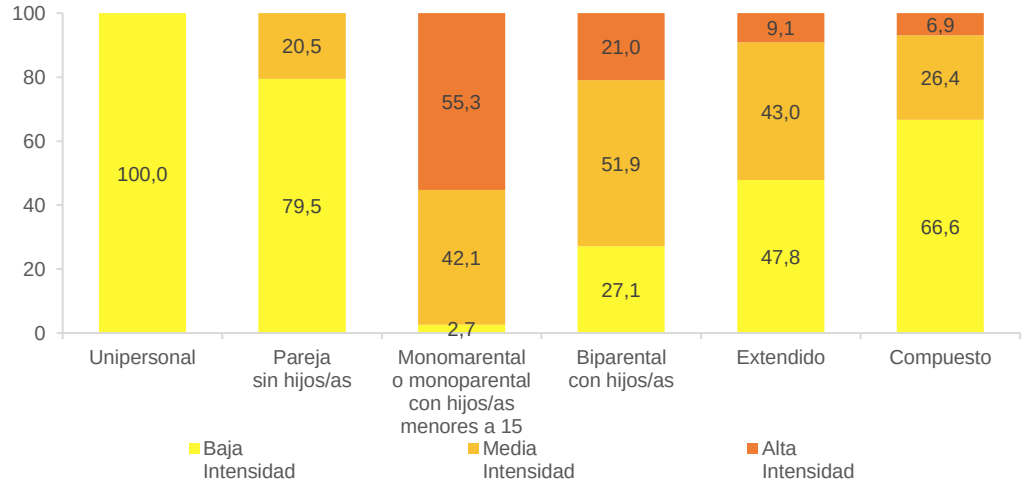
Diagrama A2
Pregunta por dificultad o limitación permanente



Fuente: Cuestionario Censo ampliado 2010.

Hogares según nivel de intensidad y tipo de hogar

Gráfico A2
Distribución de los hogares según niveles de intensidad (alta, media y baja) de cuidado y tipo de hogar. 2013
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo de la EAHU de 2013.

Test de medias de privaciones en el hogar

Cuadro A2
Resultados Test de medias de privaciones en el hogar

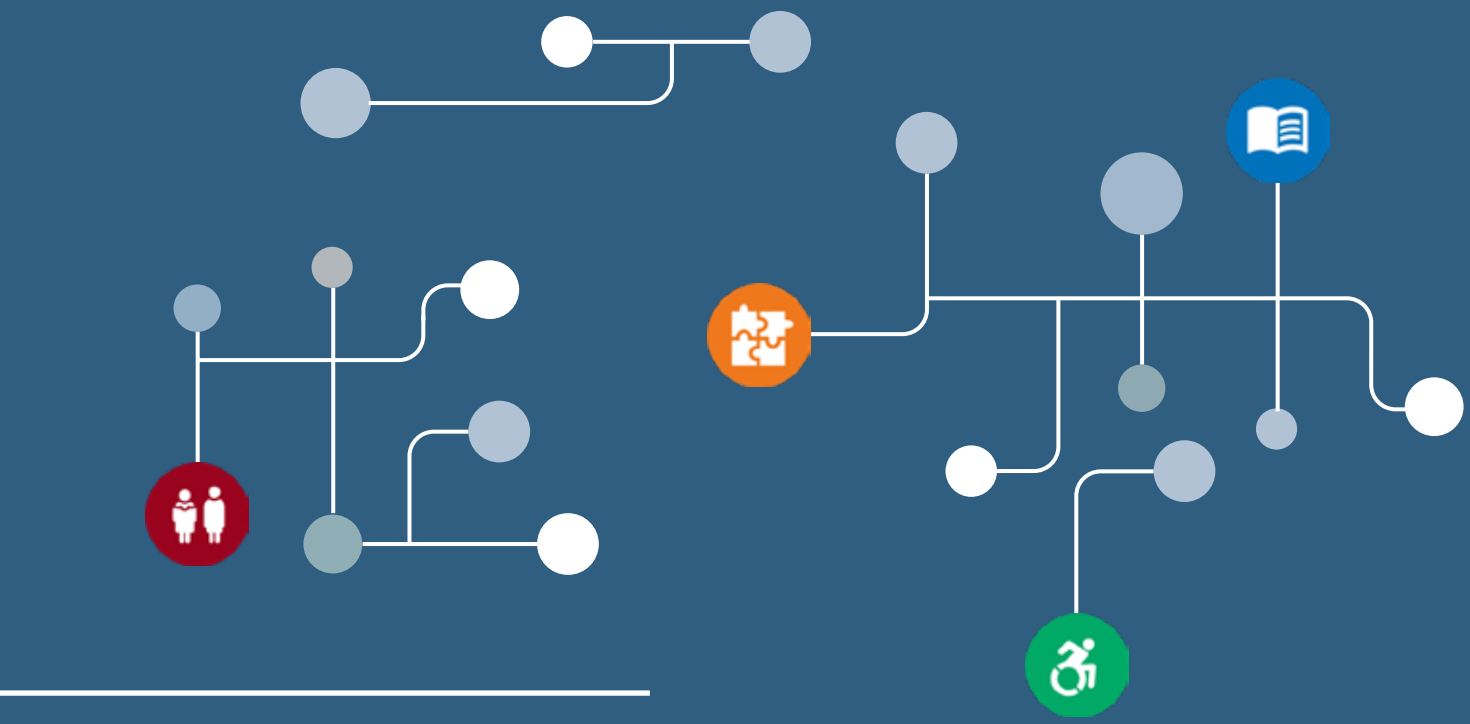
	Observaciones		Promedio horas tdcnr en el hogar		P-value
	NO	SI	NO	SI	
Calidad vivienda insuficiente	52 249	41 308	10,37	11,57	0
Saneamiento deficiente	82 073	11 484	10,71	12,21	0
Con hacinamiento	87 567	5 990	10,56	15,80	0
Sin conexión a algún serv básico	47 958	45 599	10,30	11,53	0
Procedencia agua fuera de red	90 378	3 158	10,87	11,70	0
Hábitat inseguro	82 553	11 004	10,73	12,19	0

Fuente: Elaboración propia con datos del módulo de uso del tiempo de la EAHU de 2013

De acuerdo con la EAHU, una vivienda se considera de calidad insuficiente si el piso de la vivienda es de tierra o ladrillo suelto o el techo no tiene cielorraso y es de un material ligero como cartón, paja, chapa de metal o similar Por su parte, las viviendas con saneamiento deficiente son aquellos que presentan al menos una de las siguientes características: no poseen baño, poseen el baño fuera del terreno, comparten el baño con otros hogares, el desagüe del baño no está conectado a la red pública o cámara séptica, o el baño no tiene descarga de agua Las viviendas con hacinamiento son aquellas en los que habitan más de tres personas por habitación (definición que comparte la metodología del Censo)

Los hogares sin conexión a algún servicio básico son aquellos que no tienen conexión al agua corriente, al gas de cañería o conexión al desagüe público La administración eficiente del agua cuando se consigue desde otras fuentes o del gas cuando este es de tubo o cuando se utiliza leña, carbón o kerosene para la cocina, así como calentar el agua o calefaccionar la casa requieren una mayor dedicación de tiempo en labores del hogar tanto para conseguir esos insumos como para realizar un uso eficiente de ellos Además, el uso de leña o carbón requiere realizar más actividades de limpieza, almacenamiento y gestión de los materiales y los respectivos residuos que generan

Las viviendas de hábitat inseguro son aquellas que se encuentran cerca de basurales o zonas inundables Presentan una mayor susceptibilidad de atraer moscas, mosquitos, zancudos, roedores u otro tipo de animales o insectos que constituyen amenazas a la salud por la transmisión de infecciones en circulación Aquello presiona para una mayor preocupación diaria en cuanto a la higiene de los espacios internos Por su parte, las villas de emergencia suelen encontrarse en zonas marginadas de las ciudades lo que, entre otras cosas, complejiza el acceso a servicios de cuidados como jardines, escuelas o centros de salud, derivando esas necesidades al interior de los hogares



Uno de los pilares de la estrategia de instalación de un sistema integral de cuidados que está llevando a cabo el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina es el Mapa Federal del Cuidado. El mapa es un portal web interactivo que permite a la ciudadanía localizar en todo el territorio nacional la oferta de espacios y servicios de cuidado para primeras infancias, personas mayores y personas con discapacidad, así como los espacios de formación profesional para personas trabajadoras del sector. A su vez, el mapa permite integrar dicha información con estimaciones de la demanda de cuidados y así identificar zonas críticas y su ubicación. En este sentido, brinda al Estado nacional y a los gobiernos locales una herramienta clave para la definición, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas de cuidado situadas y basadas en información empírica. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha apoyado gran parte del proceso de construcción del Mapa. Este documento reúne los principales resultados de ese proceso, los enfoques conceptuales aplicados y las innovaciones realizadas (en materia informática y metodológica, entre otras), así como los usos de la herramienta.

CEPAL
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org

LC/TS.2022/173