



DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN DEL CUIDADO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Necesidades potenciales y provisión para la primera infancia, las personas
mayores y las personas con discapacidad

COMISIÓN DE TRABAJO

RELATOR TITULAR: Víctor Santa María

RELATOR SUPLENTE: Cristian Milano

COORDINADORES: Sebastián Etchemendy

Germán Lodola

ASISTENTE: Martín Morales

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación General: Vilma Paura

Mariel Arancio, Luciana Arauz, Valeria Chorny, Bárbara García y Fernanda Miguel

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Agosto 2017

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio da cuenta de un conjunto de necesidades potenciales de cuidado de tres poblaciones en la Ciudad de Buenos Aires: Niños y niñas de 0 a 4 años, Personas mayores de 65 años y más y Personas con discapacidad. Asimismo, se identifican y sistematizan las diversas formas de provisión de cuidado en la jurisdicción.

Por último, frente al análisis de las configuraciones del cuidado de las personas dependientes se elabora un conjunto de recomendaciones de política pública.

En la Ciudad de Buenos Aires

- El 7% de la población son niños/as de 0-4 años. El 45% de este grupo no asiste a guarderías, CPI ni a nivel inicial de educación.
- El 16% de la población son personas mayores de 65 años. Hay 31 personas mayores por cada 100 personas activas.
- Entre el 21% y el 30% (según el tipo de medición) de la población presenta alguna discapacidad, de los cuales el 12% no recibe la ayuda que necesita.

La resolución del cuidado puede quedar comprendida en esquemas más o menos, familiarizados, mercantilizados y/o comunitarizados o estatizados.

En la Ciudad de Buenos Aires

A nivel familiar

El 88% de las mujeres participan en trabajo doméstico no remunerado mientras que en el caso de los varones esta participación disminuye al 63%. " La mayor responsabilización del cuidado sobre las familias afecta sobre todo a las mujeres y más a las mujeres de sectores populares, limitando sus posibilidades de inserción en el mercado laboral.

Por parte del mercado

- La provisión mercantil de cuidado se ha extendido considerablemente tanto en residencias, centros de infancia, cuidadores domiciliarios, etc.
- Existe una feminización del trabajo de cuidado remunerado tanto a nivel domiciliario como en instituciones.
- Las condiciones de trabajo de quienes cuidan están en lento proceso de regularización. Hay legislación nacional y resistencias. A nivel local se detectan formas de precarización y desigualdades en las condiciones de contratación.

Provisión estatal

- Se registra una importante expansión de la normativa que reconoce los derechos, pero fragilidad en el cumplimiento.
- Las licencias establecidas en la legislación nacional se caracterizan por ser altamente maternalistas y se centran en los primeros meses de vida.
- Desde el Estado a nivel de la Ciudad, la mayoría de las acciones que se despliegan son de carácter asistencial dirigidas a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social, asociada principalmente a vulnerabilidad socioeconómica.
- En el caso de las personas mayores, la provisión de atención directa para dependientes está direccionada únicamente a la situación de vulnerabilidad social y es altamente insuficiente en términos de cobertura.
- El Estado (nivel local) tiene un rol fundamental en la provisión de cuidado infantil a través del sector educativo.
- Familiarización, aspecto sustantivo en el texto de las políticas y en “la elección” de las familias.

- Se registra un mayor peso de las voluntades individuales que de los sistemas establecidos para el acceso a las prestaciones.

Consideraciones generales

En relación con Niños/as

Se registra expansión de provisión estatal, mercantil y comunitaria, ciertos avances en el desarrollo institucional, pero alta fragmentación institucional, segmentación del acceso y la provisión de servicios y segregación por situación socioeconómica con efecto residencial.

En relación con las personas mayores

Expandida cobertura de beneficios jubilatorias y de pensiones, pero alta proporción de mayores con haberes mínimos.

Se registra expansión de provisión mercantil, solapamiento institucional y jurisdiccional de nivel nacional y local, dispersión institucional y fragmentación de los servicios y segmentación por situación socioeconómica. En una sociedad envejecida, con un porcentaje alto de mayores que viven solos, la baja provisión estatal de servicios de atención directa tiene como contrapartida el refuerzo de la provisión mercantilizada y la familiarización del cuidado, lo que aumenta y consolida las desigualdades.

Sin oferta de infraestructura o transporte para personas con autonomía reducida. Sin soluciones habitacionales y de hábitat que contemplen tipos de hogares unipersonales o unigeneracionales.

En relación con las Personas con Discapacidad

El cuidado está altamente familiarizado.

Se registra expansión de la normativa, pero existe superposición de paradigmas argumentativos. Superposición institucional y segmentación en el acceso. En discusión la provisión con “sospecha” de medios, en contradicción con reconocimiento de derechos.

En relación con los trabajadores remunerados

Se reproduce el criterio de feminización del cuidado. Avances en la legislación nacional. A nivel local, la dispersión y fragmentación institucional favorece mecanismos de contratación con efecto precarizador. Duplicación de registros de cuidadores. Mecanismos de cogestión estatal-privado y comunitaria, con desiguales niveles de institucionalización de las relaciones laborales.

Recomendaciones

” A partir del diagnóstico presentado se han elaborado recomendaciones de corto, mediano y largo plazo que apuntan a articular las acciones existentes de modo de lograr el acompañamiento hacia un sistema integral de cuidado que garantice los derechos de quienes cuidan, así como también de quienes son cuidados.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

1. Consideraciones sobre el cuidado y la relevancia de su estudio
2. La Ciudad de Buenos Aires. Aspectos relevantes para un diagnóstico sobre el cuidado
3. Organización del trabajo y criterios generales

PARTE 1. EL CUIDADO EN LA AGENDA PÚBLICA

1. La noción de cuidado y su definición como problema
2. Relaciones sociales del cuidado
3. El cuidado en la Argentina

PARTE 2. EL CUIDADO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

1. Consideraciones analíticas y metodológicas
2. Necesidades de cuidado en la CABA
 - 2.1. Aspectos sociales y demográficos de la CABA y cuidado
 - 2.2. Las necesidades potenciales de cuidado en la CABA.
Primera infancia
Personas mayores
Personas con discapacidad
 - 2.3. Necesidades diferenciales de cuidado y desafíos para las políticas públicas
3. La provisión de cuidado en la CABA
 - 3.1. Las agencias estatales del cuidado. En la esfera del Estado nacional
 - 3.2. Las agencias estatales del cuidado. En la esfera de la Ciudad de Buenos Aires

4. La provisión de cuidado para Primera Infancia. Formas, esferas y actores
 - 4.1. Sobre los principios rectores y las agencias responsables
 - 4.2. Dispositivos y modalidades de provisión
 - 4.2.1. Ingresos
 - 4.2.2. Servicios y bienes
 - 4.3. Consideraciones sobre la provisión de cuidado de niños y niñas
5. La provisión de cuidado para personas mayores. Formas, esferas y actores
 - 5.1. Sobre los principios rectores y las agencias responsables
 - 5.2. Dispositivos y modalidades de provisión
 - 5.2.1. Ingresos
 - 5.2.2. Servicios y bienes
 - 5.3. Consideraciones sobre la provisión de cuidado en PM
6. La provisión de cuidado para personas con discapacidad. Formas, esferas y actores
 - 6.1. Sobre los principios rectores y las agencias responsables
 - 6.2. Dispositivos y modalidades de provisión
 - 6.2.1. Ingresos
 - 6.2.2. Servicios y bienes
 - 6.3. Consideraciones sobre la provisión de cuidado de PCD
7. Sobre quienes cuidan. Trabajo de cuidado remunerado y no remunerado. Género, tiempo y condiciones de trabajo
8. El cuidado en la CABA. Consideraciones finales
9. Recomendaciones
10. Fuentes estadísticas y bibliografía
11. Anexos (documentos adjuntos)

PRESENTACIÓN

1. Consideraciones sobre el cuidado de las personas dependientes y la relevancia de su estudio

La forma de resolver la provisión de bienestar de todas las personas es una dimensión clave en la discusión sobre el tipo de sociedad en la que buscamos y aceptamos vivir. Una de las dimensiones centrales del bienestar es el acceso al cuidado. Hoy muchas de las discusiones académicas que giran en torno al sostén cotidiano de la vida humana se expresan en términos de *cuidados*. Esta noción es polisémica, incluye muchos aspectos, dimensiones y significados y en cierta medida, su definición depende de los ámbitos en los que circula. Laura Esquivel (2012) plantea que esta polisemia convierte al “cuidado” en un concepto un tanto resbaladizo porque se usa tanto desde visiones que feminizan, e incluso “maternalizan” el cuidado, naturalizándolo como lo propio de las mujeres/madres, como en relación con el amor y el sacrificio, o con el trabajo no remunerado de las mujeres.

En efecto, la dificultad para definir conceptualmente el “cuidado” expresa justamente representaciones sociales diferentes, valores en pugna, disputas de sentido en torno a las relaciones que con esa noción buscan definirse y propuestas de materialización y de políticas públicas también diversas.

Un primer reconocimiento es que la preocupación por el cuidado de las personas ha pasado de la esfera privada, doméstica a la esfera pública. Tradicionalmente, la atención de los niños y niñas, de las personas mayores y de los enfermos se desarrollaba en el seno de los hogares y era asumido casi exclusivamente por las mujeres en el marco de la división sexual del trabajo. En tanto era considerado un asunto privado, las formas, las estrategias y los mecanismos mediante los cuales

las familias organizaban y distribuían las responsabilidades de cuidado no eran objeto de regulación ni provisión estatal, con excepción de algunas esferas específicas, como los niños huérfanos o los ancianos sin familia, en la mayoría de los casos sujetos de institucionanlización.

En nuestros días, la visibilización del cuidado como un asunto público es resultado, en gran medida, de los planteos y reivindicaciones del feminismo en pos del reconocimiento de la división sexual del trabajo y de la problematización de las relaciones desiguales que se establecen en el interior de las familias en relación con el uso del tiempo y el manejo de los recursos.

En las últimas décadas, los debates sobre la participación del Estado en la resolución del cuidado como parte de la provisión de bienestar y componente clave de los sistemas de protección social se fortalecieron en América Latina, asociados a las mutaciones demográficas y sociales que se registraron con mayor o menor intensidad y aceleración en nuestros países.

Además, en América Latina, estos debates han acompañado una nueva agenda en términos de reconocimiento de derechos humanos en sentido amplio y de derechos sociales, económicos y culturales que interpela la institucionalidad democrática en nuestros países.

En este marco, existen ciertos acuerdos que asocian la noción de cuidado con el conjunto de actividades y relaciones indispensables para satisfacer las necesidades básicas para el mantenimiento cotidiano de las personas, necesidades materiales -como atender todas las necesidades fisiológicas que tiene un cuerpo- e inmateriales, que incluyen dimensiones relativas con el bienestar emocional de una persona: la atención, el afecto, la contención.¹ Ante

¹ Antecedentes de dicha definición puede verse en Amaia Pérez Orozco (2006), "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico" en *Revista de Economía Crítica* No.5, marzo, pp.:7-37; Valeria Esquivel (2012). "Cuidado, economía y agendas políticas: una mirada conceptual sobre la 'organización social del cuidado' en América Latina", en V. Esquivel (edit.): *La economía feminista desde América Latina: Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región*. Santo Domingo: ONU –

el desafío de realizar un diagnóstico sobre la situación del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires, la primera previsión fue delimitar el concepto para proponer luego su operacionalización. En este trabajo, en sentido estricto, abordaremos el cuidado en relación con el conjunto de normas, acciones, instrumentos y actividades remuneradas y no remuneradas, destinado al bienestar de las personas con algún nivel de dependencia y, en una mirada extendida, a toda persona en tanto sujeto en situación de riesgo de autonomía (Marco Navarro y Rico, 2013).

La dependencia puede estar asociada a una etapa de la vida, como la niñez y la adolescencia o la vejez o a una situación de enfermedad crónica o discapacidad. En este sentido, cabe atender que estas dependencias implican diferentes necesidades. En términos de poblaciones, el estudio contempla cuatro poblaciones: niños y niñas de 0 a 4 años, en tanto “primera infancia”; ii) personas mayores de 65 años y más (PM), iii) personas con discapacidad (PCD), y iv) personas que cuidan.

Desde esta perspectiva, comprende tanto la estimulación de los fundamentos cognitivos en la infancia como la búsqueda -en la medida de lo posible- de la conservación de las capacidades y la autodeterminación en el caso de las personas de edad avanzada y de las personas con discapacidad.

Asimismo, se inscribe en relaciones de interdependencia entre quienes reciben atención y quienes la brindan (Comas, 2014; Orozco, 2006).

Conocer la situación del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires es relevante. Se trata de describir, reconocer y dimensionar aspectos claves de la organización de la vida y de la provisión de bienestar de quienes vivimos en la CABA y de quienes la transitamos. Conocer cómo se organizan las familias y cómo esa organización

Mujeres; Corina Rodríguez Enríquez y Laura Pautassi (2014) (coord.): *La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*, ADC-CIEP- ELA, Buenos Aires (disponible en: <http://elcuidadoenagenda.org.ar>).

afecta el mejor desarrollo integral de los niños y niñas e identificar las necesidades específicas de la población mayor y de las personas con discapacidad y las intervenciones que son necesarias para garantizar su autonomía son requisitos indispensables para imaginar mejores formas de intervención. En el mismo sentido, dar cuenta del estado de la revolución inconclusa que representa el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo como proveedoras de ingresos sin que esto signifique una reducción de sus cargas de trabajo no remunerado hacia el interior de los hogares permitirá diseñar estrategias de atención y comunicación que contribuyan a desplazar estas fronteras materiales y simbólicas que condenan a las mujeres. En tanto sujetos de derechos, los niños y las niñas, las mujeres, las personas mayores y las personas con discapacidad deben gozar de los servicios y bienes que les corresponden en tanto tales y contar con niveles de protección social que signifiquen una vida digna de acuerdo a los estándares contemporáneos.

Quienes cuidan en el seno de las familias deben poder renegociar las tareas asignadas y el uso del tiempo como un recurso valioso para todas las personas. Quienes cuidan como forma de trabajo remunerado, en distintas situaciones y encuadres, deben gozar de los derechos que le corresponden como trabajadores para garantizar condiciones laborales adecuadas material y simbólicamente y una vida digna.

La discusión hacia el interior de las familias, pero sobre todo en los foros de nuestra sociedad sobre quiénes deben asumir qué responsabilidades para con las personas dependientes y lo que este compromiso implica en términos de financiamiento, regulación, sostenibilidad es un debate central sobre el alcance y los límites que es necesario correr en relación con nuestra integración como miembros plenos de una comunidad.

Conocer el estado actual del problema es una condición necesaria para resolver el círculo virtuoso del cuidado que podrá incidir en una mayor sostenibilidad del sistema de protección y en relaciones sociales y de género más igualitarias.

2. La Ciudad de Buenos Aires. Aspectos relevantes para un diagnóstico del cuidado

La Ciudad de Buenos Aires es una “sociedad de clases medias”: el 69,9% de la población puede caracterizarse de este modo en relación con su alta proporción de profesionales y técnicos (Benza, 2016). También es una sociedad envejecida: el 16% de su población es mayor de 65 años y el 5%, mayor de 80 años. Entre estas personas mayores, el índice de masculinidad es de seis varones por cada diez mujeres, lo que indica la sobrevivencia femenina. Algunas fuentes estadísticas señalan que el 30% de las personas que viven en la CABA presentan alguna enfermedad de larga duración, lo que incluye diferentes tipos de discapacidad.

El alto porcentaje de personas mayores se corresponde con los sectores de mayores ingresos, que tienen mejor acceso a servicios de salud, mejor alimentación y, entonces, una esperanza de vida más alta. Entre los sectores más vulnerables, la proporción de personas mayores disminuye y se registra un alto porcentaje de niños y niñas. Por ejemplo, mientras que en el total de la ciudad los niños y niñas de 0 a 14 años representan alrededor de un quinto, en la Comuna 8, esa proporción es de casi un tercio y en la Comuna 2 es apenas de poco más del 10%.

Estos rasgos marcan la sociedad de la CABA y se traducen en necesidades específicas de cuidado. Asumimos que estas necesidades no operan del mismo modo según los distintos sectores sociales y que su manifestación depende de factores diversos. Conocer la situación del cuidado en la Ciudad también implica revisar las formas de provisión y su articulación con las necesidades reconocidas. Este informe recupera y relaciona ambas cuestiones.

3. Organización del trabajo

Este estudio diagnóstico está enfocado en cuatro poblaciones y dos ejes de análisis. Por un lado, a atención se centra en tres poblaciones consideradas dependientes o con posibilidad de serlo: niños y niñas en la primera infancia, personas mayores de 65 años y personas con discapacidad y como cuarta población, las personas que llevan adelante el cuidado.

Uno de los ejes analíticos es el reconocimiento de las necesidades potenciales de estas poblaciones en relación con el cuidado. El segundo eje son las modalidades de provisión de cuidado, es decir, las diferentes normas, instituciones, acciones y dispositivos tendientes a brindar cuidado. Se considera que en esa provisión participan cuatro esferas de la vida social: las familias, el Estado, el mercado y la comunidad (Adelantado y otros, 1999).

El trabajo ha sido organizado en dos partes. La primera parte, en tres secciones, presenta la problematización del cuidado como asunto público y su estado en la agenda argentina del bienestar y la protección social.

La parte 2 está dedicada al diagnóstico de la situación del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires. A su vez se divide en nueve apartados. El punto 1 presenta algunas consideraciones analíticas y metodológicas que encuadran el estudio y los resultados presentados.

La sección 2 está dedicada a las necesidades de cuidado en la CABA, destacando aspectos sociales y demográficos de la CABA y dimensiones de las necesidades potenciales de cuidado de las tres poblaciones dependientes o con posibilidad de serlo con una referencia a los desafíos que esto entraña para las políticas públicas.

El punto 3 presenta el eje de la provisión de cuidado en la CABA, con especial identificación de las agencias estatales del cuidado en las esferas nacional y local.²

El apartado 4 se dedica a las formas, esferas y actores que participan de la provisión de cuidado para la Primera Infancia. El apartado 5 hace lo propio con relación a las personas mayores y el punto 6 se dedica a esta provisión para las personas con discapacidad.

La sección 7 está destinada desde una perspectiva de género a las relaciones de tiempo y condiciones de trabajo de quienes cuidan en forma de trabajo de cuidado remunerado y no remunerado.

En el punto 8 se repasan las configuraciones de cuidado reconocidas en la Ciudad de Buenos Aires.

En la sección 9 se proponen recomendaciones de intervención frente al problema público del cuidado, distinguiendo acciones de corto, mediano y largo plazo.

Por último, se presenta el detalle de fuentes estadísticas y bibliografía y se acompaña el informe narrativo con anexos ampliatorios.

PARTE 1. EL CUIDADO EN LA AGENDA PÚBLICA

1. El cuidado, de la vida cotidiana al debate público

La forma de resolver la provisión de bienestar de todas las personas es una dimensión clave en la discusión sobre el tipo de sociedad en la que buscamos y aceptamos vivir. Una de las dimensiones centrales del bienestar es “el cuidado”.

² La expresión local se usa como referencia a la jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires. Esta simplificación semántica sacrifica relaciones analíticas que están, no obstante, presentes en todo el informe.

Esta noción ha ido instalándose con fuerza para designar aquellas relaciones mediante las cuales ciertas personas se hacen cargo de otras que necesitan ser cuidadas, que se encuentran en situación de dependencia en un momento del ciclo de vida como la infancia o la vejez o bien por alguna condición del desarrollo personal como una disminución o limitación de las capacidades para el autocuidado en situaciones de discapacidad.

Tradicionalmente, el cuidado de las personas dependientes se desarrolló en el seno de los hogares y fue asumido casi exclusivamente por las mujeres en el marco de la división sexual del trabajo. En tanto era considerado un asunto privado, las formas, las estrategias y los mecanismos mediante los cuales las familias organizaban y distribuían las responsabilidades de cuidado no eran objeto de regulación ni provisión estatal, con excepción de algunas esferas específicas. Su visibilización como un asunto público es resultado, en gran medida, de los planteos y reivindicaciones del feminismo en pos del reconocimiento de la división sexual del trabajo y de la problematización de las relaciones desiguales que se establecen en el interior de las familias en relación con el uso del tiempo y el manejo de los recursos.

En las últimas décadas, los debates sobre la participación del Estado en la resolución del cuidado como parte de la provisión de bienestar y componente clave de los sistemas de protección social se fortalecieron en América Latina, asociados a las mutaciones demográficas y sociales que se registraron con mayor o menor intensidad y aceleración en nuestros países. Diversos estudios han mostrado cómo las familias nucleares con dos progenitores dejaron de ser el tipo predominante para representar no más del 40,3% de los arreglos familiares en los países de la región. Y si se analiza según sector de ingresos, entre los de menores ingresos ese porcentaje es de 50,9% y disminuye a 32,6 entre los del quintil superior (Rico y Maldonado, 2014). En el mismo sentido, se incrementaron los hogares unipersonales, en general asociados a los sectores de mayores ingresos y a un proceso de autonomización e individualidad; mientras que los hogares

extendidos crecieron entre las familias de menores recursos, como alternativa frente a las mayores dificultades de vivienda, los ingresos insuficientes y la resolución del cuidado para los miembros más jóvenes o mayores. Estos cambios han estado fuertemente relacionados con el ingreso masivo de las mujeres de diferentes sectores sociales al mercado de trabajo.

En la Ciudad de Buenos Aires se registraron también estas transformaciones de las características de las familias y en los arreglos familiares y permiten suponer una mutación de las necesidades y las demandas de las personas según el ciclo de vida en el que se encuentren.

Por otra parte, la consideración paulatina del trabajo no remunerado de las mujeres condujo también a reconocer la dimensión económica del cuidado en al menos dos direcciones: i. en tanto las tareas de cuidado tienen un carácter de bien público, ya que generan externalidades positivas e implican un subsidio desde los hogares (y en particular, de las mujeres) al conjunto de la sociedad, porque agregan valor económico y ii. considerando que la responsabilidad estatal del cuidado no es un gasto sino una inversión en el futuro, ya que permitir a las mujeres trabajar de manera remunerada y garantizar las oportunidades de que los niños y niñas adquieran las herramientas necesarias para la sociedad del conocimiento son reaseguros de un crecimiento más fuerte y de mejores ingresos (Esping Andersen, 2010).

Desde los cuestionamientos referidos a la paridad de género, tareas que hasta hace muy poco eran asignadas “naturalmente” a las mujeres, madres y amas de casa, y entonces eran resueltas, casi sin discusión, en el seno de las familias, están siendo reconceptualizadas. Pero no es este el único punto de debate en relación con el cuidado; la consideración actual pone en relación la cuestión de género con la mutación de otras agendas. Este reconocimiento está vinculado a transformaciones demográficas, sociales y culturales en las sociedades occidentales que incluyen fenómenos asociados y convergentes como la reducción de la fecundidad y de la mortalidad infantil, el alargamiento de la vida

y el envejecimiento de las sociedades, por un lado; el ingreso masivo de las mujeres al mercado de trabajo, por otro; y la existencia de debates y acuerdos sobre la igualdad de género y sobre los derechos de los niños y las niñas, de los jóvenes, de las personas mayores, de las personas con discapacidad, entre otras formas de reconocimiento de derechos apoyados en el ordenamiento jurídico nacional y en tratados internacionales.

Para nombrar algunos ejemplos, tres décadas atrás no parecía ponerse en discusión que el bienestar de las personas mayores dependía esencialmente de su propia previsión y, en todo caso, era responsabilidad de las familias el hacerse cargo de sus mayores cuando no tenían recursos financieros, vivienda o cuando necesitaban atención de salud. En relación con niños y niñas, su temprana o más tardía institucionalización en los primeros años de vida quedaba a criterio de los padres, era una decisión intrafamiliar y seguía patrones culturales diversos, pero más anclados en las ventajas psicológicas y emocionales de socialización entre pares que en términos de bienestar integral de los niños. Y respecto de la discapacidad, en las últimas décadas se pasó de una definición armada sobre la dicotomía normalidad/anormalidad al paradigma del modelo social, que entiende a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y se focaliza en su integración y autonomía.

Desde el reconocimiento de los niños y niñas como sujetos de derechos, entre otras cuestiones se discute sobre cuál son los mejores momentos y modalidades para su institucionalización en edades tempranas en pos de su mejor desarrollo. A partir de reactualizar la consideración de las personas mayores como sujetos de derecho se debate cuál es el grado de responsabilidad de los hijos frente a la disminución de autonomía de los padres y cuál es el grado de responsabilidad de la comunidad. En la misma dirección se delibera sobre las condiciones que ofrece la sociedad para una efectiva integración de las personas con discapacidad que reconozca su autonomía.

Algunos autores han llamado la atención sobre una “crisis del cuidado”: estos procesos concurrentes derivaron en mayor demanda de cuidado -personas mayores que viven más años- frente a una reducción de la oferta de personas disponibles a cuidar en el seno de las familias -mujeres que ya no están tan dispuestas o disponibles para hacerlo-.

Estos cambios se producen, al mismo tiempo, en el marco de una consolidación de la institucionalidad democrática en nuestros países y del reconocimiento de derechos de ciudadanía. Podríamos afirmar que estamos frente a un cambio de época en lo que refiere al reconocimiento de derechos sociales de niños, niñas y adolescentes, de las mujeres, de las personas con discapacidad, de las personas mayores, y de una ampliación de la institucionalidad destinada a hacerlos efectivos, tanto en la escala del Estado nacional como en el nivel jurisdiccional de la CABA. Garantizar el bienestar de los ciudadanos en los diferentes momentos del curso de vida es un compromiso asumido por los estados en los acuerdos internacionales lo que ha permitido instalar el principio del derecho al cuidado.

Podríamos decir, en síntesis y siguiendo a Marco Navarro y Rico (2013), que en los países de América Latina la agenda de cuidado se encuentra en una segunda fase, después de su construcción y visibilización como un problema colectivo. Las recomendaciones de los organismos internacionales, los acuerdos internacionales y las legislaciones nacionales ancladas en el reconocimiento de derechos humanos y expresadas en diversas reglamentaciones de las políticas públicas muestran que el cuidado es un punto central de las agendas públicas.

2. Las relaciones sociales del cuidado

Las transformaciones operadas en las familias y en el mercado de trabajo desde las últimas décadas del siglo XX -con ritmos y tendencias similares “de época”

pero con rasgos particulares según cada sociedad- se plantearon bajo la forma de nuevas demandas de regulación familiar social y de las políticas públicas. Se trata de sociedades en las que crece el número de adultos mayores porque se prolongó la esperanza de vida, con nuevos requerimientos en la provisión de salud, en los espacios de esparcimiento, en la infraestructura urbana. En igual sentido, un acceso igualitario a la educación en todos sus niveles como herramienta para mejorar las condiciones de vida presente y futura constituye un requisito irrenunciable para atender el desarrollo de los niños y niñas. Y estas demandas toman nueva forma porque se producen al mismo tiempo que las mujeres ingresan en mayor cantidad y en otros tiempos y ritmos en el mercado de trabajo, por lo que se pone en cuestionamiento su contribución mediante el trabajo no remunerado en sus hogares, es decir, el tiempo dedicado al cuidado de otros. Esta es la encrucijada en la que hoy se encuentra la resolución social del cuidado que escapa a los límites de los hogares de las decisiones privadas.

Desde CEPAL, el cuidado se debe entender como un tema de responsabilidad colectiva, sostenido mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias, los individuos, y especialmente de las mujeres que son las que soportan mayor parte del trabajo no remunerado"(CEPAL, 2010b).

El cuidado debe considerarse como trabajo porque implica un desgaste de energía, inversión de tiempo por parte de quien cuida y, además, genera valor para la sociedad en su conjunto. Las organizaciones, líderes y teóricas feministas han alertado sobre la invisibilización del trabajo no remunerado que se lleva a cabo por las mujeres en el seno de las familias, que ha sido considerado como trabajo reproductivo o trabajo doméstico no remunerado, aquel que realizan las "amas de casa". Este ha sido uno de los caminos para dar cuenta de la distribución injusta del cuidado como resultado de la inequidad de género en todos los espacios de la vida social y en particular en las familias.

Pero, además, el cuidado refiere a un entramado de relaciones en las que participan actores diversos desde las distintas esferas de la actividad social en las que siguiendo a Adelantado y otros (1998) operan las desigualdades sociales que escinden a la población de las sociedades capitalistas: la mercantil, la estatal, la doméstica familiar y la relacional o comunitaria. En tanto componente de los regímenes de bienestar, la resolución del cuidado puede quedar comprendida en esquemas más o menos mercantilizadas, familiarizados y/o comunitarizados o bien con mayor participación de los estados. Estas formas dependen de los arreglos institucionales que se establecen entre el Estado, el mercado, las familias y las organizaciones de la comunidad. Todas las esferas pueden proveer de bienestar a la población y hacerlo simultáneamente.

En este sentido, el cuidado es también una manifestación de un acuerdo de nivel macrosocial determinado que marca, entre otros aspectos, la relación entre generaciones de una sociedad. El alcance del pacto intergeneracional delimita, por ejemplo, cuanto está dispuesta a sostener una sociedad el desarrollo integral de sus niños y niñas, su calidad de vida y la de sus adultos mayores, de aquellos que por el tramo de la vida en el que se encuentran son “dependientes” de otros para la reproducción de la vida.

¿Más o menos familias, más o menos estado?

Los estudios de sociología y economía política del bienestar han mostrado que la mayor estatización de la provisión de cuidado libera a las familias y a las mujeres de gran parte de la responsabilidad que han asumido históricamente y tiene un efecto igualador en la sociedad en tanto no se reproducen en el acceso al cuidado y a sus beneficios las desigualdades del mercado.

En el caso de América Latina, la literatura indica que los regímenes de bienestar son familiaristas (Martínez Franzoni, 2007).³ Asimismo, en sociedades tan desiguales como las de nuestra región se impone considerar que las mutaciones demográficas, familiares, culturales y sociales operadas en las últimas décadas tienen un impacto también desigual sobre las poblaciones según su situación social, su condición migratoria, el género y su localización (Ariza y De Oliveira, 2007).

En efecto, el aumento de la escolaridad, del trabajo extradoméstico femenino, de la edad de casarse, del control de la natalidad y la reducción de la fecundidad fueron procesos que impactaron principalmente en los sectores de mayores ingresos, que han sido más propensos a impulsar transformaciones en los roles y las relaciones de género, a buscar cambios en la división sexual del trabajo, en las formas de ejercicio del poder y de autoridad y, por ende, en un mayor control de sus vidas. En cambio, estos procesos no han tenido la misma intensidad entre los sectores más pobres. El aumento de la pobreza y la vulnerabilidad social reforzaron formas de convivencia familiar marcadas por la desigualdad de género y, “recursivamente, las fuertes y persistentes desigualdades sociales de clase y de género contribuyen a contrarrestar parcialmente los efectos positivos de los cambios sociodemográficos sobre el nivel de bienestar de las familias” (Ariza y de Oliveira, 2007:37). Se nota, en consecuencia, una amplia brecha entre las mujeres de los sectores más pobres y las de mayores ingresos y mejores trayectorias educativas. La evidencia empírica muestra que la mayor actividad laboral entre estas últimas es reflejo de los cambios culturales mientras que entre

³ J. Martínez Franzoni (2007) sostiene que los regímenes de bienestar latinoamericanos comparten un rasgo común: a la luz de mercados laborales ineficientes y de políticas públicas débiles o inexistentes, el ámbito doméstico y el trabajo femenino en particular, desempeña un papel central. Pero distinguen tres tipos de regímenes según el papel del Estado y el grado de familiarización del manejo de riesgos: estatal-proteccionista (como Costa Rica o Uruguay), estatal-productivista (como Argentina y Chile), y familiarista como Ecuador o Nicaragua).

las mujeres de ingresos y niveles educativos bajos, es reflejo de las necesidades económicas (Martínez Franzoni, 2008).

Esta brecha podrá identificarse también en las demandas de cuidado y en los canales e intensidades de satisfacción y en esta dimensión, la oferta estatal de cuidado constituye el pilar fundamental de una mejor distribución y mayor igualdad. Si lo que predomina es una baja oferta estatal (en términos de cobertura y de calidad), las familias con más altos ingresos y mayor capital social y cultural resuelven el cuidado por vía del mercado, pagando servicios como centros de atención o personal de asistencia doméstica. Las familias -y las mujeres- de menores recursos dependen en mayor medida de la provisión estatal de cuidado; por lo tanto, si ésta es baja, insuficiente o inexistente, no tienen otra opción.

Frente a estas consideraciones, Valeria Esquivel, Eleonor Faur y Elizabeth Jelin (2012) se preguntan si en sociedades como las latinoamericanas es adecuado hablar de un régimen de cuidado o un “diamante de cuidado” o si, en cambio, **deberíamos reconocer una variedad de “diamantes”, definidos según los niveles de estratificación y fragmentación social, que se reproducen mediante la oferta segmentada de políticas y de diversa calidad según las clases sociales.**

3. El cuidado en la Argentina

Si bien el presente informe da cuenta de las formas que asume el cuidado de tres poblaciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, su estudio no puede desligarse del marco general de la situación del cuidado en la Argentina y al mismo tiempo de otras políticas sociales que proveen bienestar como salud, educación, trabajo, entre otras.

En primer término, porque las instituciones del bienestar se inscriben en un sistema político federal en el cual las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires poseen la facultad de darse las propias normas e instituciones, su constitución y leyes, sin intervención del gobierno nacional.

Desde los niveles subnacionales se gestionan áreas vitales en relación con la regulación y la provisión del cuidado. Es el caso del sistema educativo para la primera infancia y del sistema de salud para las tres poblaciones dependientes. En relación con la educación, si bien el Estado nacional mantiene la regulación y elabora programas y lineamientos generales, son las provincias las responsables de la gestión, administración de los recursos e implementación de los servicios educativos. A nivel de cada jurisdicción el Estado es proveedor de diversos niveles educativos a través de sus propios establecimientos de gestión y de la regulación de la oferta educativa de gestión privada. En el caso de la salud, el estado provee servicios de salud a nivel local pero la jurisdicción nacional es responsable de la regulación de la provisión privada.

La descentralización de estas responsabilidades efectuada principalmente durante los años noventa ha impactado en amplias desigualdades territoriales (Repetto, Díaz Langou y Aulicino, 2012; Zibecchi, 2014) y que se refuerzan aún más al considerar otras diferencias territoriales como la disponibilidad de servicios básicos como energía, agua potable, cloacas, transporte. El acceso más o menos extendido a estos y otros servicios afecta y potencia o disminuye las necesidades de cuidado y facilita o dificulta las formas en las que las familias las resuelven.

Intervenciones más recientes como la extensión de los centros de desarrollo infantil o centros de primera infancia con una importante participación de la comunidad surgen, en parte por la insuficiencia de vacantes de nivel inicial del sector público y la falta de ingresos de las familias de menores recursos para afrontar servicios educativos privados. Por sus condiciones de acceso y ubicación geográfica estos espacios resuelven parte de las necesidades de cuidado para niños de 0 a 4 años de familias de menores recursos.

Por su parte, la regulación de las relaciones laborales corresponde al nivel nacional de gobierno bajo la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 (LCT) y los convenios colectivos del por sector privado y público. De esta manera el Estado es ente regulador del empleo y también es empleador tanto a nivel nacional como local en los poderes ejecutivo, legislativo, judicial y en el sistema educativo.

El marco normativo vigente posiciona a las empresas u otras unidades productivas y a los empleadores como actores fundamentales porque además de cumplir con la legislación establecida, pueden establecer normativa ampliatoria y asumir intervenciones que apuntan a una combinación adecuada entre la inserción laboral y la atención de las responsabilidades de cuidado. Estas acciones de conciliación familia y trabajo pueden orientarse a evitar jornadas laborales muy prolongadas o esquemas de organización del tiempo impredecibles; a establecer horarios laborales flexibles; a extender las licencias por maternidad, paternidad y parentales (por sobre las previstas legalmente); a facilitar el acceso a servicios de cuidado infantil en el propio lugar de trabajo o con asignación de dinero. Estas intervenciones caracterizadas por la heterogeneidad y segmentación por sector y rama de actividad tienen un fuerte rasgo maternalista en tanto se prioriza la conciliación que pueden efectuar las madres con hijos, incluso hijos con discapacidad. En cambio, son prácticamente inexistentes licencias para la atención de otros integrantes del grupo familiar dependientes como adultos mayores.

Las asignaciones familiares y el sistema de jubilaciones y pensiones también corresponden al nivel central, aunque también existen asignaciones de recursos a nivel local para familias en situación de vulnerabilidad social.

Los sistemas de licencias, beneficios y asignaciones familiares juegan un papel relevante en la organización del tiempo y en la disponibilidad de dinero y recursos para el cuidado de niños y niñas, adultos mayores y personas con discapacidad.

Son amplios los antecedentes de análisis en estas líneas de trabajo. En los últimos años ha sido relevante la producción de estudios por parte de organizaciones como el Centro de Implementación de Políticas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y la Universidad Católica Argentina (UCA) entre otras universidades y organizaciones de la sociedad civil que mediante diagnósticos y evaluaciones han contribuido a situar la problemática del cuidado en agenda. Con mucha fuerza en lo que hace a primera infancia, también con respecto a personas mayores y, en menor medida, en relación con las personas con discapacidad.

Estos intentos de movilizar el cuidado como asunto de intervención teniendo en consideración las desigualdades territoriales y la segmentación y fragmentación de las políticas emanadas del propio sistema político federal ha promovido en Argentina la generación de algunos proyectos de ley como el del Sistema Federal de Cuidados para la Primera Infancia (2015) y más recientemente el de Creación del Sistema Federal de Cuidados (2017)⁴ que abarca las tres poblaciones dependientes.

⁴ Ver <https://cemupro.com.ar/proyecto-de-ley-creacion-del-sistema-federal-decuidados/>

PARTE 2. EL CUIDADO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

1. Consideraciones analíticas y metodológicas

Las relaciones del cuidado refieren a las que se establecen entre quienes proveen cuidado a personas que, por una situación etaria, de enfermedad o de discapacidad ven disminuida su autonomía. En esta condición se consideran los niños y niñas, las personas mayores y las personas con discapacidad, pero la situación de dependencia presenta particularidades y posibilidades según se trate de cada uno de estos grupos.

En el caso de los niños y niñas de 0 a 4 años, los cuidados requeridos son más intensos que en otras etapas de la vida y requieren mayor tiempo de dedicación. Se trata de una dependencia total que gradualmente va disminuyendo conforme avanza la edad, por ejemplo, para alimentarse, bañarse, vestirse, actividades que suelen estar asociadas a las responsabilidades de cuidado de las mujeres, en tanto madres. Si bien la dependencia va disminuyendo a medida que se avanza en la edad, la necesidad de protección integral de niños y niñas se estableció hasta los 18 años. En este estudio se considera el tramo de 0 a 4 años, definido como Primera Infancia. Se considera que estos primeros años de vida la dependencia se expresa de una manera mayor, especialmente en los primeros meses de vida. Diversos estudios señalan la importancia que la atención de esta población y la inversión en esta etapa del curso de vida representa en términos de beneficios para la sociedad en su conjunto en tanto promueve el cumplimiento de los derechos del niño, promueve la inserción laboral de las mujeres teniendo efectos en la equidad de género, puede contrarrestar la infantilización de la pobreza e impacta en la rentabilidad futura de la sociedad. Además, los niños dependen en gran medida de otros para su bienestar, lo que implica una gran dependencia del contexto de origen y familiar. Las políticas de cuidado infantil constituyen,

entonces, uno de los instrumentos de protección más importantes (Filgueira, 2015).

En el caso de las personas mayores de 65 años, también se presenta una gradualidad en la intensidad y frecuencia de cuidados requeridos que aumenta o disminuye de acuerdo a la edad y a factores de deterioro biológico. En lo que respecta a las personas con discapacidad, la intensidad y frecuencia de sus requerimientos de cuidados depende de dos condiciones: del tipo de discapacidad, y de la etapa del ciclo de vida. En general, las discapacidades que impiden la movilidad autónoma son las que requieren más cuidados, como también de un nivel particular de conocimientos para acompañar la subsistencia en la vida cotidiana.

La delimitación del universo de las personas mayores, población potencialmente dependiente según situación de salud y deterioro biológico, convoca algunas consideraciones. Por un lado, la frontera de quienes son considerados mayores y susceptibles de ser diferenciados de “los demás adultos” ha ido desplazándose en las últimas décadas al mismo tiempo que se ha ido modificando la denominación considerada más pertinente, con el objetivo de eliminar connotaciones discriminatorias. Por otro lado, en tanto no es posible establecer un límite universal a los procesos de envejecimiento que adquieren formas y tiempos diferentes en cada persona y en las diferentes épocas, existen diversos criterios institucionales y clasificadorios que regulan la situación de actividad laboral, el acceso a ciertos beneficios públicos y también el costo de los servicios privados. Esta diversidad de definiciones se refleja en los disímiles criterios adoptados por las fuentes estadísticas y en las clasificaciones de los propios organismos destinados a la atención de las personas mayores. En este trabajo adoptamos el criterio de definir el universo de PM a partir de los 65 años, marcando una distinción entre quienes tienen de 65 a 79 años y otro grupo que

refiere a las personas de 80 años y más, entendiendo pertinente identificar a aquellos con más alta probabilidad de dependencia.

El tercer grupo considerado sujeto de cuidado es la población con discapacidad (PCD). La discapacidad es entendida como toda limitación en la actividad y restricción en la participación que afecte a una persona a largo plazo, originada en la interacción entre la persona que tiene una deficiencia y los factores contextuales para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según sexo y edad. En el estudio se toma en consideración que si bien esta situación puede estar presente en distintos momentos del ciclo vital, más del 70% de las personas con discapacidad (PCD) es mayor de 65 años y que este grupo etario es el más afectado por dos discapacidades y más, lo cual indica una fuerte asociación entre envejecimiento biológico y discapacidad.

Además de estas poblaciones dependientes, en las relaciones del cuidado participan quienes brindan el cuidado, en forma remunerada y no remunerada, en el interior de las familias o en espacios comunitarios. En el marco de un rasgo común que establece la alta feminización de estas tareas, se presentan también formas de desigualdad de género en la distribución del tiempo y de los recursos en las familias y en las condiciones laborales.

Qué óptica se asume en este informe

Este estudio diagnóstico sobre la situación del cuidado en la Ciudad se apoya en la relación entre dos ejes: el reconocimiento de las necesidades potenciales de las poblaciones dependientes y la arquitectura de provisión de cuidado en la Ciudad de Buenos Aires, desde dos perspectivas que se cruzan:

- i. según la capacidad actual de establecer una relación virtuosa de satisfacción entre las necesidades potenciales y reales de cuidado y la provisión estatal, mercantil, familiar y comunitaria

- ii. según la capacidad de garantizar derechos de ciudadanía y disminuir los márgenes de desigualdad entre géneros, grupos etarios y sectores sociales.

Las preguntas que guiaron esta indagación corresponden a varias dimensiones:

1. ¿Cuál es la demanda actual de cuidado en cada población, qué nivel alcanza, cómo se la puede identificar?
2. ¿Qué formas asume la provisión actual de cuidado, qué acciones se desarrollan, cuáles acciones desarrolla el Estado y qué alcance tienen, cuales son los principios en los que se asienta ese desarrollo, qué dificultades presenta, qué acciones desarrollan las otras esferas?
3. Cuáles son las tendencias en la provisión de cuidado en la Ciudad y cómo podrían leerse esas tendencias en relación con:
 - la mayor o menor participación del estado en la provisión
 - el crecimiento de la provisión por la vía del mercado y de las familias: mercantilización y familiarización del cuidado como pilar del bienestar.
 - los efectos de desigualación social y de género que la provisión más o menos mercantilizada y familiarizada representa
 - la efectivización de derechos de las poblaciones involucradas (personas dependientes y cuidadores/as).

Decisiones metodológicas

La consideración de poblaciones definidas como potencialmente dependientes responde, tal como se adelantó, a que en el caso de las personas mayores o de las personas con discapacidad la condición de autonomía o de dependencia y la

intensidad de esta dependen de un conjunto de factores que exceden el registro estadístico aquí analizado.

El diagnóstico se elaboró sobre dos ejes: el reconocimiento de necesidades potenciales/demandas y las formas de provisión de cuidado según esferas.

En cuanto a la identificación de las necesidades, el criterio de posibilidad radica en que este análisis se apoya en información de carácter estadístico presumiendo ciertas relaciones entre dimensiones de la vida de las personas cuya combinación implica mayor riesgo frente a ciertas contingencias. Se asume que estas condiciones de vida de cada población no se traducen necesariamente en demandas de cuidado, sino que cuestiones culturales y sociales intervienen al momento de configurar demandas concretas. Las necesidades potenciales así identificadas podrán ser confirmadas mediante otras estrategias de relevamiento.

Se identificaron dimensiones y un conjunto de indicadores que se tomaron para las tres poblaciones (Ver Anexo 1). En algunos casos se definieron indicadores aproximados, según la disponibilidad de información. Se captaron características demográficas, condiciones de ingresos y de acceso a bienes y servicios y arreglos familiares. Además, se tuvieron en cuenta algunas condiciones sociales de control que en algunos casos varían de acuerdo a la población.

En relación con la identificación, relevamiento y sistematización de las formas de provisión de cuidado, se realizó un exhaustivo mapeo de las acciones del Estado local y nacional (Ver Anexo 2). Sobre las formas de provisión de las esferas mercantil, familiar y comunitaria se realizó un primer reconocimiento a partir de fuentes de información disponibles (estadísticas, páginas web institucionales, de estudios cuanti-cualitativos de organizaciones de la sociedad civil, de registros estatales) que deberá completarse con estudios focalizados y cualitativos.

De modo de identificar tendencias sobre las necesidades y las formas de provisión de cuidado, se considerará en lo posible, una lectura diacrónica de los indicadores según disponibilidad de información estadística y atendiendo a las transformaciones normativas e institucionales relacionada con cada población.

Las principales bases de datos utilizadas provienen de la Encuesta Anual de Hogares 2015 (EAH 2015)⁵ que realiza la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires y de la Encuesta de Protección y Seguridad Social II (ENAPROSS II)⁶ del año 2015, realizada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Tomando esta información como insumo también se han generado nuevos indicadores cuantitativos cuyo procesamiento se realizó mediante la aplicación de un software de procesamiento estadístico.

Además se ha recurrido a informes de organismos públicos y privados especializados. En particular, se trata de CIPPEC, ELA y el Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina, organizaciones

⁵ La EAH es una encuesta anual que se realiza en la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2002 entre octubre y diciembre de cada año, su objetivo es proveer información respecto a: Población, vivienda y hogares de la Ciudad. La muestra de este relevamiento está diseñada de modo tal que los resultados sean representativos del total de la Ciudad, así como también de cada una de las comunas. Entre las principales áreas temáticas que aborda se encuentran: Vivienda y hábitat - Hogares y familias - Características demográficas básicas de la población - Trabajo y empleo - Ingresos - Educación - Salud.

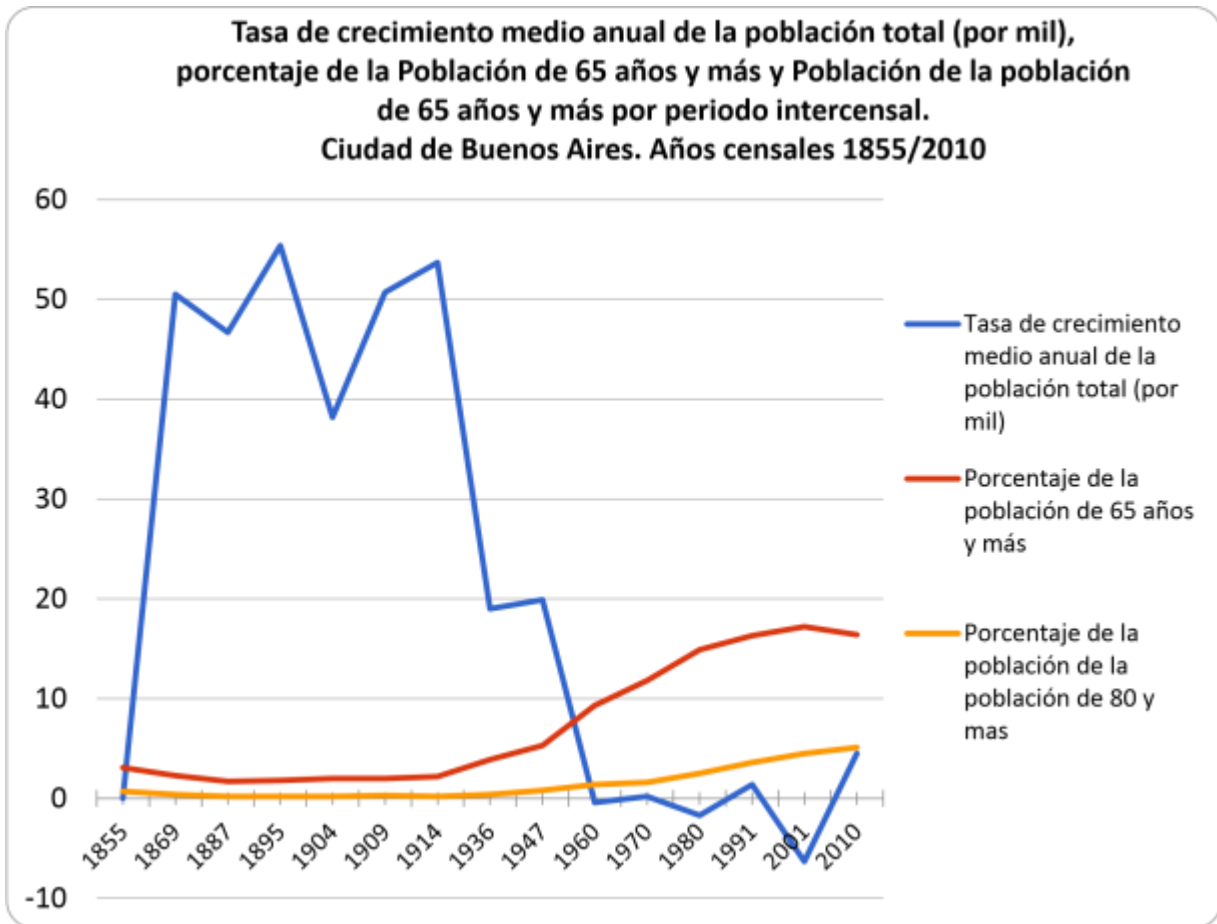
⁶ La ENAPROSS II es una encuesta que se realiza a partir del año 2011, su objetivo es la evaluación de la situación socioeconómica y de protección social de los hogares localizados en el territorio de la República Argentina y de los individuos que residen en él. La muestra es probabilística sobre viviendas en localidades urbanas con 5000 habitantes o más de acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. En 2015 se relevaron jurisdicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 partidos del Gran Buenos Aires, provincia del Chaco, provincia de Catamarca, provincia de Corrientes, provincia de Jujuy y la provincia de Río Negro.

comprometidas por la movilización del debate sobre el cuidado, el bienestar y la protección social de estas poblaciones dependientes en la Argentina.

3. Necesidades de cuidado en la CABA

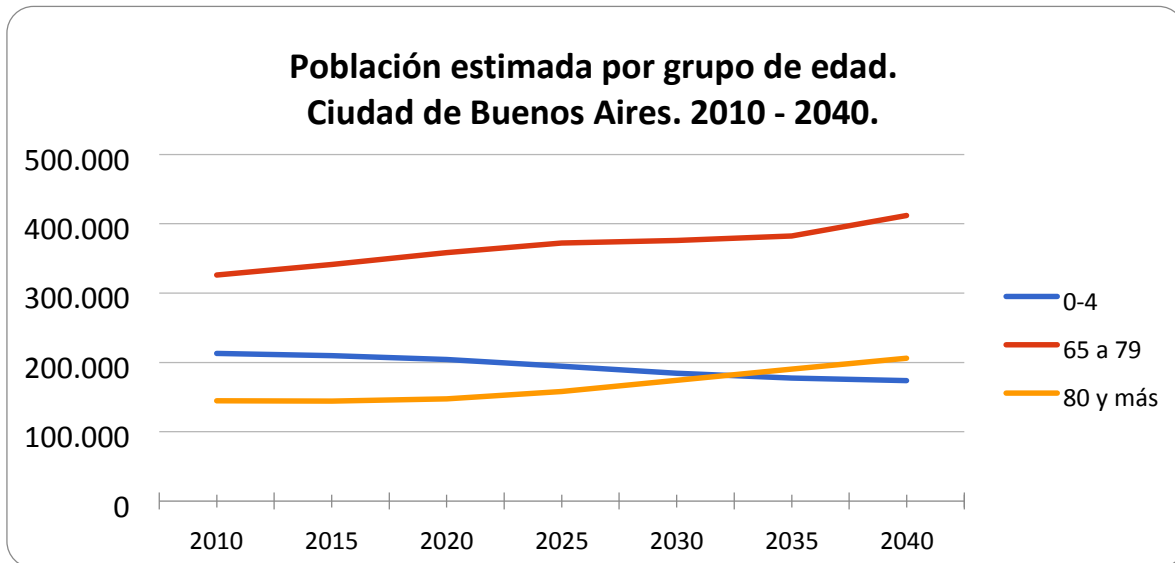
3.1. Aspectos demográficos y sociales de la CABA

La Ciudad de Buenos Aires es una sociedad envejecida. La tendencia desde mediados del siglo pasado ha sido el crecimiento de la proporción de población mayor de 65 años.



Fuente: Anuario Estadístico, 2015. DGEC del GCBA.

Una proyección sobre su población a partir de los datos del Censo 2010 indica que la tendencia de envejecimiento se sostendrá.



Fuente: Anuario Estadístico, 2015. DGEC del GCBA.

La CABA es también la jurisdicción más rica de la Argentina. Su producto PBG p/c es de U\$S 33.966, mientras que el PIB p/c de la Argentina es de U\$S 10.776. Se trata de “una sociedad de clases medias”: el 69,9% de su población corresponde a *clases medias*, con alta proporción de profesionales y técnicos (Bensa, 2016). El 90,6% de los ingresos fiscales de la ciudad proviene de fuentes propias (impuestos locales) y sólo el 9,4 de la coparticipación federal de impuestos,⁷ un aspecto clave en términos de evaluar la capacidad económica de la jurisdicción.

En cada sociedad, las tendencias demográficas, las mutaciones de la estructura social y la forma en que ambas dimensiones se relacionan constituyen una

⁷ Los valores de recaudación acumulada a marzo 2015, en millones de pesos son: 17.795 (total); 16.116,3 (fuente propia) y 1.679,3 (Coparticipación Federal). Fuente: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/04/ir_2016_989.pdf

demanda específica frente a las formas de provisión de bienestar y, entre ellas, a las modalidades de resolución del cuidado de sus miembros dependientes.

La proporción de niños y niñas menores de 14 años y la de personas mayores en relación con el número de personas en edad activa (15 a 64 años) es un indicador de dependencia demográfica y se conoce como dependencia potencial.⁸ En la Ciudad de Buenos Aires la relación de dependencia potencial personas inactivas por cada 100 en edad activa- es de 53,9. Si se mide en relación con niños de 0 a 14 años (dependencia potencial joven), este valor es de 29, 4; mientras que si se mide con respecto a la proporción de personas mayores (dependencia potencial mayor) es de 24, 6. Estos valores y las transformaciones que puedan mostrar en el futuro constituyen un aspecto clave de las previsiones presupuestarias y otras decisiones de políticas públicas y políticas de cuidado.

| Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad y razón de dependencia potencial total, de niños y mayores. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015 | | | | | | | |
|---|---------------|--------|---------|----------|--------------------------------|-------|---------|
| | Grupo de edad | | | | Razón de dependencia potencial | | |
| | Total | 0 - 14 | 15 - 64 | 65 y más | Total | Niños | Mayores |
| Total | 100,0 | 19,1 | 65,0 | 16,0 | 53,9 | 29,4 | 24,6 |

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2015

Claro que estos datos podrían sugerir otras lecturas si se desagregaran según condición socioeconómica de la población o con otros criterios. El

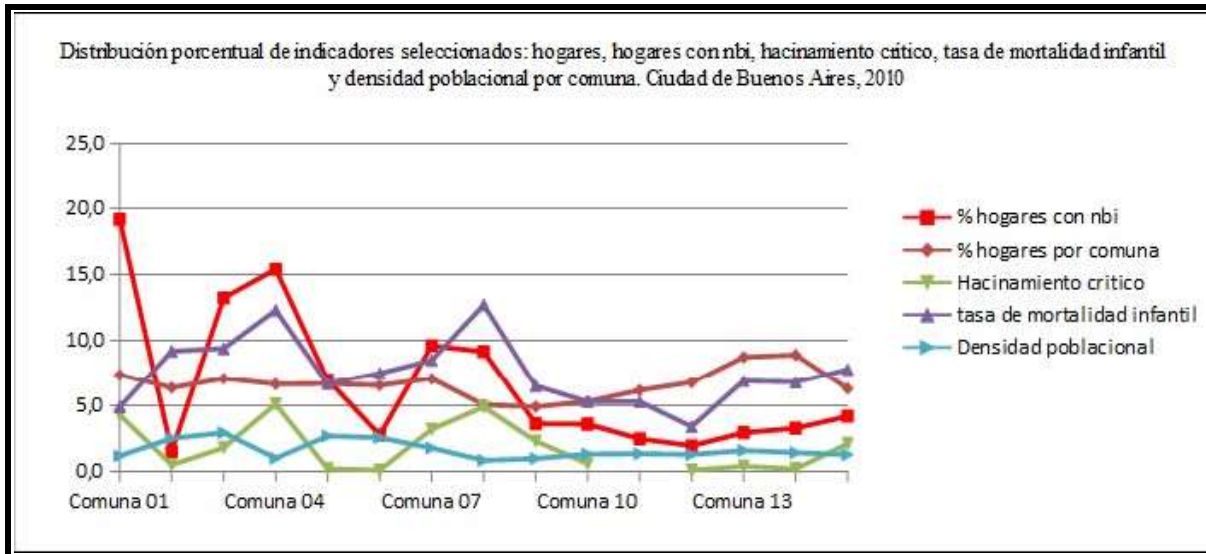
⁸ Expresa en porcentaje el número de personas potencialmente inactivas que sostiene cada individuo potencialmente activo.

reconocimiento de estas diversas situaciones en la Ciudad de Buenos Aires constituye una base indispensable para proyectar políticas de bienestar a su población incluyendo las que refieren particularmente al cuidado de las poblaciones dependientes.

En el escenario de la CABA, un primer aspecto a destacar en estos términos es la relación inversa que se puede establecer entre la relación de dependencia potencial joven y la dependencia potencial mayor según comunas. Mientras que las comunas del sur presentan los mayores niveles dependencia joven, las comunas del norte presentan, en cambio, los mayores niveles de dependencia mayor. Se trata de dos mapas de necesidades potenciales de cuidado según la población que se considere.

Más allá de este dato, una lectura de las condiciones de vida entre las comunas muestra importantes diferencias pero algunos distritos se caracterizan por lo que Saraví (2006) ha definido como espacios sociales de acumulación de desventajas. En el siguiente gráfico, el comportamiento de indicadores seleccionados da cuenta de estas heterogeneidades.⁹

⁹ En esta sección nos apoyamos en nuestro trabajo anterior Paura (2015) y Paura, Chorny y García (2016).



Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo 2010.

La densidad de población¹⁰ y la proporción de hogares indican comportamientos y distribución relativamente equilibrados entre las comunas, cuya lectura debería realizarse en términos de procesos de poblamiento, acceso al suelo y la propiedad y otras dimensiones que escapan a este estudio. Indicadores de condiciones de vida como el hacinamiento crítico, la tasa de mortalidad infantil y la proporción de hogares en situación de necesidades básicas insatisfechas (NBI)¹¹ señalan, en cambio, la acumulación de desventajas de la población de las comunas del sur de la Ciudad. El comportamiento del hacinamiento crítico permite observar cómo se expresan las desigualdades en el acceso a la vivienda en las distintas comunas, siendo las C4, C8 y C1 las más afectadas. Un fenómeno

¹⁰ La densidad poblacional fue convertida a una unidad de medición común para hacer posible su comparación.

¹¹ El concepto de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) permite la delimitación de grupos de pobreza estructural y representa una alternativa a la identificación de la pobreza por el ingreso. Por medio de este abordaje se identifican dimensiones de carencias absolutas y se enfoca la pobreza como el resultado de un conjunto de privaciones materiales esenciales.

similar ocurre en el análisis de los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas que muestra una presencia más marcada en las mismas comunas que coinciden con algunas de las villas más populosas como la Villa 31 y la Villa 21-24. En el caso de la tasa de mortalidad infantil, si bien tiene un comportamiento más homogéneo, es más pronunciada en las C4 y C8 expresando la mayor vulnerabilidad de la población que allí reside.

La ciudad presenta así rasgos comunes a otras metrópolis de América Latina. En el marco de estas formaciones que diversos autores identifican como ciudades “duales” o “fragmentadas” es posible, a su vez, identificar procesos de segregación más aguda al interior de los espacios ya segregados. Los “territorios en insularización” (Soldano, 2008), como los casos de las villas y asentamientos, son enclaves de pobreza y vulnerabilidad concentrada con efectos concretos en la subjetividad de sus habitantes. Como señala Soldano (2008), “los enclaves de pobreza reproducen mecanismos que retroalimentan el aislamiento y, por ende, la vulnerabilidad” (Soldano, 2008: 10).

Para ilustrar estas desigualdades y su relación con el cuidado, citemos un informe reciente del CESBA basado en la encuesta de “Uso del tiempo: trabajo no remunerado y economía del cuidado” que muestra que las tareas del hogar ocupan un 30% más de tiempo en el Sur de la CABA que en el Norte. Allí también se señala que “En barrios como Villa Soldati, Villa Lugano, La Boca o Nueva Pompeya, entre otros, la gente necesita un 33% más de tiempo para realizar ese tipo de actividades -consideradas trabajo no remunerado, ya que ocurren en el ámbito de la familia sin intercambio de dinero- que en otros sectores de la ciudad como Recoleta, Belgrano, Palermo o Saavedra. De hecho, en el Sur el 14% de los hogares reciben ayuda de personal doméstico, mientras que en el Norte esa cifra

es del 31%, lo que les permite a los vecinos de esta zona contar con más tiempo para trabajo remunerado, estudio, descanso y consumo de medios".¹²

A esta trama compleja de condiciones de vida desiguales es necesario sumar que la ciudad no puede ser pensada sin tener en cuenta sus prolongaciones en los municipios lindantes, que conforman el Conurbano Bonaerense. De este modo se marca una tensión entre dos tendencias: entre la necesidad de fortalecer la autonomía política, que cierra la ciudad sobre sus límites, y la de promover la integración entre los municipios articulados, lo que desborda las demarcaciones jurisdiccionales (Landau, 2012). Desde la perspectiva que nos interesa esta tensión se expresa en demandas de servicios de cuidado tanto de la población residente en la CABA como de quienes habitan los partidos bonaerenses lindantes pero, en muchos casos, desarrollan actividades laborales en la Ciudad.

3.2. Las necesidades potenciales de cuidado en la CABA. Situación actual y tendencias revisadas

En este apartado se presenta un reconocimiento de las posibles necesidades de las tres poblaciones potencialmente dependientes.

Se presenta un panorama actual de las necesidades potenciales, a partir de datos correspondientes a 2015-2016 y en algunos casos se hace referencia a ciertas tendencias detectadas. Para un conocimiento más preciso de estas tendencias sería necesario profundizar el análisis.

¹² Fuente: <http://www.lanacion.com.ar/2054898-en-el-sur-las-tareas-del-hogarocupan-un-30-mas-de-tiempo-que-en-el-norte>

Los datos corresponden a la EAH, 2015, realizada por la Dirección de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y, en algunos casos que se indicarán en forma particular, a la ENAPROSS, 2015. Se indicará de manera puntual el uso de otras fuentes.

Niños y niñas de 0 a 4 años. Primera infancia

Los niños y niñas de 0 a 4 años representan un 7% de la población de la CABA. La dependencia demográfica específica para la población que se considera en este estudio - niños y niñas de 0 a 4/población potencialmente activa) es de 11. Es decir, en la Ciudad, por cada 100 personas en edad activa hay 11 niños de 0 a 4 años.

Si se toman en cuenta las personas efectivamente activas y los niños de temprana edad, la relación de dependencia real asciende al 37% si consideramos los niños y niñas de 0 a 14; este valor es de 14% en el caso de 0 a 4 años. Es decir, en la CABA hay 14 niños de 0 a 4 por cada 100 activos. La evidencia indica una mayor presencia de niños y niñas de 0 a 4 en las familias de menores ingresos, dato que se asocia también a la tasa de actividad femenina y a la proporción de hogares con doble proveedor. Estas relaciones se presentan de manera diferente según las comunas. La C8 y la C7 tienen la menor cantidad de adultos por niños de 0 a 4: 6 y 7, respectivamente; en el caso de las C9 y C4 hay 8 adultos por cada niño mientras que, en el extremo opuesto, en la C2 por cada niño de temprana edad hay 15 personas adultas y en las C5, C13 y C14 hay doce personas adultas por cada niño en este tramo etario.

Las decisiones y/o posibilidades sobre cómo resolver el cuidado en cada contexto institucional y en el marco de los arreglos del bienestar Estado-mercado-familias y comunidad encierran diferentes dimensiones. El clima

educativo de los hogares es un factor para interpretarlas.¹³ El nivel educativo alcanzado por los jefes y jefas de hogares no sólo es un factor relevante en relación con la posibilidad de obtener mejores empleos y más ingresos; es un indicador del capital cultural de los hogares con una gravitación importante en los logros educativos de los hijos y en relación con la posibilidad de romper la transmisión intergeneracional de la pobreza (CEPAL, 2010). Diversos estudios muestran, en esta línea, que los hogares de mayores recursos económicos y clima educativo alto tienen mayor propensión a brindar una mejor educación a los miembros más jóvenes. Las investigaciones en el campo de las neurociencias demostraron que el 80% del desarrollo cerebral ocurre entre los 0-3 años de edad y que las experiencias tempranas de los niños y niñas tienen un impacto perdurable en su desarrollo, educación, salud y calidad de vida (Steinberg, 2015:237). El bajo nivel educativo de los padres y en particular de las madres incide en los cuidados y la atención de los más pequeños, en particular en el primer año de vida y en las trayectorias educativas ulteriores. En la CABA, el 74% de los hogares con niños de 0 a 4 tienen clima educativo alto, lo que corresponde con las particularidades de la jurisdicción. Pero el 28,5% de los niños y niñas de 0 a 4 vive hogares con un nivel educativo medio o bajo, es decir, cuyos adultos tienen una educación promedio más baja que el secundario completo.

| Porcentaje de Niños/as de 0 a 4 años según clima educativo del hogar. CABA, 2015 | |
|---|--------------------------|
| | % Niños/as de 0 a 4 años |
| Clima educativo del Bajo | 3,3% |

¹³ El "clima educativo de los hogares" corresponde al promedio de los años de escolarización aprobados por los miembros del hogar mayores de 25 años de edad. En este estudio se definieron tres grupos: clima educativo alto (12 años y más de escolaridad aprobados en promedio por los miembros del hogar mayores de 25 años), clima educativo medio (desde 7 hasta 11,99 años de escolaridad) y clima educativo bajo (menos de 6,99 años de escolaridad) (Aguilera, M. y Rodríguez, L., 2005).

| | | |
|-------|-------|--------|
| Hogar | Medio | 25,2% |
| | Alto | 71,5% |
| | Total | 100,0% |

Base: Niños y niñas de 0 a 4 años en hogares con adultos de 25 años o más.
Fuente: Elaboración propia sobre la base de EAH 2015.

El 3,8% de hogares de la CABA vive en hacinamiento crítico.¹⁴ Entre los hogares donde viven niños de 0 a 4 este porcentaje asciende a 8%. Teniendo en cuenta que en algunos hogares se registra la presencia de varios niños, entre los niños de 0 a 4, el 10,2% vive en situación de hacinamiento crítico, lo que compromete sensiblemente su calidad de vida y da cuenta de la situación de vulnerabilidad del entorno familiar. El hacinamiento crítico indica alto riesgo en las condiciones de salud, representa una situación de violencia en sí misma y habilita relaciones conflictivas entre los miembros de los grupos familiares.

La participación laboral de los adultos responsables del cuidado y desarrollo de niños y niñas es clave por diferentes aspectos. Por un lado, porque en sociedades mercantilizadas es indispensable para la obtención de ingresos que permitan la

¹⁴ Se considera hogar con hacinamiento crítico al que posee más de tres personas por cuarto de la vivienda.

reproducción de la vida. Por otro lado, que en los hogares haya doble proveedor reduce la posibilidad de pobreza. Y, además, desde una perspectiva de equidad de género, es clave considerar la participación de las mujeres en el mercado laboral y la reducción de los obstáculos que las mujeres deben enfrentar que

condicionan su calidad de vida y sus trayectorias educativas, profesionales y laborales. En la Ciudad, la tasa de actividad de los varones es de 86% aproximadamente mientras que entre las mujeres es de 73%. Pero si se consideran los hogares con presencia de niños y niñas de 0 a 4, hay trece varones activos por cada uno inactivo y solo dos mujeres activas por cada una inactiva. Efectivamente, la presencia de niños en la primera infancia compromete la participación laboral de las mujeres y este compromiso se acentúa al considerar el nivel de ingresos. Entre las mujeres de menores recursos, la presencia de hijos pequeños condiciona fuertemente su trayectoria laboral, según han señalado diversas investigaciones.

La consideración de quienes trabajan y proveen ingresos laborales en los hogares -si se trata de un proveedor o de hogares con doble proveedor- es un aspecto clave para entender relaciones del cuidado. Indica la posibilidad de mayores ingresos, pero también implica necesidades particulares en la distribución del tiempo, incide en las relaciones de autoridad y tiene impactos en otras dimensiones de la vida. En la Ciudad, el 54% de los hogares con niños de 0 a 4 tiene doble proveedor¹⁴ y en el 92% de estos hogares el principal ingreso es de origen salarial. Este dato abre al menos dos interrogantes en relación con el cuidado. i. En el caso de los hogares con doble proveedor, ¿cómo se resuelve el cuidado de los niños desde el punto de vista del tiempo? ¿Qué arreglos de tiempo establece este 54% de los hogares de la Ciudad? ii. ¿Qué factores deben considerarse para entender qué tipos de arreglos y decisiones atraviesan el 46% de los hogares con un solo proveedor? Se ponen en juego la inserción laboral de

¹⁴ Catalina Wainerman (2005) planteó que en 2001 el modelo de dos proveedores entre las familias nucleares con hijos estaba extendido en todas las regiones de la Argentina hasta alcanzar aproximadamente la mitad de esos hogares, siguiendo la tendencia registrada en América Latina. En la jurisdicción del AMBA llegaba al 46,3%, al 47,3% en el Noroeste, 44,8% en el Noreste, 43,6% en Cuyo, 49,3% en Pampeana y 53,8% en la región Patagónica. Para este estudio, la autora tomó las ondas de la EPH de octubre, entre 1980 y 2001.

las mujeres, la (in)suficiencia de ingresos familiares para garantizar la reproducción de la vida de los miembros de esas familias, la situación de los hogares monoparentales -generalmente encabezados por mujeres- con mayores limitaciones en el manejo del tiempo y de los ingresos. En este sentido, un dato contundente es que el 10% de niños de 0 a 4 vive en hogares monoparentales con jefatura femenina. Este tipo de hogar encierra el arreglo familiar que supone mayor riesgo de vulnerabilidad para los niños y niñas porque condensa las distintas limitaciones que implica el cuidado: ingresos, tiempo y desventajas para las mujeres en calidad de cuidadoras.

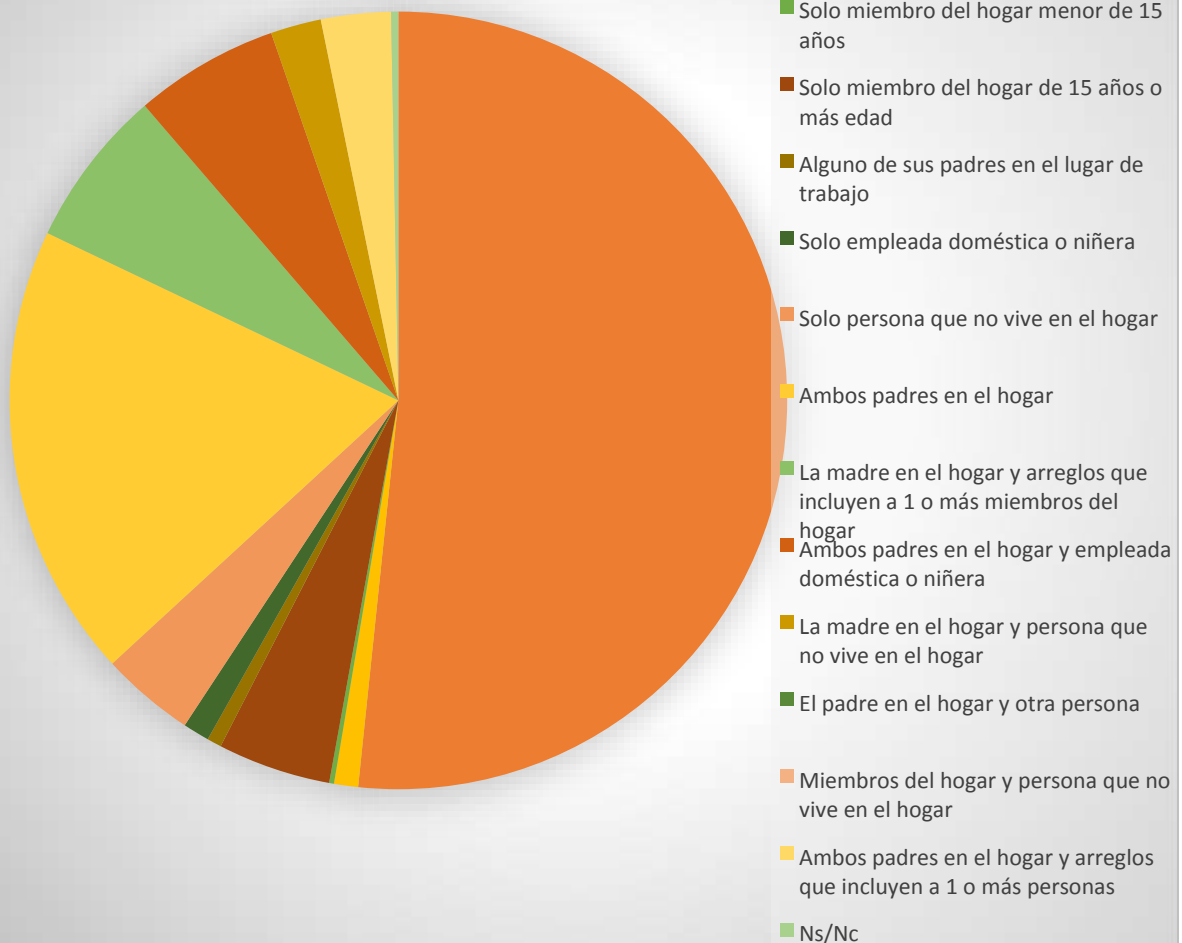
En el interior de los hogares, el tiempo dedicado al cuidado presenta diferencias entre varones y mujeres. En la CABA, la tasa de participación en tareas de cuidado de los hombres es de 12,3% mientras que para las mujeres asciende al 19,5%.¹⁵ Esto implica un promedio de 5,5 horas diarias para las mujeres en tanto para los hombres representa 4,7 horas diarias. Estas diferencias condicionan aún más las posibilidades de inserción de las mujeres en el mercado de trabajo y refuerzan situaciones de inequidad de género.

Según los datos de la ENAPROSS (2015) el 45% de los niños y niñas de 0 a 4 años de la Ciudad no asiste a guarderías, centros de desarrollo infantil o jardines de infantes. De este universo, el 52% son cuidados en el hogar sólo por su madre, mientras que los que son cuidados sólo por el padre no llegan al 1% (cuidados por ambos padres en el hogar alcanza un 18% de los casos).¹⁶

¹⁵ Fuente: EAHU 2013, INDEC. Módulo especial de Uso del tiempo.

¹⁶ En la ENAPROSS 2011 esta pregunta no diferenciaba entre madre o padre cuidador, sino que la categoría era "cuidado solo por padres en el hogar". Esto habla de cómo en los últimos años se ha comenzado a visibilizar esta sobrecarga de las mujeres en términos de cuidado infantil y se han desarrollado ajustes para mejorar su medición. A los fines metodológicos la diferencia en las categorías hace que no sea posible comparar los datos para analizar su evolución.

Niños y niñas de 0 a 4 años que no asisten a instituciones según persona que los cuida de lunes a viernes de 7 a 19 horas. CABA, 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENAPROSS, 2015.

Los motivos por los cuales los niños y niñas de 0 a 4 no asisten a establecimientos de ningún tipo son elocuentes: el 75% refiere que “prefiere el cuidado del niño/a en el hogar”, mientras que un 18% invoca la falta de vacantes como motivo

principal.¹⁷ En este punto se abren varias cuestiones: i. es fundamental considerar estas motivaciones a la hora de pensar políticas públicas en términos de cuidado ya que expresan representaciones sociales diversas;¹⁸ ii. una de cada cinco personas una expresa necesidades de cuidado no resueltas ya que las causas por las que no manda a sus hijos a jardines o establecimientos de cuidado alude a una oferta no adecuada.¹⁹

Necesidades de las personas mayores de 65 años

Las personas mayores representan un 16% de la población de la CABA. A nivel nacional esta población representa el 10% del total, lo que indica el envejecimiento más pronunciado de la población de la Ciudad. De ese total, las personas de 65 a 79 años representan el 11,4% y las personas mayores de 80, el 4,5%.

Recordemos que, en relación con la dependencia potencial, por cada 100 personas en edad activa hay 25 personas mayores de 65 años, de las cuales 7 son

¹⁷ En 2013, la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), a partir de los datos Dirección de Educación Inicial, publicó un informe donde constan 6767 niños y niñas en lista de espera para acceder al nivel inicial (ACIJ,2013).

¹⁸ En este sentido, ya en su estudio de los años noventa sobre mujeres del Area Metropolitana de Buenos Aires, Marcela Cerrutti (2002) planteaba el interrogante sobre la decisión o la restricción que llevaba a las mujeres a no “trabajar” (en el mercado laboral”. Allí, la autora mostraba como la formación para el trabajo –tanto la educación formal como la derivada de la propia experiencia laboral- ayudaba a ampliar las opciones ocupacionales de las mujeres. “La educación opera no sólo en la decisión de trabajar de las mujeres, sino también en la posibilidad de efectivizar su decisión y en el compromiso con su propio trabajo” (114). Pero además el trabajo en el mercado de la mujer depende de la relación que ella y su cónyuge establecen con el cuidado de los niños y el hogar. En relación con esas entrevistas, Cerrutti consigna que la principal limitación para trabajar se relaciona con la tenencia o no de niños pequeños en el hogar y con la ayuda familiar con la que se cuente para su cuidado. (115).

¹⁹ En ENAPROSS 2011, esta pregunta presenta distintas categorías con respecto a 2015. Sin embargo, cabe señalar que un 56% respondió que “Prefiere el cuidado del menor por otros familiares o vecinos” en tanto que el restante 44% aludió a “Carencia o déficit de establecimientos gratuitos”.

de 80 y más. Si se toma en cuenta la relación de dependencia real -personas mayores de 65 por personas efectivamente activas- el valor asciende a 31 de los cuales 9 son personas mayores de 80.

Con respecto a la “feminización” de la vejez”, en el segmento de 65 a 79 años las mujeres alcanzan el 60,5%; en el segmento de 80 años y más, las mujeres representan el 70,3%. Esta situación abre un llamado de atención en relación con la importancia de desarrollar acciones que contemplen esta sobrevivida femenina y contrarresten las cortas o intermitentes trayectorias laborales y las más precarias condiciones de trabajo de las mujeres en edades más jóvenes, por la incidencia que podrían tener en la vejez. En tal sentido, como destacaremos, tuvo un importante efecto el Plan de Inclusión Previsional aplicado en la Argentina desde 2005, que permitió que un número importantes de mujeres mayores que se habían desempeñado como “amas de casa” o habían tenido actividad laboral discontinua accedieran al beneficio jubilatorio.²⁰

En esta sociedad envejecida, las comunas del norte de la ciudad las jurisdicciones con mejores indicadores de condiciones de vida, son las que presentan mayor porcentaje de personas mayores (Paura, Chorny y García, 2016).

Si el hacinamiento registra niveles críticos en el caso de los niños y niñas, no ocurre esto con las personas mayores. Cabe sí consignar que un 12% de esta población es inquilina, lo que puede significar comprometer una parte significativa de los ingresos con los que estas personas cuentan en la etapa laboralmente pasiva de su vida y por ello representar un riesgo en términos de garantizar una vivienda estable y adecuada. Al mismo tiempo, es un signo de

²⁰ La denominada “moratoria previsional” (Decreto PEN N° 1454/05, modificatorio de la ley N° 24.476) otorgó la posibilidad de acceder a un haber jubilatorio a toda persona que tenía edad para jubilarse pero que no cumplía con la exigencia de 30 años de aportes acumulados). En 2006, el 73% de los nuevos beneficiarios eran mujeres.

alerta sobre la necesidad de desarrollar políticas de vivienda dirigidas a población mayor que puedan prevenir mayores déficits en el futuro.

El riesgo frente a la pérdida de autonomía en los desplazamientos, la higiene, la alimentación se acentúa en las situaciones de soledad o cuando se trata de hogares compuestos únicamente por personas de mayor edad y mayor compromiso de autonomía. El 35% de las PM de entre 65 y 80 años vive sola, en tanto en el caso de aquellos que tienen 80 años y más esta situación alcanza al 48%. Y el 70% de los hogares de mayores de 65 son unigeneracionales (es decir, compuestos solamente por personas mayores). El aumento del porcentaje de personas mayores viviendo solas está asociado en muchos casos a la viudez de las mujeres. Claro que el habitar en soledad no supone para los adultos mayores necesariamente la ausencia de redes de apoyos que se configuran en el interior de la comunidad, pero sin duda junto a otros factores que contemplamos, como los bajos ingresos o la restricción al acceso a bienes y servicios, representan potenciales restricciones para una sociabilidad adecuada.

¿De qué viven las personas mayores? ¿De dónde obtienen los ingresos para la reproducción de su vida? ¿En qué medida se encuentran protegidos por el sistema de seguridad social, que comprende tanto las jubilaciones y pensiones como el acceso a la cobertura de salud del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - PAMI?

Según la ENAPROSS (2015), el 90% de las personas mayores de 60 años y más de la CABA recibe una jubilación o pensión, lo que habilita el acceso al servicio de salud (PAMI) y por lo tanto a servicios directos de cuidado (institucionalización, cuidadores domiciliarios).²¹ Del restante 10%, el 7% se encuentra ocupado, el 3% no está jubilado ni se encuentra ocupado y una mitad

²¹ En el caso de los adultos de 80 o más años, el 97,28% cuenta con jubilación o pensión.

de este último grupo registra estar iniciando trámites jubilatorios en los siguientes 12 meses. No obstante esta alta cobertura, el 52% sólo cobra el haber mínimo. Así, el 29% de las PM se ubican en el primer y segundo quintil de ingreso.

Estos datos se complementan con la información que brinda la EAH (2015) de la Ciudad de Buenos Aires que indica que entre las personas de 65 años y más, el 78% vive solo de lo que percibe de jubilación o pensión mientras que el 22% de quienes perciben estos beneficios complementan sus ingresos con algún tipo de actividad laboral.

En relación con la cobertura de salud, el 87,3% las PM de la CABA están comprendidas entre el régimen del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI –Programa de Asistencia Médica Integral–,²² y el sistema de obras sociales a las que han aportado durante su vida laboral activa, sólo un 10,5 cubre su atención a través de medicina prepaga y el 2% tiene acceso únicamente al sistema público de salud.

| Porcentaje de personas mayores de 65 años y más según tipo de cobertura de salud | | % de PM de 65 años y más |
|--|------------------------|--------------------------|
| Tipo de cobertura de salud | Obra Social | 34,1% |
| | PAMI | 53,2% |
| | Prepaga | 10,5% |
| | PROFE- INCLUIR SALUD | 0,1% |
| | Hospital público/ CAPS | 1,9% |
| | Ns./Nc | 0,2% |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENAPROSS 2015

²² En adelante, PAMI.

Necesidades de las personas con discapacidad

De acuerdo al Censo Nacional de Población de 2010 son 316.844 las personas que habitan en la Ciudad de Buenos Aires que tienen alguna dificultad o limitación permanente, es decir una de cada diez. En el Censo 2010 se indaga por “personas con dificultad o limitación permanente” considerando como tales a aquellas que declaran tener “limitación en las actividades diarias y restricciones en la participación, originadas en una deficiencia física (por ejemplo para ver, oír, caminar, agarrar objetos, entender, aprender, etcétera) que las afectan en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social (por ejemplo en la educación, en la recreación, en el trabajo, etcétera)”. Tal como puede suceder con cualquier estudio de este tipo, la información resultante no es ajena a los efectos relativos al modo en que se aplica la pregunta tanto en la formulación como en la transmisión de la misma y la significación que hacen los sujetos interrogados de acuerdo a sus marcos interpretativos. En el caso de la Enapross las personas con discapacidad representan alrededor del 30% de la población de la CABA (ENAPROSS, 2015). La indagación aquí está formulada en términos de problema de salud de larga duración y la pregunta se orienta directamente a través de la necesidad de tratamientos, medicamentos, cuidados o apoyos técnicos. De acuerdo a este estudio, las personas con discapacidad representan alrededor del 30% de la población de la CABA, superior a lo relevado en el Censo y la EAH. El 2% tiene entre 0 y 14 años; el 29%, entre 65 y 79 y el 51% tiene más de 80 años, concentrándose en este tramo etario la mayor cantidad de población con discapacidad.

De forma similar al Censo, en el módulo de discapacidad de la EAH (2011) la información recogida apunta a la población con dificultad a largo plazo a partir de la mirada social de la discapacidad, es decir tomando en cuenta la interacción entre el contexto y los sujetos. La prevalencia de población con dificultad de largo plazo de la Ciudad de Buenos Aires es del 9,9% (302.800 personas) que

habitan en el 21,3% de los hogares (259.700) de la Caba. Dentro de la población en hogares con personas con alguna dificultad aproximadamente 4 de cada 10 de esas personas cohabita con 6 de cada 10 personas sin dificultad, que, a su vez, están alcanzadas o involucradas por algunas de las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación de los miembros con discapacidad de su hogar (Pantano; 2013). La mayoría de los hogares (84,6%) tienen una sola PCD y que el 15,4% posee dos o más personas con alguna dificultad. La resolución de cuidados, apoyos, prestaciones de salud, coberturas específicas y distintos tipos de arreglos impactan en el hogar tanto en necesidades de tiempos y recursos así como también emocionalmente. En este sentido es que se suele analizar los hogares afectados por la discapacidad más allá de los sujetos con dificultades individualmente.

En relación a la distribución de las PCD por edad y sexo predominan las mujeres, incluso en mayor magnitud relativa que en la población total. Siendo el 63% de las PCD de la CABA mujeres mientras que en la población total las mujeres representan un 10% menos. En cuanto al índice de masculinidad; existen 88 varones cada 100 mujeres en la población total, en tanto que de cada 58 varones con discapacidad existen 100 mujeres con discapacidad. Entre los varones con discapacidad predominan en el grupo de 0 a 14 años y a partir de los 15 años su porcentaje comienza a descender, arrojando como resultado un predominio de mujeres en los demás grupos etarios de la población con discapacidad especialmente a partir de los 40 años, presentándose una feminización de la discapacidad.

Más del 70% de PCD es mayor de 65 años, siendo este el grupo de edad más afectado por dos discapacidades y más. El envejecimiento biológico se acelera a medida que la edad avanza lo que produce una mayor cantidad de dificultades físicas y psíquicas y en ocasiones conlleva situaciones de limitación y restricción derivando en niveles altos de dependencia. Del mismo modo, el análisis de la edad de origen de la deficiencia muestra que el grupo etario de 50-64 años concentra el porcentaje más alto (21%), seguido por el grupo de 30-49 años y en medida

similar con el grupo de 65-74 años. Es decir que la discapacidad se adquiere en mayor porcentaje a partir de los 30 años, las deficiencias adquiridas después del nacimiento están íntimamente relacionadas con la pobreza y el envejecimiento. En general la discapacidad puede deberse a debilidades en la atención en salud y las condiciones de vida; partos mal atendidos, desnutrición, falta de condiciones de saneamiento, vacunación incompleta, traumatismos, enfermedades mal atendidas y padecimientos crónicos, diagnósticos tardíos, así como también las enfermedades producto de la prolongación de la vida.

Más del 68% de las PCD tiene una deficiencia motriz lo cual es atendible especialmente para las barreras edilicias y aquellas que obstaculizan la circulación en la ciudad. La imposibilidad de trasladarse limita la autonomía personal e incrementa los niveles de dependencia, lo cual es perjudicial para la vida plena de las PCD. Luego las dificultades más frecuentes son auditivas y visuales (cerca del 11% respectivamente).

En relación a la inserción laboral mientras que la tasa de desocupación de la población total es de poco más de 5%, en el caso de las PCD el porcentaje total se eleva a 11 %, siendo la tasa de empleo de 28%, es decir 30 puntos porcentuales menos que la del resto de la población (58%). Lo cual indicaría que, si bien existen políticas que incentivan la contratación de PCD y cupos establecidos para el Estado y las empresas privadas, las mismas no logran revertir las dificultades para el empleo de este sector. El tener trabajo es de suma importancia para el desarrollo de la autonomía personal de las PCD.

3.3 Necesidades de cuidado y desafíos para las políticas públicas

El repaso de los indicadores presentados en relación con las necesidades potenciales frente a la resolución del cuidado de las tres poblaciones dependientes presenta interrogantes y desafíos específicos para las políticas públicas. Por un lado, en el caso de los niños y niñas, las condiciones para su mejor desarrollo están asociadas a las condiciones laborales, educativas y de

habitabilidad de sus familias. El 10% de los niños y niñas de 0 a 4 años vive en condiciones de hacinamiento crítico en la Ciudad y un 28% forma parte de hogares con clima educativo medio y bajo. Alrededor de 4 de cada diez niños en este tramo etario no asisten a ningún establecimiento educativo o de cuidado/socialización y entre ellos, poco más de la mitad permanece todo el día bajo el cuidado de su madre. Por otro lado, un 10% de los niños y niñas de la CABA vive en hogares monoparentales, la mayoría con jefatura femenina. Estas condiciones interpelan tanto las acciones destinadas a mejorar condiciones estructurales de la vida de las familias como a analizar las razones de la institucionalización tardía. Asimismo, revelan la sobrecarga de las mujeres que asumen la mayor responsabilidad de cuidado.

En el caso de las PM, la mayor parte cuenta con ingresos jubilatorios y acceso a sistema de salud vía PAMI u obras sociales. No obstante, poco más de la mitad cobra el haber jubilatorio mínimo, lo que significa un compromiso en términos de la satisfacción de necesidades de desplazamiento, sociabilidad, ocio. En este sentido, cabe atender que un 12% de las PM son inquilinas. Muchos de los mayores de 65 años viven solos o en hogares unigeneracionales, lo que representa una posible demanda de atención según grados de dependencia, que pueden ir desde colaboración para realizar compras o la higiene del hogar hasta ejercitación física o preparación de los alimentos.

En el caso de las PCD, el porcentaje más alto se encuentra en el tramo etario de 80 años y más, lo que implica una fuerte asociación con el deterioro biológico. En este sentido, la consideración de tratamientos largos y el difícil acceso a la atención adecuada muestra un gran peso sobre las familias, por un lado, y la desvalorización de las personas afectadas.

Cada una de estas cuestiones demanda acciones específicas. En los siguientes apartados se describirán los mecanismos de regulación, las acciones y los dispositivos con los que estas poblaciones efectivamente cuentan.

3. La provisión de cuidado en la CABA

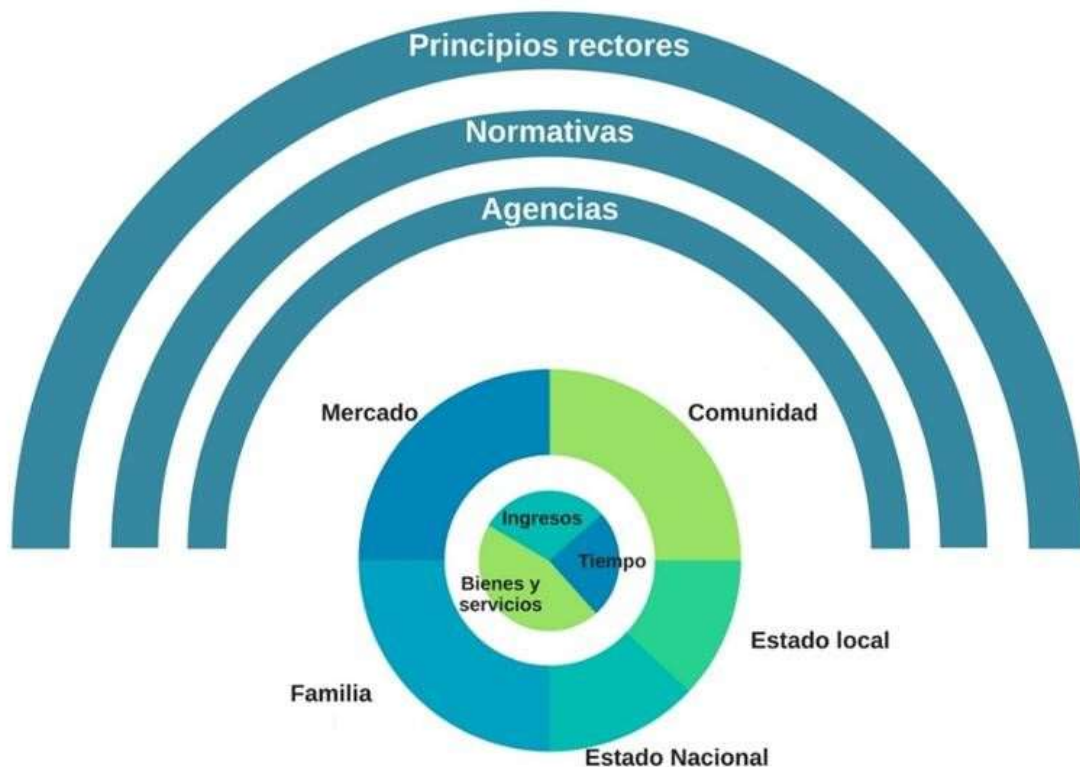
En este apartado se identifican las agencias nacionales y de jurisdicción local de mayor jerarquía que participan de la trama estatal de provisión de cuidado y se presentan los lineamientos que se siguen en las próximas secciones de este informe (4, 5, 6 y 7) en las que se considerarán las formas de provisión dirigidas a las tres poblaciones dependientes y las acciones que involucran a quienes cuidan, tanto de forma remunerada como no remunerada, teniendo en cuenta la participación y la articulación de las diferentes esferas de la acción social: Estado, mercado, familias y comunidad.

En los apartados 4, 5 y 6 se presentan las formas de provisión para cada población dependiente. En cada caso, se identifican en primer lugar:

- i. los principios y lineamientos rectores sobre los que se inscriben retóricamente e institucionalmente las normativas vigentes y las acciones desarrolladas (convenciones y acuerdos internacionales),
- ii. la legislación y normas de jerarquías diversas de nivel nacional y de la Ciudad de Buenos Aires y iii. las agencias responsables del gobierno del cuidado específicas para la población o que participan de algún modo en esta esfera de intervención.

En segundo orden, en cada una de estas secciones, se presenta una sistematización de las formas de intervención del cuidado reconociendo su origen según Estado nacional y local; mercado, familias y comunidad. Los dispositivos de intervención se agruparon en tres categorías: i. ingresos, ii. servicios y bienes y iii. tiempo. Las dos primeras se presentan en forma desagregada con referencia a cada población.

En el apartado 7 se presentan los dispositivos vinculados al tiempo de cuidado, en forma articulada con las referencias a quienes realizan el trabajo de cuidado - en forma remunerada y no remunerada, en el interior de las familias y desde las otras esferas: estatal, mercantil y comunitaria-, y referidos a las tres poblaciones dependientes. En tal sentido, se establecieron relaciones analíticas entre las formas *tiempo de cuidado*, la cuestión genérica y la feminización del trabajo de cuidado, los mecanismos de regulación de las condiciones laborales del trabajo remunerado (contratación, profesionalización, registro).



3.1 Las agencias estatales del cuidado. En la esfera del Estado nacional

El modo en que se distribuya el peso del bienestar y del cuidado de las personas dependientes en particular entre el Estado, el mercado, la comunidad y las familias configurará determinadas modalidades de organización social del cuidado más o menos justas. El Estado tiene entonces aquí un rol fundamental; las políticas públicas que implemente incidirán según sean los objetivos que en relación al cuidado se propongan, las concepciones en que se fundamenten y el papel que asignen a sus propias funciones y a los otros agentes. Es decir que cumple un rol sustantivo como garante de derechos, proveedor, facilitador, regulador y subsidiario, entre otras funciones (Batthyány: 2015).

La incidencia del Estado se destaca en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, tanto en su rol de proveedor directo como en el de regulador de prestaciones y prestadores, del empleo público y privado. Es decir que compete no solo a las agencias intervinientes en la distribución del cuidado sino también a los sujetos que ejercen cuidado y quienes reciben cuidado. En cuanto a los sistemas de salud y educación es regulador en todos los casos, proveedor completo en relación con los sistemas públicos y proveedor parcial en las formas de gestión privada. A su vez tiene en su órbita servicios de desarrollo integral infantil, de estimulación para personas con discapacidad y para la vejez activa. Es a su vez otorgador de asignaciones familiares, transferencias condicionadas de ingresos, jubilaciones y pensiones.

Entre las diferentes agencias estatales que intervienen en la distribución del cuidado se destaca la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) cuya relevancia institucional radica en la amplia gama de prestaciones que regula y administra: la administración tradicional de las jubilaciones y pensiones, las asignaciones familiares contributivas destinadas a trabajadores registrados y las no contributivas, los subsidios familiares a las personas en etapa pasiva y la

prestación por desempleo financiada por el Fondo Nacional de Empleo (Costa, Curcio y Grushka; 2014).

Por su parte, PAMI brinda cobertura de salud a quienes tienen jubilación o pensión contributiva. Se trata de la estructura de seguridad social más importante del país y constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico (Maceira: 2008).

A partir de 1996 las funciones de recepción, tramitación, evaluación y liquidación de las solicitudes de las Pensiones no Contributivas (PNC), entre ellas las de invalidez, fueron transferidas al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDS) y se mantuvo en la órbita de la ANSES el proceso de pago (Costa, Curcio y Grushka; 2014).

Además, bajo la órbita del MDS se encuentran, en la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia:

- o la Subsecretaría de Primera Infancia y el Plan Nacional de Primera Infancia que incluye espacios dedicados a la atención integral de los más chicos en todo el país.
- o la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) que se encarga de materializar mediante acciones la aplicación de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). El segundo órgano es el Consejo Federal Adultos Mayores, bajo la dirección de la DINAPAM, responsable de impulsar programas de protección, de participación y de mejoramiento de calidad de vida de las personas mayores coordinando con las demás jurisdicciones provinciales y organizaciones especialistas en la temática.

El Ministerio de Salud de la Nación (MS) provee servicios o acciones de cuidado a través de diversos organismos. En primer lugar, regula el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), un organismo descentralizado que depende de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales. Nacido a partir de la epidemia de poliomielitis de mediados del siglo XX, en la actualidad es el organismo responsable de la confección y publicación de las normativas de evaluación y certificación de discapacidad y de la capacitación a las juntas evaluadoras del país. Funciona como el único ente nacional donde se realizan los trámites del símbolo internacional de acceso y la franquicia para la compra de un automotor, y donde además, funciona el Registro Nacional de Prestadores, en el que se inscriben las instituciones que prestan servicios a personas con discapacidad de todo el país.

Por otro lado, quienes acceden a la pensión por discapacidad pueden contar con la cobertura de Incluir Salud, también en la esfera del MS.²³

El Ministerio de Educación y Deportes de la Nación, por su parte, interviene en la provisión de cuidado a través de la Secretaría de Gestión Educativa y de sus Subsecretarías de Gestión y Políticas Socioeducativas, así como también a través de la Dirección Nacional de Gestión Educativa y de la Dirección Nacional de Educación Inicial.

Por último, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación es encargado de regular las modalidades de contratación y la protección de los trabajadores del cuidado y realiza actividades de formación para cuidadores en colaboración con organizaciones de la sociedad civil.

²³ Ver información en <http://www.msal.gob.ar/incluiersalud/>

La Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS) depende del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, en la esfera directa de Presidencia de la Nación. El organismo es más bien de carácter normativo; se ocupa de evaluar el cumplimiento de ciertas leyes como la ley de cheques, asesora y propone programas así como también promueve la coordinación de acciones y programas para PCD.

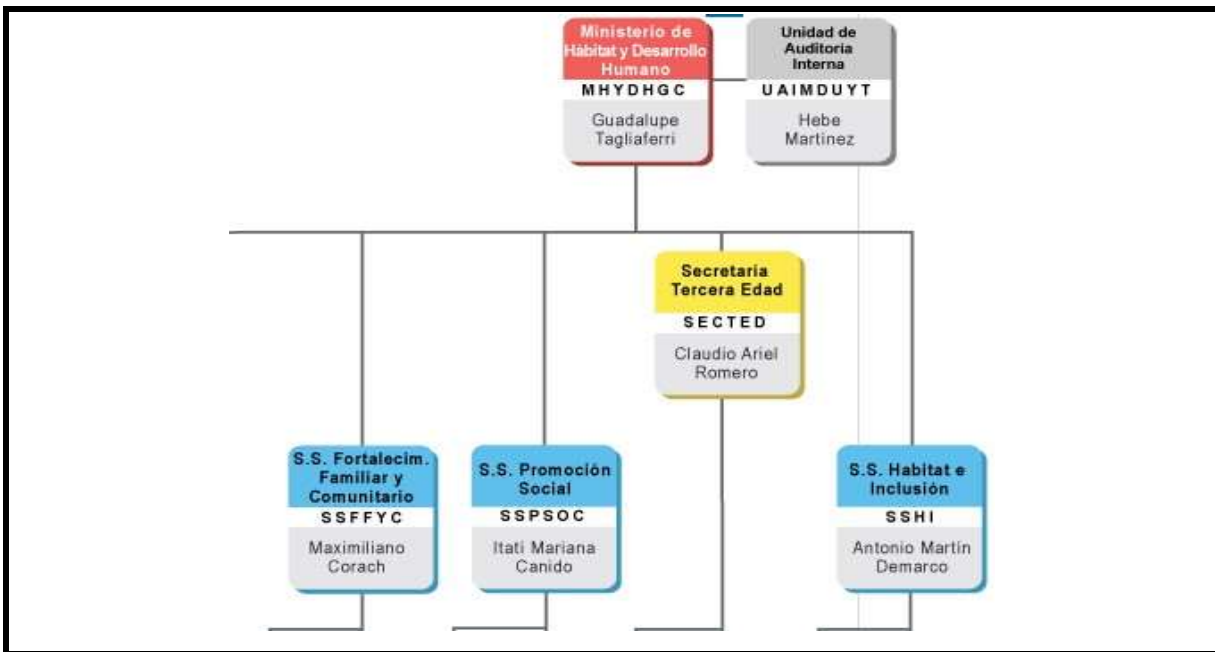
3.2 Las agencias estatales del cuidado. En la esfera de la Ciudad de Buenos Aires

A fin de dar cumplimiento a la declaración de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1989 y aprobada en la República Argentina por la Ley 23849 en 1990, la Ley 114 dispuso la creación en la CABA del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNNyA), organismo que integra el área de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad y tiene a su cargo las funciones que le incumben a la Ciudad en materia de promoción y protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Junto con el Consejo se crean las Defensorías Zonales como organismos descentralizados dentro de su órbita (Defensoría del Pueblo; 2014).

En el área de intervención del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano, la Secretaría de Tercera Edad se encarga de promover la inclusión social de las personas mayores, para garantizar el cumplimiento de sus derechos y su asistencia integral, siguiendo los lineamientos de la Convención Interamericana de Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Junto con esta Secretaría, tal como se indica en el organigrama (ver gráfico), existen tres subsecretarías: Hábitat e Inclusión, de Promoción Social y de Fortalecimiento Familiar y Comunitario. La Subsecretaría de Promoción Social incluye la Dirección de Niñez y Adolescencia y la Dirección General de

Fortalecimiento de la Sociedad Civil que brinda apoyo a organizaciones que realizan acciones de cuidado.



Por su parte, la Subsecretaría de Fortalecimiento Familiar y Comunitario incluye el programa *Ciudadanía Porteña Con Todo Derecho* que brinda un subsidio mensual para mejorar el ingreso de los hogares en situación de pobreza o indigencia.

La Ciudad de Buenos Aires contaba desde el año 2000 con la “Ley marco de las políticas para la plena participación e integración de las personas con necesidades especiales (N° 447)”. La denominación *necesidades especiales* da cuenta de la antigüedad de la ley, previa a la ratificación de la Convención por parte de Argentina. La misma establece un Régimen Básico e Integral para la prevención, rehabilitación, equiparación de posibilidades y oportunidades, y para la participación e integración plena en la sociedad de PCD que en relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables en su desarrollo. A partir de la ley se conforma la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de

las Personas con Discapacidad (COPIDIS) que tiene como objetivo primordial la promoción de los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de la ciudad. A fin de garantizar los principios establecidos por la legislación y la Convención, este organismo realiza capacitaciones para organismos de distintos niveles al interior del GCBA y con otras instituciones y orientación para el cumplimiento de derechos de las PCD. Entre otras actividades, promueve la orientación para quienes obtienen para el Certificado Único de Discapacidad y produce distintos materiales sobre la temática, entre ellos una guía de usuario para facilitar el acceso a derechos por parte de las PCD. Tiene además una bolsa de trabajo para la selección de los puestos públicos y un programa de becas de estudio, entre otros.

El sistema público de salud es accesible para todo aquel que transite la ciudad, a fin de que resuelvan a través de esta vía su situación de salud especialmente quienes no tienen obra social o medicina prepaga. Existe una demanda importante en los dos hospitales generales de niños Pedro Elizalde y Ricardo Gutiérrez así como también en el Hospital Garrahan (dependiente en parte del Ministerio de Salud de la Nación).²⁴ A su vez la atención se vehiculiza a través de los Centros de Atención Primaria (CeSAC) y los Centros Médicos Barriales (CMB).

Por último, gran parte de las acciones para el desarrollo integral de niños y personas con discapacidad se realizan a través del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires. Para las PCD conviven en el sistema educativo dos modalidades: por un lado, las escuelas nucleadas bajo la Dirección de Educación Especial, que contienen distintos dispositivos destinados exclusivamente a PCD; por otro, en todas las escuelas del escalafón común pueden ingresar tanto niños

²⁴ El Hospital Garrahan funciona en forma autárquica y es financiado en un 80 % por el Estado nacional y en un 20% por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

con discapacidad como niños sin discapacidad. En el caso de ser necesario existen esquemas de apoyos para la integración educativa.

4. La provisión de cuidado para primera infancia. Formas, esferas y actores

4.1. Sobre los principios rectores y las agencias responsables

El Estado tiene un rol fundamental en la provisión de cuidado de niños y niñas en tanto regula el empleo público y privado de quienes cuidan, otorga asignaciones familiares y otras transferencias de ingresos, provee y regula servicios educativos y de desarrollo integral infantil. Estos servicios pueden ser de gestión pública, privada o de gestión asociada con actores de la sociedad civil. El apartado especificará aquellas normativas tanto a nivel nacional como local que se vinculan con el cuidado en primera infancia, dando cuenta de los niveles de gobierno, esferas implicadas y agencias estatales que proveen cuidado directamente o lo regulan. En este recorrido, se incluye normativa nacional y normativa específica de la Ciudad de Buenos Aires, organizada en cinco ejes: 1) la que establece específicamente la adhesión al paradigma de protección integral de niños, niñas y adolescentes; 2) normativa de regulación del empleo; 3) normativa vinculada a asignaciones familiares; 4) normativa que regula servicios educativos; y 5) la que corresponde a los servicios de promoción y desarrollo integral infantil.

1) En relación con el primer vector, a nivel nacional la Ley N° 23.849 (1990) aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño²⁵ adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 e incorporada a la Constitución Nacional por la reforma de 1994 (art. 75 inc.22).

²⁵ Ley N° 23.849. Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>

Diez años más tarde se sanciona la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes²⁶ (2005) que adopta las garantías establecidas en pactos, declaraciones y convenciones internacionales²⁷ que han instalado el paradigma de derechos del niños, niñas y adolescentes en las políticas públicas y establece las competencias de las agencias involucradas.

La ley, en efecto, establece lineamientos para elaborar políticas públicas de niñez y adolescencia poniendo el acento en la familia como vía para la efectivización de los derechos, en organismos de aplicación de carácter descentralizado, en planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, en la gestión asociada de los organismos de gobierno y en la coordinación de las políticas, en la promoción de redes intersectoriales locales y en el fomento de la construcción de organizaciones y organismos para la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (Rodríguez Enríquez y Pauttasi, 2014).

Los organismos para la protección de derechos creados a partir de esta legislación son la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, actualmente en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, el Consejo Federal

²⁶ Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000114999/110778/norma.htm>

²⁷ Convención Internacional de los Derechos del Niño ratificada por ley 23.849 de Convención de los Derechos del Niño, CDN, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y Protocolo de San Salvador (Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

de Niñez, Adolescencia y Familia²⁸ y el Defensor de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

En la CABA la Ley N° 114 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes se sancionó en 1998 con anterioridad a la ley Nacional de protección integral en virtud de la normativa internacional y nacional ya establecida. Mediante esta normativa se crea el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, las defensorías zonales y el registro de organizaciones comunitarias y de organismos no gubernamentales y establece las obligaciones que deben asumir los organismos de atención.²⁹

2) Con respecto a la normativa que regula el empleo, se puede distinguir la legislación que otorga licencias, es decir, aquella que regula el tiempo que pueden destinar los padres al cuidado de sus hijos con posterioridad a su nacimiento o en caso de enfermedad y la legislación que regula las condiciones de trabajo de los cuidadores remunerados.

Dentro del primer grupo, la Ley Nacional N° 20.744 (1974) de Régimen de Contrato de Trabajo establece licencias por maternidad, paternidad y familiares. El artículo 170 establece los descansos diarios por lactancia y la obligatoriedad de salas maternas o guarderías en espacios de trabajo del sector público o privado, sin embargo no fue reglamentado.³⁰

²⁸ El Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia está integrado por el funcionario que esté a cargo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y por los representantes de los Órganos de Protección de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²⁹ Ley N° 114/98 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=1298&qu=c&ft=0&cp=&rl=1&rf=0&im=&ui=0&printi=1&pelikan=1&sezion=&primera=0&mot_to da=&mot_frase=comunas&mot_alguna

³⁰ Ley N° 20.744 de Contrato de Trabajo

Esta legislación, como se analizará más adelante, insta un piso mínimo de tiempos de cuidado para padres y madres que normativas específicas vinculadas a algunos sectores de actividad han mantenido o ampliado. Por ejemplo, leyes específicas que regulan ocupaciones históricamente precarias e informales como la Ley N° 26.844 (2013) de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares tiene características similares³¹ y la ley N° 26.727 del Régimen de Trabajo Agrario (2011) establecen las mismas condiciones que la Ley de Contrato de Trabajo.³²

Algunas normativas tienen regulaciones específicas y ampliatorias de las leyes mencionadas como el convenio colectivo de trabajo de la Administración Pública Nacional (2006)³³. En CABA la normativa específica para empleados del Poder judicial (Convenio Colectivo, RES. PRES. N° 1259, año 2015)³⁴, Poder Legislativo (Decreto N° 308/VP (2004),³⁵ Poder Ejecutivo (Ley N° 471/00. Año 2000),³⁷

Disponible en

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/2500029999/25552/norma.htm>

³¹ Ley 26.844. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. Disponible en

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/210000214999/210489/norma.htm>

³² Ley N° 26.727

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/190000194999/192152/norma.htm>

³³ Decreto 214/2006. Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000114999/114315/texact.htm>

³⁴ Convenio Colectivo General de trabajo para el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires <http://sitraju-caba.org.ar/normativa/pj-respres-cmcaba-1259-15anx.pdf>

³⁵ Decreto N° 308/VP/2004 – Anexo I. Convenio Colectivo para el Personal de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires <http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/documentos/boletines/legacy/308.htm> ³⁷ Ley

empleados del Ministerio Público³⁶ o empleados del sector docente (Estatuto docente, 2017)³⁷ también amplía algunos pisos de la ley nacional de contratos de trabajo. Es decir, presenta algunas diferencias con la ley nacional según se trate de períodos de excedencia, adopción, reducción horaria para madres lactantes, gravidez, hijo/as con discapacidad y atención del grupo familiar. Cabe destacar que el Convenio Colectivo de Trabajo del Poder Judicial de la CABA aclara que las relaciones de empleo que regula se rigen por la Ley N° 26.485 de protección integral a las mujeres, sus modificatorias y complementarias³⁸ lo que podría traducirse en licencias más ajustadas a las recomendaciones de diferentes organizaciones y organismos internacionales.

En relación al segundo grupo, la Ley N° 26.844 también regula las condiciones de trabajo de los que brindan trabajo de cuidados remunerado. La ley regula las relaciones laborales que se entablen con los empleados y empleadas en casas particulares o en el ámbito de la vida familiar y que no importe para el empleador lucro o beneficio económico directo. Las actividades vinculadas al cuidado de niños y niñas que históricamente se han caracterizado por la informalidad y precariedad están tipificadas en el artículo 2 de esta ley como asistencia personal y acompañamiento prestados a los miembros de la familia.

de Relaciones Laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en:

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=8213&qu=c&cp=&rl=1&rf=1&im=&printi=1&mot_toda=&mot_frase=&mot_alguna=

³⁶ Reglamento Interno de Personal del Ministerio Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: https://www.fiscalias.gob.ar/wp-content/uploads/prev/reglamento_interno_mp_2013.pdf

³⁷ Estatuto docente. Ordenanza N°40.593 y sus modificaciones- reglamentada por Decreto N° 611/86 y sus modificaciones.

<http://www.buenosaires.gob.ar/educacion/docentes/estatuto-del-docente>

³⁸ Convenio Colectivo General de Trabajo para el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Disponible en <http://www.ajb.org.ar/wp-content/uploads/02-Cla%C3%BAsulalIgualdad-de-G%C3%A9nero-vigentes-CCT-PJCABA.pdf>

3) El Estado también establece un Régimen de Asignaciones Familiares cuyos principios se remontan a los subsidios a la maternidad.³⁹ Las normativas sancionadas en relación a este punto crean un sistema significativamente integrado de asignaciones para trabajadores registrados y no registrados que se actualiza de la misma manera que los haberes jubilatorios y que han establecido la titularidad femenina del beneficio. La Ley N° 24.714 (1996) y sus modificatorias⁴⁰ con alcance nacional y obligatorio destinado a trabajadores que presten servicios remunerados en relación de dependencia en la actividad privada y pública nacional, jubilados, pensionados, monotributistas, titulares de pensiones no contributivas por invalidez, personas contempladas en la Ley de Riesgos del Trabajo, titulares de la Prestación por Desempleo y personal de Casas Particulares. Se trata de una suma fija, que puede ser mensual (prenatal, maternidad) anual (ayuda escolar) o por única vez (nacimiento, adopción, hijo con discapacidad).

Los trabajadores no registrados reciben desde 2009 por decreto N° 1602/09 del Poder Ejecutivo de la Nación una asignación de ingresos que se denominó Asignación Universal por Hijo (AUH) y a partir de 2011 Asignación por Embarazo para Protección Social (AUHPS). Se trata de asignaciones que consisten en una suma fija mensual, destinada a grupos familiares que no perciben ninguna suma de dinero en concepto de prestaciones contributivas⁴¹.

³⁹ El régimen de asignaciones familiares tiene su origen en 1957 por una serie de decretos que establecieron la obligatoriedad al régimen de aportes que ya estaban presente en un convenio colectivos de trabajo. El 1991 se centralizaron los aportes de la seguridad social y las asignaciones familiares dependencia de las cajas de subsidios familiares.

⁴⁰ Ley N° 24.714 y sus modificatorias, la Ley N° 27.160, los Decretos Nros. 1.667 y 1.668, ambos de fecha 12 de septiembre de 2012, 1282 de fecha 29 de agosto de 2013 y 394 de fecha 22 de febrero de 2016 que modifica los rangos y topes de ingresos que determinan la cuantía de las Asignaciones Familiares, a fin de adecuarlos a la evolución de los salarios en los últimos tiempos en el mercado laboral, compensando la pérdida de las prestaciones por el incremento de los mismos.

⁴¹ Trabajadores no registrados que se desempeñen en la economía informal, percibiendo un salario menor al Salario Mínimo Vital y Móvil, trabajadores inscriptos en los planes

La normativa mencionada establece que la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) es el organismo que administra y asigna estos ingresos. Además de esta legislación, en el 2015 se sanciona la ley N° 27.160⁴² que establece que la Asignación Universal por Hijo, la Asignación por Embarazo y las Asignaciones Familiares, sean actualizadas de manera automática, con el mismo cálculo con el que se actualizan los haberes jubilatorios. Esto da cuenta, como se verá más adelante, de un sistema de asignaciones de carácter universal que tiende a universalizar el beneficio a todos los trabajadores.

La titularidad femenina de la AUHPS y de las Asignaciones familiares se terminó de instaurar en 2013 con la formalización de una serie de trámites ya establecidos por algunas resoluciones de ANSES⁴³. La titularidad a partir de ese año es femenina aunque la tenencia de los hijo/as sea compartida.

A nivel local, la Ley N° 1.878 (2005) crea el programa “Ciudadanía porteña, con todo derecho” dentro de lo que se denominan Transferencias Condicionadas de Ingresos⁴⁴ que también establecen la titularidad femenina de un monto mensual. A diferencia de las transferencias familiares anteriormente descritas, estos

“Argentina Trabaja / Manos a la Obra” del Ministerio de Desarrollo Social o “Programa de Trabajo Autogestionado” “Jóvenes con Más y mejor Trabajo”, “Programa Promover la igualdad de Oportunidades”; “Programa de Inserción Laboral” del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, trabajadores inscriptos en el Régimen de Monotributistas Sociales; trabajadores incorporados en el Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico; personas que se encuentren privados de su libertad, incluyendo a aquellos que desempeñen tareas dentro de las Unidades del Servicio Penitenciario Federal, inscriptas dentro del “Ente de Cooperación Técnica y Financiera del Servicio Penitenciario Federal (ENCOPE)”, y dentro del “Servicio Penitenciario Provincial de Córdoba”, siendo determinante la condición procesal de los internos

⁴² Regímenes de Asignaciones Familiares

Movilidad. Disponible en

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000249999/249221/norma.htm>

⁴³ <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-220910-2013-05-27.html>

⁴⁴ <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1878.html>

ingresos están destinados a hogares en situación de vulnerabilidad social⁴⁵, se actualizan en función de la variación de la canasta básica alimentaria del INDEC y es el Ministerio de Desarrollo Social (actualmente Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat) de la CABA la autoridad de aplicación del programa.

4) Acerca de provisión de servicios educativos, en la Argentina existe un marco legal que ampara a los niños y niñas en materia de derechos educativos. La Constitución incorpora los derechos y garantías relativos a la educación en el artículo 14 y los tratados internacionales incorporados a ella en el artículo 1.

Específicamente para el grupo poblacional que abordamos en este estudio, se observa que la normativa expresa una tendencia a extender el derecho a su acceso y ampliar su obligatoriedad y a institucionalizar el nivel inicial supervisando y regulando servicios de educación no incorporados a la enseñanza oficial.

Si bien el nivel inicial comprende desde los 45 días a los 5 años, la Ley de Educación Nacional N° 26.206 (2006) dispuso la obligatoriedad a partir de los 5 años. Ocho años después, la Ley N° 27.045 (2014) modificó esta obligatoriedad a partir de los 4 años⁴⁸ y estableció el carácter universal de la educación inicial en tanto las jurisdicciones tienen la obligación de universalizar los servicios

⁴⁵ Hogares cuyos ingresos resultan hasta un 25% por encima de la línea de indigencia; hogares cuyos ingresos resultan superiores al previsto en el inciso anterior y hasta la línea de pobreza, con hijos a cargo de hasta dieciocho (18) años de edad cumplidos y/o mujeres embarazadas y/o adultos mayores de sesenta y cinco (65) años a cargo y/o personas con necesidades especiales a cargo; y hogares cuyos ingresos resultan superiores al previsto en el inciso a) del presente artículo y hasta la línea de pobreza, sin hijos a cargo de hasta dieciocho (18) años de edad cumplidos, sin mujeres embarazadas, que no tienen adultos mayores de sesenta y cinco (65) años a cargo ni personas con discapacidad a cargo, según el grado de intensidad en función de la demanda efectiva para este programa. ⁴⁸ Ley de Educación Nacional N° 26.206.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000124999/123542/norma.htm>.

educativos para los niños de tres a tres años de edad, priorizando a los sectores menos favorecidos de la población.

El nivel inicial además, se erige como unidad pedagógica constituyendo el primer tramo del sistema educativo formal a partir de la Ley de 2006. En 2014 además, se sanciona la Ley N° 27.064⁴⁹ que regula el funcionamiento y supervisa pedagógicamente instituciones de educación no incluidas en la enseñanza oficial que brindan educación y cuidado de la primera infancia desde los cuarenta y cinco días hasta los cinco años de edad. En este caso es el Ministerio de Educación y áreas educativas jurisdiccionales las que regulan, supervisan, relevan y registran este tipo de instituciones que pueden ser de gestión estatal, privada, cooperativa y social. La ley tipifica a los Centros de Desarrollo Infantil como un tipo de organización regida por la ley 26.233 como se verá en el siguiente eje.

De la misma manera, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, establece que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar que todos/as los/as niños/as desde los 45 días accedan a una educación pública, estatal, laica y gratuita. La ley de educación N° 898 del año 2002 establece la obligatoriedad a partir de los 5 años de edad y hasta el nivel medio ⁵⁰ y se compromete a adecuar adaptar e incrementar infraestructura como equipamiento para extender la obligatoriedad acorde a la ley. Luego de sancionada la ley 27.045, la CABA adhiere a la misma comprometiéndose a la apertura de salas que permitan cumplir con la obligatoriedad.

⁴⁹<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/240000-244999/240851/norma.htm> ⁵⁰Ley

N° 898.

http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/educacion/niveles/media/ins_secundario/ley_898.pdf

La Ley N° 621 (2001) de la CABA ya establecía con anterioridad a la ley Nacional de 2014, habilitación, el funcionamiento y la supervisión de todas instituciones privadas de carácter educativo asistencial, no incorporadas a la enseñanza oficial, destinadas a la atención integral de la población infantil desde los 45 días hasta los 4 años.⁵¹

5) El último eje es el de desarrollo integral y se identifican un conjunto de normativas tanto a nivel nacional como nivel local especialmente de la última década. La Ley Nacional N° 26.233 de Promoción y Regulación de Centros de Desarrollo Infantil sancionada en el 2007 establece que estos son espacios de atención integral de niños y niñas de hasta 4 años de edad y designa a la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación como autoridad de aplicación. De reciente, elaboración el decreto 574⁵² crea el Plan Nacional para la Primera Infancia y también designa a la SENAF como organismo de aplicación. A pesar de que los niños/as de 4 años deben asistir al sistema educativo formal establece que la población objetivo son los niños niñas de 45 días a 4 años de edad inclusive, en situación de vulnerabilidad social.

La Ciudad de Buenos Aires adhiere a esta ley nacional a través la ley N° 4.419 (2012)⁵³, no obstante ya existía normativa con diferente jerarquía al respecto. El Decreto N°306⁵⁴ (2009) crea el programa Centros de Primera Infancia bajo la dependencia del Ministerio de Desarrollo Social ahora llamado Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Más tarde, en 2013 se aprobó la Resolución N°

⁵¹Ley N° 621. <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley621.html> ⁵²

Decreto 574. en:

http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/decreto_5742016_plan_nacional_de_primera_infancia-_arg.pdf ⁵³ Ley N° 4419.

<http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley4419.html> ⁵⁴

Boletín Oficial.

<http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/documentos/boletines/2009/04/20090414ax.pdf>
407 con el manual de procedimientos de estas instituciones.⁴⁶ La Resolución 114/MDSGC/2010 aprobó el reglamento de ingreso y funcionamiento de los CeDIs. A diferencia de la ley nacional en la CABA, los servicios dejan por fuera a los niños de 4 años.

En suma, en algunos casos, se trata de legislación de larga tradición en el país, que debe su origen al siglo XX. Por ejemplo aquellas que regulan el mercado de trabajo, asignaciones familiares o leyes educativas. En las últimas décadas, la convención sobre los derechos del niño, su ratificación y la ley de protección integral abrieron un proceso de adaptación de algunas leyes como la ley de educación nacional, promulgación de leyes que regulan centros de desarrollo infantil o que otorgan asignaciones para la protección social de niño/as y adolescentes. Sin embargo, la normativa que otorga licencias parentales establecida en la ley nacional de contratos de trabajo no ha sufrido cambios en este sentido. Incluso no están acordes con normativa internacional que promueven el reparto equitativo de tareas al interior de los hogares para promover la plena inserción social y laboral de las mujeres.

En otros casos y haciendo hincapié en la relación nación- estado local, se puede afirmar que la CABA ha sido pionera o se ha anticipado a la legislación nacional. Es el caso de la legislación vinculada a la protección integral de niños, niñas y adolescentes o la constitución de la CABA que ya establecía la responsabilidad del Estado de garantizar servicios educativos desde los 45 días. Además la CABA ya contaba con legislación que regulaba establecimientos no incorporados a la enseñanza oficial, previa a la ley nacional del año 2014.

46

http://www.buenosaires.gob.ar/bweb/search?keys=centros&q=bweb/search&facet_a_rea=ministerio_de_desarrollo_social

La institucionalidad de los derechos del niño a nivel nacional y en la Ciudad de Buenos Aires es alta y ha permitido el despliegue de numerosas acciones que apuntan al bienestar, protección social, desarrollo integral y específicamente a la provisión de cuidado infantil en sus diversas formas.

Al hacer un análisis por tipo de intervención se puede concluir que la normativa que regula el mercado de trabajo se manifiesta en forma de tiempo para cuidar. En este punto se puede reconocer una suerte de fragmentación normativa o bien segmentación laboral por rama de actividad (CIPPEC, 2013), estableciendo tiempos de cuidado diferenciales de acuerdo al sector de actividad del trabajador como se verá en apartado siguiente. Asimismo, se refiere a trabajadores en relación de dependencia, no cubriendo a trabajadores informales o monotributistas. En la CABA, si bien se establece regulación solamente en el empleo público, se vuelve a reproducir esta segmentación de acuerdo al poder de gobierno.

Las asignaciones familiares o transferencias de ingresos condicionadas pueden considerarse, como se verá en el apartado siguiente, como ingresos que contribuyen al cuidado en primera infancia. En este punto la legislación vinculada a las asignaciones familiares a nivel nacional tiende a integrar a todos los trabajadores sean estos formales o no formales y la normativa a nivel local crea un programa destinado específicamente a hogares en situación de vulnerabilidad social. No se reconocen superposición en la asignación de este tipo de transferencias otorgadas por el estado nacional y local dado que existe incompatibilidad para la percepción de estas asignaciones.

En cuanto a la normativa vinculada a desarrollo infantil, si bien se establece la adhesión a la ley nacional de 2007, existen normativas que regulan algunos

espacios de desarrollo infantil que tienen una institucionalidad menor como decretos o resoluciones.

4.2. Dispositivos y modalidades de provisión

4.2.1 Ingresos

En la normativa revisada y desarrollada en el apartado anterior, se puede identificar un conjunto de legislación vinculada con las transferencias de ingresos a las familias con niños.

En primer lugar, a excepción de algunos sectores ocupacionales, no existe una política universal de asignación de recursos que se destinen a la contratación de cuidado remunerado o compra de servicios de cuidado.

En lugar de este tipo de intervenciones, existe una política de larga trayectoria de asignaciones familiares. Un interrogante que se tratará de resolver es en qué medida los ingresos que provienen de diferentes intervenciones estatales con diferentes objetivos y concepciones pueden contribuir a conciliar la vida familiar y laboral. Por ello se describirán las características de las asignaciones de ingresos que brindan el estado nacional y el local a la luz de este interrogante, intentando también dar cuenta de las desigualdades de clase y género que se pueden presentar en estas intervenciones.

Ingresos destinados a la compra de servicios de cuidado solo existen para algunas categorías ocupacionales. En algunas empresas del sector privado u organismos del sector público se otorga a las familias una suma mensual por mes para el pago de guarderías. En el sector público, siempre que se trate de trabajadores en

relación de dependencia se brinda una ayuda económica para aquellos que tengan hijos entre 45 días y 5 años de edad cumplidos antes del 30 de junio de cada año, y que concurren a jardines maternos o guarderías.

Este beneficio funciona bajo la forma de reintegro.

A nivel nacional, se brindan ingresos familiares no necesariamente destinados a contratar servicios de cuidado. No obstante sus antecedentes se remontan al subsidio a la maternidad de 1934⁴⁷. A nivel nacional se fue conformando a lo largo del XX un sistema de asignaciones familiares abonadas a trabajadores en relación de dependencia ante determinadas circunstancias de la vida (matrimonio, nacimiento, maternidad, adopción, prenatal, hijos menores de 18 años, hijos con discapacidad sin límite de edad y ayuda escolar) y la AUHPS, de reciente incorporación, extendida a trabajadores antes no cubiertos por el régimen de asignaciones⁴⁸. La asistencia se integra a un dispositivo de asignación de ingresos diseñado en otro momento histórico en el que el modelo pronatalista requería garantizar el repliegue de las mujeres al ámbito doméstico y a la crianza de los hijos y la participación de los varones en el mercado de trabajo. Los ingresos familiares, de esta manera asistencial, mantienen a las mujeres fuera del mercado de trabajo.

Atendiendo a un análisis que pone foco en las desigualdades de clase, dos aspectos destacables de la asistencia, siguiendo a Hintze y Costa (2011) es que al estar dentro del régimen de asignaciones familiares, es decir dentro de la política de seguridad social, no señalan a una población como vulnerable evitando la

⁴⁷ Beneficios para hijos en el sector bancario, ferroviario y estatal. En 1957 se extiende para otros sectores de la actividad. (Hintze y Costa, 2011).

⁴⁸ Los montos de cada una de las asignaciones están disponibles en <http://www.anses.gov.ar/archivos/cartilla/MONTOS%20AAFFAAUU%20percibidas%20desde%2003-2017.pdf>

estigmatización⁴⁹ y se conecta con las ideas de solidaridad, igualdad y derechos, brindando garantías para la reproducción de la vida.

Teniendo en cuenta las desigualdades de género, hay autores que alertan sobre como la AUHPS puede reforzar la idea de que las mujeres, por su condición de madres son las principales responsables de las tareas familiares de cuidado en tanto son ellas titulares del derecho y la percepción completa del ingreso se efectúa con el cumplimiento de las condicionalidades de salud y de educación⁵⁰. Se sostiene que el cumplimiento de estas condicionalidades sumada a la falta de regulaciones e infraestructura estatal de cuidado implica una sobrecarga de trabajo de las mujeres y limitaciones para el ingreso de estas al mercado de trabajo. No obstante, un abordaje cualitativo mostró que las receptoras no cuestionan las condicionalidades, sino más bien manifiestan que existen dificultades para cumplir con ellas debido a los déficits de oferta pública (educativos y sanitarios), violencia institucional y discriminación en su desempeño como cuidadoras por parte de los efectores públicos (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014).

Un aspecto a destacar que se desprende de este estudio cualitativo es que el manejo de dinero es percibido por las mujeres como posibilidad de autonomía respecto de sus parejas y se destacan a sí mismas como madres y responsables del cuidado (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014).

Los datos estadísticos muestran que la CABA tiene una participación mayor en la percepción de asignaciones familiares que en la AUHPS. El 23,81% de la totalidad

⁴⁹ Las autoras señalan que la caracterización de ciertas poblaciones como “pobres” o “vulnerables” en programas focalizados de asistencia implementados durante el periodo neoliberal ha contribuido a la estigmatización de estas poblaciones.

⁵⁰ Se trata de condicionalidades que no se exigen para los trabajadores que reciben asignaciones familiares. Para algunos autores, desde una perspectiva derechos esto implica una contradicción con los principios de igualdad.

de las asignaciones familiares (930.288) y un 2,54% (99.111) de las AUHPS corresponden a la CABA⁵¹.

En la CABA, el programa Ciudadanía Porteña aporta ingresos a los hogares en situación de vulnerabilidad social. Algunas similitudes con el régimen de asignaciones familiares de carácter nacional es que establece una asignación para mujeres embarazadas, la titularidad femenina, el cobro por tarjeta y el cumplimiento de condicionalidades.

Para las mujeres embarazadas, el programa Ciudadanía Porteña tiene un subprograma denominado Red Primeros Meses dirigido a mujeres embarazadas y/o con niños de cero a un año que se propone reducir el porcentaje de muertes reducibles por corta duración de gestación, bajo peso al nacer o por dificultades respiratorias en recién nacidos.⁵²

La titularidad femenina está establecida por ley. Son las madres o las jefas de hogar las que perciben los ingresos y garantizan el cumplimiento de las condicionalidades, salvo que su ausencia sea permanente o esté incapacitada legalmente. En ese caso es el padre o jefe de hogar el titular del beneficio.

⁵¹ Asignaciones familiares por provincia y Asignaciones Universales por provincia. Disponible en [http://www.transparencia.anses.gob.ar/anses-
numeros/asignacionesfamiliares](http://www.transparencia.anses.gob.ar/anses-numeros/asignacionesfamiliares)

⁵² El programa establece que las mujeres embarazadas deben realizar al menos 5 controles médicos de gestación previos al parto. Las mujeres embarazadas que cumplan con estos controles reciben un subsidio monetario total de \$ 2.580, dividido en tres pagos de \$ 860, correspondientes a las semanas 12, 25 y 36. Durante el primer mes de vida del niño se deben realizar como mínimo 2 controles pediátricos -uno obligatoriamente entre las 48 horas y 7 días de vida-, y el segundo entre los 15 y 30 días de vida. A los seis meses deben presentar 5 controles mensuales y a los doce meses 3 controles bimestrales. Para quien cumpla con todos los controles correspondientes a este primer año de vida del niño, el subsidio asciende a \$ 3.960 dividido en tres pagos de \$ 1.320, uno al mes, otro a los 6 meses y otro a los 12 meses.

Otra similitud entre las asignaciones establecidas por Nación y por la CABA es el cobro a través de una tarjeta y el establecimiento de condicionalidades. Es decir, controles de salud y educación si se comparan la AUHPS y el programa Ciudadanía Porteña. Las asignaciones familiares sólo requieren de la presentación de certificado de regularidad para el cobro de la ayuda escolar.

Las diferencias entre las asignaciones de ingresos familiares brindadas desde nación y CABA se vinculan con los criterios de acceso y con el uso del dinero. Mientras que las asignaciones familiares y la AUHPS se integran a un sistema unificado que tiene a la universalidad, el programa Ciudadanía Porteña está focalizado a familias en situación de vulnerabilidad social. Además, mientras que en el primer caso no se establecen controles de uso del dinero, en el segundo caso la emisión de una tarjeta magnética prepaga controla que los hogares destinatarios usen los ingresos únicamente para la adquisición de alimentos, productos de limpieza e higiene personal, útiles escolares y combustible para cocinar en locales adheridos. Estos bienes pueden ser considerados como cuidado indirecto adoptando una definición amplia del mismo (Faur, 2012).

Cabe destacar que la percepción de ingresos del programa Ciudadanía Porteña es incompatible con otro tipo de asignaciones familiares como la AUHPS. A partir de 209 migración de beneficiarios del programa local hacía este tipo de asignaciones.

El Programa Ciudadanía Porteña es evaluado periódicamente por el Sistema Integral de Coordinación de Políticas Sociales (SICoPS) del GCBA.⁵³ La última evaluación del Programa ⁵⁴ registró 38.514 hogares y 133.625 personas

⁵³ <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/ciudadaniaportena/programa-ciudadania-portena>

⁵⁴ Informe de monitoreo. Disponible en

beneficiarias. Teniendo en cuenta nuestra población de interés, casi el 40% (45.628) de las personas beneficiadas son personas de 0 a 18 años y casi el 60% (22.300) de los hogares beneficiarios está compuesto por al menos un menor de 18 años. El 5% de las personas beneficiadas son niños y niñas de hasta 5 años inclusive (6.849) y solo el 1% de las personas beneficiadas están por fuera de la edad escolar (0 a 3 años). Atendiendo a las cuestiones de género, El 85% de la totalidad de los hogares beneficiarios registran una titularidad femenina.

Con el cobro de este ingreso, son las mujeres las responsables de comprar alimentos y útiles escolares, lo que da cuenta de cómo con estos programas se actualiza el modelo tradicional de asignación de roles de género. Desde un abordaje cualitativo, se indagó en los sentidos atribuidos a los ingresos percibidos por parte de las propias beneficiarias. El hecho de que el 75% de las entrevistadas que son destinatarias de este beneficio que trabajan haya mencionado que redujo el número de horas trabajadas por semana a partir del cobro de este dinero permite asociar estos ingresos con un salario a la maternidad. (Castilla, 2014).

En suma, se pueden identificar una provisión de ingresos familiares tanto a nivel nacional como local. En cuanto al vínculo con el cuidado, los antecedentes de estas intervenciones y algunos estudios dan cuenta de cierto hilo conductor con el salario o subsidio a la maternidad, a pesar de que se trata de ingresos destinados a la protección social de la infancia o de los hogares en situación de vulnerabilidad social y no de ingresos destinados para comprar servicios o servicios públicos⁵⁵. Abordajes cualitativos, brindarían más datos sobre si estos ingresos contribuyen a la contratación de personal de cuidado o bien guarderías.

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe_monitoreo_cp_junio_2017.pdf

⁵⁵ <https://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2017/03/2429.pdf>

Solo se identificaron ayudas económicas específicamente para guarderías para trabajadores en relación de dependencia del sector público.

Mientras a nivel nacional se trata de un régimen de asignaciones (familiares y AUHPS) en el que convive una lógica de protección social en base al estatus de trabajador de las personas y una lógica de transferencias condicionadas de ingresos (Lo Vuolo, 2010) que muestra una ruptura con los programas focalizados y asistencialistas de décadas anteriores, en la CABA los programas de transferencia de ingresos (ciudadanía porteña y primeros meses) están focalizados a situaciones de vulnerabilidad social. Se diferencian además por la institucionalidad en la cual funcionan: las asignaciones familiares dependen de ANSES y el programa Ciudadanía Porteña depende del ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat dando cuenta de su carácter asistencial. Se trata de intervenciones estatales vinculadas a ingresos que no se superponen en cuanto al acceso, parten de supuestos y nociones diferentes.

En cuanto a la dimensión de género que utilizamos para este estudio, la titularidad femenina para el caso para la percepción de estos ingresos, si bien da cuenta de cierta reproducción de roles tradicionales de género implicando una sobrecarga de tareas que implica su cumplimiento, el manejo de dinero por parte de las mujeres brinda mayor autonomía. de acuerdo a estudios de corte cualitativo.

4.2.2 Servicios y bienes. Una compleja trama de esferas y actores

En este apartado, se identificarán y describirán las acciones de otra forma que asume el cuidado: los servicios dirigidos a la primera infancia que se ofrecen

desde la esfera mercantil y estatal tanto desde áreas vinculadas a la educación y desarrollo social, y desde la comunidad.⁵⁶

Se analizarán las intervenciones que se desprenden de la normativa relevada en el apartado anterior relacionadas con educación y desarrollo social que configuran servicios de cuidado con niveles altos de institucionalización especialmente en el sector educativo a nivel nacional y local. En algunos casos los servicios también establecen la provisión de algún tipo de bienes. En ese caso se detallarán en la medida en que se provean en el marco de los mismos.

Además se brindarán datos de diferentes fuentes que permitan conocer la cantidad de establecimientos, matrícula/concurrentes y asistencia teniendo en cuenta las esferas de provisión que intervienen y la desigualdad social y territorial que pueden mantenerse, reproducirse o atenuarse a partir de la provisión de estos servicios.

En primer lugar, se describirán brevemente los servicios que se pueden reconocer a partir de la normativa que regula el empleo. En segundo lugar, las intervenciones del área educativa del sector privado y público y en tercer lugar las de desarrollo integral estatales y de gestión mixta describiendo en primer lugar los lineamientos de los planes o programas creados en cada caso, para luego dar cuenta de las diferentes condiciones de acceso. Por último, se hará una referencia breve a los espacios de cuidado gestionado por la comunidad de manera exclusiva.

⁵⁶ Se hará referencia a bienes que se proveen en distintos servicios de cuidado. Se tomarán en cuenta servicios educativos y de desarrollo infantil y no así políticas alimentarias ni servicios de salud. Si bien estas formas de intervención forman parte de políticas vinculadas al bienestar, se optó por analizar aquellas que estrictamente permiten conciliar la vida familiar y laboral en sentido estricto y directo. No se desconocen los vínculos que se pueden establecer entre estas y otras áreas de políticas.

La ley de contratos de trabajo prevé que las empresas con cincuenta o más mujeres empleadas deben tener servicios de cuidado en el espacio de trabajo. La ley no fue reglamentada pero en la actualidad hubo algunos reclamos judiciales para se pueda reglamentar. A partir de un amparo presentado en 2016 el Ministerio Público consideró inconstitucional la omisión del Estado nacional al no reglamentar el artículo que prevé estos servicios. Sin embargo, en febrero de este año los camaristas revocaron un fallo de primera instancia.⁵⁷

Esto demuestra que en la práctica las empresas no brindan estos espacios por la falta de reglamentación de este artículo. En algunos casos como en sector nacional nacional, los empleados en relación de dependencia, acceden a una determinada cantidad de dinero para que las familias pueden destinarlo al pago de una guardería. No existen datos sobre estas prácticas tanto en el sector público como privado.

A partir de la Ley Nacional de Educación que estipula los objetivos y modalidades de organización específicos para la educación inicial se creó el Plan Nacional para la Educación Inicial⁵⁸ cuyo plazo de ejecución comenzó en 2012 y finalizó en 2016. Uno de los objetivos del plan era ampliar la cobertura de educación para los niños de 45 a 5 años. en todo el territorio nacional.

Este Plan, como otros que se desprenden de la cartera educativa, constituyen lineamientos generales para las políticas educativas. La transferencia de establecimientos educativos a las jurisdicciones implicó que los lineamientos

⁵⁷ <https://www.fiscales.gob.ar/fiscalias/ordenaron-al-poder-ejecutivo-reglamentar-unarticulo-de-la-ley-de-contrato-de-trabajo-para-que-las-empresas-dispongant-de-salasmaternales-y-guarderias/>

⁵⁸ Plan Inicial de Educación Inicial.

http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/plannacionalde.pdf

sobre educación los estableciera la nación y la gestión y administración lo hicieran las jurisdicciones. Por ello no se identificaron establecimientos de educación de nivel inicial gestionadas por la Nación en la CABA.

El plan nacional para la educación inicial finalizó y hasta el momento no se renovó o iniciaron nuevos planes. En cambio en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social y a partir del decreto N° 574/2016 se crea el plan nacional para la Primer Infancia que se propone promover los derechos de todos los niños de 45 días a 4 años, y garantizarles una alimentación sana, estimulación temprana y una buena salud. Los antecedentes de este programa se pueden identificar en el programa de Centros de Primera Infancia de la CABA dado que la apertura de espacios se realiza de manera conjunta con organizaciones de la sociedad civil. Una cuestión contradictoria de este plan es que tiene como población objetivo a niños de 45 días a 4 años inclusive cuando en el área educativo se estableció la obligatoriedad a partir de los 4 años.

Antes de la sanción del mencionado decreto funcionaban a partir de la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, el programa Primeros Años⁶⁸ del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y el Programa Creciendo Juntos⁶⁹ del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Algunos datos de la SENAF muestran que existen cinco CEDIS en la CABA que dependen de esta jurisdicción nacional (Rodríguez Enríquez, Pautassi, 2014). No obstante, no se obtuvieron dato sobre su localización o acceso de la población a este tipo de servicios.

La CABA es la jurisdicción que gestiona o regula los establecimientos de educación para la primera infancia hay jardines maternas, escuelas infantiles, jardines de infantes con diferentes modalidades. Estos establecimientos se

distinguen por la edad de los niños/as que reciben y por el tipo de jornada que tienen.

⁶⁸ El programa se llevaba a cabo con la participación del Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. El propósito de este programa consistía en promover el desarrollo de los niños y de quienes se ocupan de su crianza a través de la sensibilización a la población sobre de la importancia de los primeros años de vida y el papel de los adultos en esta etapa. Se trataba de capacitaciones y materiales relacionadas con el desarrollo infantil que permitieran generar proyectos institucionales de apoyo a la crianza, a las familias y a la comunidad. Los inicios del programa pueden rastrear en la Ciudad de Buenos Aires hacia fines de 2006 en la Villa 20 y en la Villa 1-11-14 como parte de las acciones desarrolladas desde el Programa “Voces que cuentan”, del Ministerio de Educación de la CABA.

Documento técnico. Disponible en:

<http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/politicas/218/programa-nacional-de-desarrollo-infantil-primeros-anos>. Informe de evaluación disponible en http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/primeros_anosinformefinal.pdf

⁶⁹ El objetivo era fortalecer el crecimiento y desarrollo nutricional, emocional, social y motriz de niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 4 años a través de la construcción, refacción, ampliación y equipamiento los espacios de atención a la primera infancia y también a través de cursos de formación y capacitación destinados a educadores, madres cuidadoras, cocineros, nutricionistas y profesionales de diversas especialidades que acompañan el acceso de los niños a sus derechos.

Algunos jardines de infantes integrales funcionan en hospitales, organismos del Estado y clubes. Tienen jornadas extendidas acordes con las horas de trabajo del personal de los organismos del Estado. Por ello, el 75% de las vacantes se destinan a hijos del personal del estado y el 25% para la comunidad (Repetto, Diaz-Langou, and Aulicino 2012).

Un programa que también permite conciliar la vida laboral con la vida familiar es "Vacaciones en la Escuela", que depende de la Subsecretaría de Equidad Educativa. El programa se propone trascender una propuesta vinculada a "colonia de vacaciones" brindando recreación sino también una instancia de conocimiento y aprendizaje⁵⁹. Se organiza por niveles en el que para el nivel inicial el turno es de 9 a 15 hs.

⁵⁹ Vacaciones en la escuela.

<http://www.buenosaires.gob.ar/educacion/escuelaabierta/vacaciones-en-la-escuela>

La provisión estatal de cuidado para la primera infancia se presenta en una diversidad de formas. Desde la perspectiva de los usuarios de estos servicios se puede afirmar a simple vista que la organización de esta oferta no es clara y que las ventajas de uno u otro tipo de servicios se pueden conocer más bien a partir de las experiencias que se transmiten de boca en boca. En última instancia el acceso a estos servicios está mediada por las reglas de asignación de vacantes para nivel inicial en las cuales tiene prioridad de acceso los hijos de padres que se desempeñan como docentes y aspirantes que declaren domicilio a 10 cuadras del establecimiento y entre este grupo aquellos que presenten NBI o padres que sean únicos sostén de familia.⁶⁰

La educación privada está regulada por la Dirección General de Educación de Gestión Privada de la Subsecretaría de Coordinación Pedagógica Equidad Educativa.

Los establecimientos privados se organizan también en Jardines Maternales, Jardines de Infantes y Escuelas Infantiles. Algunos están integrados a establecimientos de educación básica y pertenecen al sistema de educación formal, otros son establecimientos que dependen de la Dirección General de Educación de Gestión Privada (DGEGP). Tomando los datos del registro de establecimientos de la CABA podemos obtener datos de la cantidad de Jardines de Infantes y Jardines Maternales. Los primeros ascienden a 502 establecimientos y los segundos a 305.

Atendiendo a la relación entre instituciones públicas y privadas, se puede observar que la cantidad de establecimientos privados en su conjunto duplica la cantidad de establecimientos públicos. Si se considera la disponibilidad de salas

⁶⁰ Criterios de asignación de vacantes.
<http://www.buenosaires.gob.ar/educacion/estudiantes/inicial>

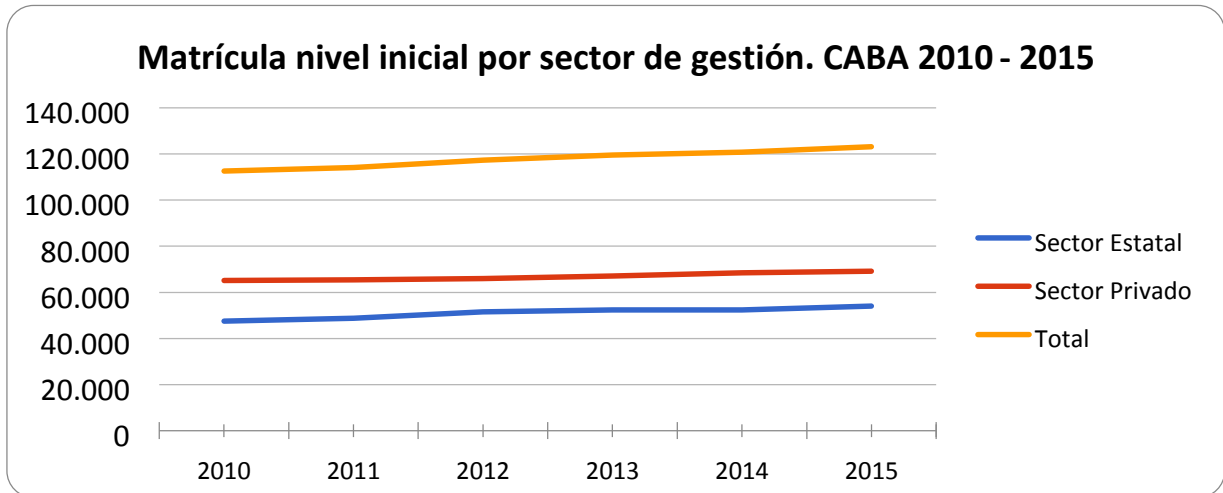
por edad, es mayor en el sector privado en todas las edades. Asimismo, cuando se observa la cantidad de jardines maternos también el sector privado predomina por sobre el estatal.⁶¹

A pesar de esta situación, de acuerdo a la Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DiNIECE) es que el 22% de los jardines maternos y el 24,1% de los jardines de infantes de la Ciudad ofrecían servicios de doble jornada. De los establecimientos que brindan servicios de doble jornada el 71,3% es de gestión estatal. (Marzonetto, 2016). Esto evidencia que si bien la oferta de establecimientos estatales es menor, la disponibilidad de jornadas está concentrada en este sector lo que podría interpretarse como una mayor ajuste con las necesidades de cuidado de la población.

Si bien no se pudieron procesar datos sobre la evolución de la oferta pública y privada en la CABA, si obtuvimos datos sobre la evolución de la matrícula. La matrícula de nivel inicial se ha ido incrementando a lo largo de los años. Sin embargo un análisis por sector muestra que mientras se observa un incremento de la matrícula en establecimientos de gestión privada, la matrícula en establecimientos de gestión estatal se ha mantenido estática.

La matrícula de nivel inicial ha venido aumentando de manera considerable en la última década. Sin embargo, un análisis por sector evidencia el protagonismo del sector privado. Si se observa el crecimiento de la matrícula de 2005 a 2010 se observa que mientras el sector estatal paso de 46.303 a 47.555 niño/as, la matrícula del sector privado paso de 53.225 a 65.073. La evolución de la matrícula desde 2010 hasta 2015 muestra la continuidad de esta misma tendencia.

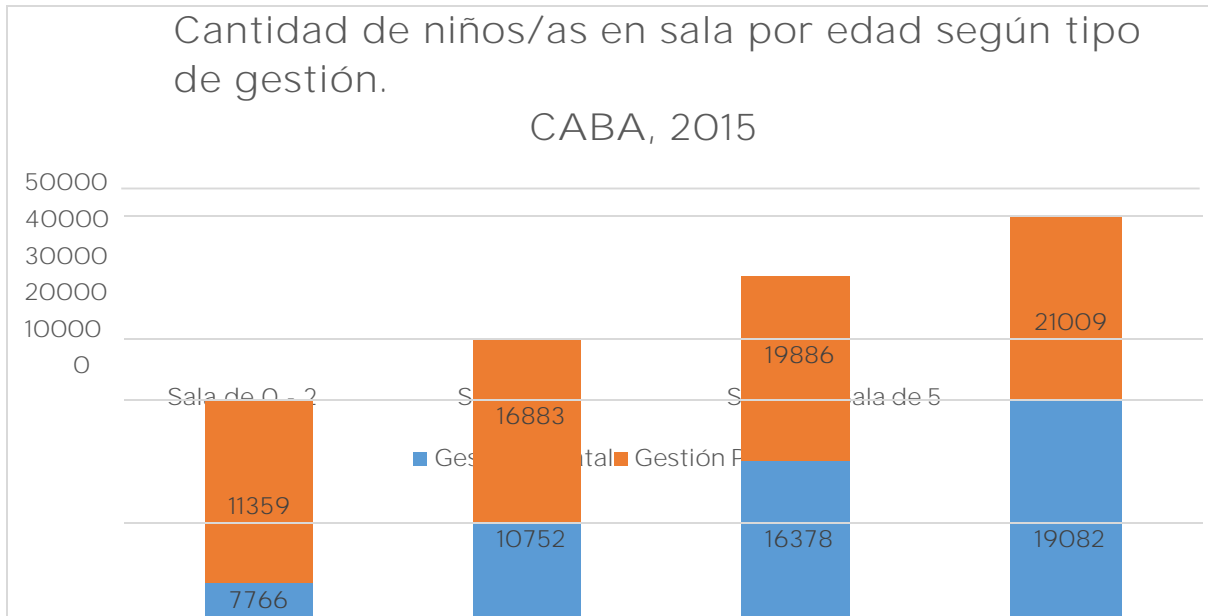
⁶¹ Eleonor Faur sostiene que el hecho de exista un segmento de la población infantil para el cual la educación no es obligatoria, permite a los gobiernos provinciales eludir la ampliación de la oferta estatal. (Faur, 2012).



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, DGEC, GCBA, 2015.

Si se observa la matrícula por edad (2015) se puede observar que la brecha es mayor a medida que disminuye la edad de los niños/as. Cuanto más pequeños estos, más las familias deben buscar soluciones en el mercado, frente la escasez de la oferta de gestión estatal.⁶²

⁶² Faur (2012) describe, desde un abordaje cualitativo, como las mujeres del barrio de La Boca despliegan distintas estrategias para conciliar la vida familiar y laboral. La falta de vacantes en jardines de la zona expresa la dificultad para el acceso y tiene un efecto sobre la percepción que tienen las familias sobre el derecho a la educación en este tramo de edad. Es decir, debilita la percepción en torno al derecho al cuidado.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Anuario Estadístico CABA, 2015.

Indagando en la condición de asistencia escolar y cobertura en términos comparativos la CABA presenta mejores indicadores (Marzonetto, 2016) que otras jurisdicciones, no obstante se presentan diferencias por años y entre comunas.

Mientras la sala de 5 alcanza altos niveles de universalidad, la condición de asistencia a salas inferiores muestra disparidades por edad. El 86% de los niños y niñas de 3 y 4 años asiste al nivel inicial. En cambio sólo el 31.8% de los niños entre 0 y 2 años asiste a algún establecimiento educativo.

Este dato muestra que el cuidado en esta franja etaria o bien se resuelve al interior de las familias o se mercantiliza a través de la contratación de cuidadores domésticos. El informe de Paura et al (2016) había señalado además disparidades por comuna. Las comunas del sur de la CABA son las que presentan peores indicadores de asistencia escolar en esas edades.

Si se realiza un análisis de la asistencia por quintil de ingresos se evidencia que la misma está condicionada por esta variable. A nivel nacional, si bien la tasa de asistencia de los niños y niñas de entre 0 y 2 años es baja para todos los grupos, es aún más baja para los quintiles más bajos. A medida que se asciende en edades las diferencias se mantienen con una brecha menor dado que para los 4 y 5 años la asistencia escolar es obligatoria. (Rodríguez Enriquez, Pautassi, 2014).

Detrás de la baja asistencia escolar pueden coexistir una variedad de razones, tanto materiales como culturales. Por ejemplo, el clima educativo del hogar puede ser uno de los factores. Cuanto mayor es el clima educativo, aumenta la probabilidad de que los niños asistan a los dos primeros años de la educación inicial (ENAPROSS).

Varios relevamientos específicos preguntan a los adultos del hogar el motivo por el cual el niño/a no asiste a ninguna institución educativa o centros de desarrollo infantil. Entre las principales razones declaradas se registró la preferencia de que las niñas/os queden al cuidado de un familiar (54,4%). Un 24,3% por ciento de los adultos a cargo de las niñas/os que no concurren a establecimientos de desarrollo infantil no considera necesario enviar a la niña/o a espacios como éstos. Un porcentaje bajo de respuestas se registraron en la categoría vinculada las dificultades para el acceso por falta de vacantes en el centro de desarrollo infantil del barrio (3,8%), porque se carece de instituciones en el barrio (3,2%) y por dificultades económicas (2,7%). Las razones vinculadas con las dificultades económicas, la falta de jardines o vacantes se presentan con mayor frecuencia a medida que asciende la edad de las niñas/os. La preferencia por que la niña/o quede al cuidado de un familiar decrece a medida que aumenta la edad de las niñas/os (ECOVNA, 2013).

Por su parte, en la ENAPROSS (2015) con categorías similares también indaga en las razones de no asistencia. La respuesta con mayor frecuencia es: prefiere el cuidado del niño/a en el hogar con el 75%. En segundo lugar, el 17,7% responde que el motivo se debe al déficit de establecimientos gratuitos y en último lugar que prefiere el cuidado del niño/a por otros familiares o vecinos con el 3,3%.

La preferencia por la familiarización del cuidado aparece de una manera más marcada en los primeros años. A medida que se asciende en la edad las razones vinculadas a las deficiencias en la provisión aumentan.

En suma, algunas razones por las cuales preferencia de que las niñas/os queden al cuidado de familiar se vinculan con factores culturales: clima educativo del hogar, preferencia de que los niños, especialmente lo más pequeños, permanezcan en el hogar o razones materiales como dificultades para el acceso por falta de vacantes en el centro de desarrollo infantil del barrio, porque se carece de instituciones en el barrio y por dificultades económicas⁶³.

En el año 2013, la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) a partir de los datos Dirección de Educación Inicial publicó un informe donde constan 6767 niños y niñas en lista de espera para acceder al nivel inicial (ACIJ,2013).

Existen diferencias en el nivel de asistencia a espacios de cuidado por edad y por tipo de gestión de acuerdo a la comuna de residencia dando cuenta de patrones de segregación espacial que acompañan los procesos de estratificación por ingresos (Marzonetto, 2016).

⁶³ ECOVNA.

https://www.unicef.org/argentina/spanish/MICS_CierreJulio2013_BAJAWEB.pdf

Desde el área de Desarrollo Social de la CABA se pueden identificar CEDIS, CPIs, CAF y Escuelas Infantiles. Estas intervenciones dependen de la Dirección de Infancia y Adolescencia. A continuación se presentarán las principales características, similitudes y diferencias entre estas intervenciones dando cuenta del grupo que atienden, las condiciones de acceso, los bienes y servicios que ofrece, personal cargo y algunos datos sobre la cantidad y concurrentes para luego describir y analizar en profundidad una de las intervenciones más extendidas: los CPIs.

| Establecimientos de primera infancia dependientes del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------|---|---|--|----------|------------------|
| | Grupo etario que recibe | Jornad as | Acceso | Bienes y servicios que ofrece | Personal a cargo | Cantidad | Concurre ntes |
| CEDIS <i>Centros de Desarrollo Infantil</i> (CeDIs) | 45 días y 3 años | 7 horas | Niños/as de familias en situación de vulnerabili dad social residentes en la Ciudad o cuyos responsab les adultos trabajen en la misma | Estimulación para el desarrollo, actividades lúdicas y educativas, controles de salud, orientación social y psicológica para las familias, prestaciones alimentarias. | Madres cuidadoras y no se requiere tener título docente para desempeña rse en estas tareas. | 20 | 1004 |



| | | | | | | | |
|---------------------|---|-----------------|--|--|--|---|----------|
| CAF | 45 días y 12 años, adolescentes, jóvenes y sus familias | | Niños/as de familias en situación de vulnerabilidad social que se define a partir de índice de vulnerabilidad social | Talleres culturales y expresivos, actividades lúdicas y recreativas, deportes, apoyo escolar, alfabetización, capacitación, refuerzo alimentario, asesoramiento jurídico, controles médicos y odontológicos. | Trabajadores sociales, técnicos en recreación y psicólogo. El personal que trabaja de manera directa con niño/as no cuenta con título habilitante. | 7 | 917 |
| Escuelas Infantiles | Niños de 3 a 5 años | sábados de 10 a | No especifica | Estos espacios se proponen que los niños/as | No especifica | 6 | sin dato |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|--|---|--|--|--|
| | | 14 horas | | revaloricen el juego y las distintas expresiones culturales y artísticas y establezcan un vínculo de pertenencia con la Escuela, las Familias y la Comunidad. | | | |
|--|--|----------|--|---|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-----|---------------------|--|--|---|--|-----------|--------------|
| CPI | 45 días a 4 años | 8 horas diarias los 5 días hábiles de la semana. | Niños/as de familias en situación de vulnerabilidad social que se define a partir de índice de vulnerabilidad social. ^{75.} | Atención alimentaria y nutricional, Actividades de prevención y promoción en materia de salud, estimulación temprana y formación a través de juegos, ejercicios físicos y actividades realizadas lúdicamente, capacitación a través de talleres participativos para las familias. | Director de personal de sala (maestros y asistentes), equipo técnico (trabajador social, psicopedagogo y psicomotricista, estimulador temprano, personal de cocina y mantenimiento). | 66 (2017) | 7.443 (2016) |
|-----|---------------------|--|--|---|--|-----------|--------------|

⁷⁵ La vulnerabilidad se mide por a) la composición del grupo familiar (organización familiar, número de hijos, presencia de embarazada); b) salud (existencia de problemas de salud, cobertura que posee la familia, periodicidad de los controles, vacunación); c) educación (escolarización de los niños/as entre 4 y 18 años); d) situación laboral (cantidad de miembros de la familia que trabajan, modalidad de trabajo, trabajo de menores, ocupación del jefe de hogar); e) ingresos económicos del grupo familiar (monto aproximado, recepción de algún beneficio social del gobierno); f) vivienda (tipo de vivienda, tenencia, materiales de construcción, cantidad de personas que duermen por habitación; servicios de agua, gas y electricidad). Cada punto se mide en una escala de 0 como mínimo y 5 como máximo.

Fuente: Elaboración propia a partir de página web del GCBA, Anuario estadístico 2015-DECGCBA y CIPPEC (2016).

Los CEDIS surgen en el 2007 a partir de la promulgación de la Ley Nacional N° 26.233 de “Promoción y Regulación de los Centros de Desarrollo Infantil”. Anteriormente los CeDI se denominaban jardines maternas en tanto institucionales por fuera del sistema de educación formal. Su dependencia

institucional es la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Existen 20 CDI a los que asisten en promedio diariamente 1.004 niños. Desde el año 1990 hasta el 2015 la concurrencia diaria ha aumentado de manera poco significativa (casi un 20%) dado que desde ese año hasta la actualidad se abrieron solo 5 CeDIs.⁶⁴ En la población que asiste a estos centros predominan hijos/as del personal del gobierno de la Ciudad, dado que el gremio tiene una participación significativa en la gestión de estos servicios (Repetto, Díaz Langou y Aulicino, 2012).

A diferencia de los CEDIs que son servicios propios del Gobierno de la Ciudad, los *Centros de Primera Infancia* (CPI) son gestionados por organizaciones sociales que se seleccionan por su trabajo territorial previo y experiencia en la atención de problemas sociales⁶⁵ (CIPPECC, 2016).

En comparación con los CEDIS que no variaron en cantidad y matrícula, los CPI sí han presentado un claro crecimiento en los últimos años. Para el 2013 participaron del programa 4780 en 40 CPI. Un informe del 2016 evidencia un crecimiento de concurrentes en un 35%. La comuna 8 concentra el 262% del total de la CABA, seguida por la comuna 9 con el 19,2% y la comuna 4 con el 17,9%.⁶⁶ En el 80% de los casos solo asisten un niño/a del hogar y en el 20% dos niños (CIPPEC, 2016).

64

https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/10/anuario_estadistico_2015.pdf

⁶⁵ La dirección e Infraestructura aprueba la locación del CPI propuesta por las organizaciones sociales y realiza propuestas de reforma. No obstante están exentos de habilitación edilicia. Actualmente existen una lista de espera de organizaciones para ingresar al programa. (CIPPEC, 2015).

⁶⁶ La comuna 8 se encuentra número 1 en el ranking de IVS, la comuna 4 en 2do lugar y la comuna 9 en 4to lugar. La comuna 3 que se encuentra en el ranking tiene 4 CPI a los que concurren 579 niño/as (7,8 del total de la CABA).

Los *Centros de Atención Familiar* están destinados a una franja etaria más extendida que Cedis y CPIs. La población que atiende son niños/as a partir de los 45 días y 12 años, adolescentes, jóvenes y sus familias y se presentan como un espacio de acompañamiento para la inserción en el sistema educativo formal funcionando a contraturno de la escuela. Se realizan talleres culturales y expresivos, actividades lúdicas y recreativas, deportes, apoyo escolar, alfabetización, capacitación, refuerzo alimentario, asesoramiento jurídico, controles médicos y odontológicos. Actualmente, existen 7 CAF a los que concurren un promedio diario de 917 infantes. Desde 2005 hasta la fecha no hubo apertura de nuevos centros y la cantidad promedio de concurrentes ha disminuido de 1450 en 2005 a 917 en 2015.

Los *Centros Infantiles* es una de las intervenciones más nuevas originaron este año. Se presentan como espacios de aprendizaje lúdicos, expresivos y artísticos destinados a fortalecer la formación educativa de los niños de 3 a 5 años. Estos espacios se proponen que los niños/as revaloricen el juego y las distintas expresiones culturales y artísticas y establezcan un vínculo de pertenencia con la Escuela, las Familias y la Comunidad. Actualmente hay 6 Centros Infantiles que funcionan los días sábados de 10 a 14 horas en establecimientos educativos estatales localizados en la zona sur de la CABA.

Habiendo relevado las características de los servicios para la primera infancia que se ofrecen desde el el área de Desarrollo Social, se puede afirmar que se trata de intervenciones que apuntan en la mayoría de los casos a un población que está exenta de concurrir al sistema educativo formal,⁶⁷

⁶⁷ Son intervenciones que surgieron con anterioridad a ley que establece la obligatoriedad a partir de los 4 años. Los nuevos CPI tienen una población objetivo de 45 a 3 años. No obstante el carácter contradictorio del decreto que crea el plan

orientada mayormente a niño/as de familias en situación de vulnerabilidad social y su ubicación es mayormente en las comunas de zona sur de la CABA. Con respecto al personal a cargo, no en todos los casos tiene trayectorias de formación profesional y los bienes y servicios que se brindan trascienden lo estrictamente pedagógico. Asimismo, los CPIs es la intervención más extendida en el ámbito de la CABA y se planteó como modelo de intervención nacional en el Plan Nacional de Primera Infancia.

Los CPI se originan a partir de un reclamo judicial iniciado por ACIJ en 2011. El reclamo consistió en el pedido de cese la exclusión escolar de miles de niños y niñas de 45 días a 5 años debido a la falta de vacantes en escuelas de gestión estatal. El estado asumió obligaciones y compromisos concretos a fin de dar una solución definitiva al problema a través de un acuerdo en el que los centros de primera infancia constituyen una solución alternativa y transitoria frente a esta falta de vacantes.⁶⁸

Los CPIs, a diferencia de otros servicios asumen la forma de gestión asociada, es decir, participan tanto la esfera estatal como la comunidad⁶⁹. El GCBA asume la

nacional de primera infancia podría impactar en la CABA si es que no desarrollan acciones para ampliar la cobertura educativa para los 4 años.

⁶⁸ El programa especifica que mientras el niño/a concurra se conservará su inscripción en lista de espera para ingresar a algún establecimiento educativo formal. En este sentido se entiende que la asistencia a estos servicios no reemplaza a las instancias educativas formales de gestión estatal.

⁶⁹ Para ello, las organizaciones sociales firman un convenio con el Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano de la CCBA que se puede renovar cada 5 años o revocar antes inclumpientos. El gobierno de la Ciudad otorga un monto de dinero por única vez que se destina a la adecuación edilicia, equipamiento # para su apertura y una beca mensual por niño/a de 19.50\$ (marzo 2015) que se destinan a salarios del personal (seleccionado y contratado por la OSC), pago de servicios y seguros, materiales de librería, educativos, higiene y limpieza. Los establecimientos deben rendir esta suma recibida de manera mensual. Los alimentos (desayuno, almuerzo y merienda) se recibe a través de la Gerencia Operativa de apoyos a grupos comunitarios.

responsabilidad de proporcionar recursos para la ejecución y supervisión de las actividades y las organizaciones se hacen cargo de la implementación

Algunos datos que se extraen de un informe de evaluación de estos centros (CIPPEC (2016) muestran algunos aspectos valorables y algunas falencias teniendo en cuenta la contribución que puede hacer estas instituciones al cuidado de niño/as de 0 a 4 años. Por ejemplo, las entrevistas a los padres muestran que el hecho de que sus hijos concurren al establecimiento posibilitó la redistribución del tiempo al interior del hogar.familia (tareas del hogar y personales) y que 57% de los padres modificó su situación laboral. Otro aspecto positivo es que el hecho de que los CPIs elaboran un proyecto socioeducativo acorde a las necesidades de la población que se evalúa por un equipo central.

Algunos aspectos preocupantes para resaltar son que existen diferencias entre los CPI en cuanto a sus recursos y la capacidad de gestión de cada uno de ellos. Las falencias también se encuentran en el personal a cargo. Si bien, cuenta con profesionales de distintas áreas y cada CPI puede agregar más personal dependiendo de las necesidades, los auxiliares de sala no tienen formación específica ⁷⁰ . Además las condiciones de trabajo son preocupantes. Se detectó baja remuneración, falta de personal ⁷¹ y alta rotación de los docentes (Cippec, 2016). Asimismo se señala la baja coordinación entre CPI y con otros centros (CeDIs, CAFs) y con el sistema

⁷⁰ Los maestros deben contar con título de nivel inicial, pero para los auxiliares no se exige título. El personal de estos espacios es contratado o estarán bajo un régimen de monotributo. apto En la práctica no tienen dependencia laboral con el estado local y no se aplica para ellos el estatuto docente. Asimismo, perciben honorarios más bajos que los docentes de nivel inicial. En algunos casos están afiliados a UTEDYC, un gremio que ha tenido baja incidencia en las políticas de este sector.

⁷¹ El informe de CIPPEC señaló la cantidad excesiva de niños/as por sala. Se estima que en 2015 había 1209 trabajadores para 7.443 niños.

educativo. La baja profesionalización del personal, baja remuneración de los trabajadores, la falta de controles adecuados, las condiciones laborales del personal a cargo también habían sido señalados como aspectos preocupantes por otros informes y estudios (Ministerio Público Tutelar 2011; ELA, 2014; Gruszka, 2015).

Además, si bien la cantidad de CPIs y concurrentes ha aumentado, de acuerdo estimaciones del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, para el 2015 había una lista de espera que asciende a casi 4.000. Para cubrir con la demanda se requiere la apertura de 100 CPIs (CIPPEC,2016).

La comunidad en su estado “puro”, también interviene en la provisión de servicios de cuidado a través de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). En algunos casos se trata de una provisión de gestión asociada como es el caso de los CPI descritos y en otros casos se trata de una provisión por fuera de este programa. Algunos OSC se encuentran registradas en la base de datos del CIOBA y otras no.

Diversos estudios han indagado como los comedores comunitarios surgidos para enfrentar el deterioro de las condiciones de vida de las principales crisis socioeconómicas que enfrentó la Argentina, comenzaron a tener nuevas funciones como la provisión de cuidado a niño/as y adultos mayores (Ierullo 2012; Zibecchi 2012, Fournier 2016). Estas nuevas funciones se explican por una variedad de factores entre los cuales se pueden identificar: persistencia de situaciones de pobreza, el apoyo estatal, las necesidades de cuidado en tramos de edad cada vez menores, entre otros factores (Paura, Zibecchi, 2014).

Estos estudios han contribuido desde una metodología cualitativa a la caracterización de estos espacios y especialmente han puesto el foco en las

mujeres que se desempeñan en estos espacios como cuidadores. No se han registrado estudios cuantitativos sobre estas organizaciones en la CABA.

Cabe destacar que esta provisión de cuidado comunitaria en algunos casos carece de reconocimiento oficial a la hora de demostrar el cumplimiento de las condicionalidades de la AUHPS.

En suma, una primera característica que se observa de los servicios de cuidado es una gran fragmentación de intervenciones que se desarrollan desde el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat y desde el ministerio de Educación.

En segundo lugar, algunas diferencias que se pueden identificar entre estas dos intervenciones tienen que ver con objetivos de las intervenciones, destinatarios y acceso efectivo.

En efecto existen discusiones sobre qué sector debe responsabilizarse de las tareas de cuidado y sobre las dimensiones del cuidado que se ponen en juego desde cada área de intervención (Blanck, E., 2013; Gruszka, M., 2015; Marzonetto, G., 2016; Repetto F., Díaz Langou G., Aulicino C., 2012), las instituciones educativas tanto de gestión pública como privada principalmente a partir de los 3 años de edad se caracterizan por reforzar los aspectos pedagógicos no solo por el personal que está a cargo, sino porque son establecimientos regulados y supervisados por el Ministerio de Educación. Las intervenciones del Ministerio de Desarrollo Social evidencian no solamente aspectos que se vinculan con el desarrollo infantil sino también con otros aspectos como salud, acompañamiento familiar, alimentación, entre otros.

Algunos estudios han marcado que prima una mirada asistencial sobre lo pedagógico (Ministerio Público Tutelar 2011; ELA, 2014; Gruszka, 2015) en estos servicios de cuidado que se brindan desde el área de desarrollo social. El principal argumento es que constituyen una provisión de cuidado deficiente en relación al que se provee o regula desde el área de educación.⁷²

En tercer lugar, los datos de cantidad establecimientos, matrícula y condición de asistencia muestran procesos de mercantilización de los servicios de cuidado para algunos sectores de mayor poder adquisitivo y estatización/comunitarización para otros sectores de menor poder adquisitivo.

Marzonetto (2016) señala que la cobertura de los servicios de cuidado para la primera infancia profundiza la desigualdad y reproduce la estratificación social. Esto se sustenta en esta diferenciación que se establece a partir de una provisión diferenciada que apunta a formación por un lado y desarrollo por otro que habilita trayectorias diferentes antes de la educación obligatoria. A diferencia de la provisión desde el sistema educativo, que es de carácter universal (con algunas restricciones de acceso a vacantes) las intervenciones desde el área de desarrollo social están destinadas a población en situación de vulnerabilidad social y se concentran en las comunas del sur de la ciudad.

A pesar de estas consideraciones, algunos datos muestran que las instituciones educativas siguen siendo las principales proveedoras de cuidado infantil en la Ciudad. Esto se evidencia por la cantidad de salas de

⁷² El personal de los establecimientos regulados por el Ministerio de Educación es personal calificado, sancionado por concurso en acto público, y su trabajo se encuentra reglamentado un Estatuto Docente.

sector público y privado y por la matrícula en relación a cantidad de establecimientos de desarrollo social y concurrentes.

En efecto, otros relevamientos muestran la predominancia del sector educativo y dentro de este de los establecimientos de gestión privada. El 39% de los niños asisten a una institución educativa estatal, mientras que el 60% a una privada. El 1% asiste a una institución de gestión comunitaria (ENAPROSS, 2016).

Por último, es necesario señalar que alguna intervención desde desarrollo social incluye a niños/as de 4 años. Esto da cuenta de cierta superposición con los servicios educativos en tanto esta población quedó incluida por ley dentro de educación obligatoria. Este tipo de establecimientos pueden ser un complemento de los servicios educativos, pero no deben reemplazar el derecho a la educación en esa edad.

Consideraciones sobre la provisión de cuidado de niños y niñas

A lo largo de este apartado dedicado al cuidado en primera infancia se identificó una vasta normativa tanto a nivel nacional como a nivel local vinculada que se vinculan con algunas nociones de cuidado. Se pueden reconocer formas de provisión de cuidado que asumen la forma de tiempo, ingresos y servicios que se relacionan y condicionan entre sí.

Si bien los ingresos están presentes hasta los 18 años y se perciben por medio asignaciones familiares (provisión nacional) o programas de transferencias condicionadas de ingresos focalizados a sectores de alta vulnerabilidad social (provisión local) es en los primeros años de vida que su utilización podría estar destinada al cuidado remunerado: contratación de cuidadores

(tiempo) y acceso a guarderías (servicios) ante el déficit de la provisión pública.

En relación al tiempo de cuidado, es fundamental para los primeros años de vida en los que los cuidados parentales son aspectos fundamentales de la socialización primaria. Las licencias tienen lugar durante los primeros meses de vida y con posterioridad se puede recurrir a tiempo de cuidado no remunerado o remunerado dentro del hogar o bien a servicios estatales, privados u ofrecidos por la comunidad. El tipo de institucionalización de niños y niñas (educación: jornada simple-completa, centro de desarrollo infantil, comunidad) impacta en otras formas de cuidado al que pueden apelar las familias como el tiempo principalmente de las mujeres el hogar o fuera del hogar (no remunerado) la contratación de cuidadores de una manera complementaria. Además si los niño/as se insertan en servicios de cuidado provistos por la comunidad no reconocidos la percepción de ingresos se verá condicionada cumplimentar con las condicionadas de estos programas.

Se intentó además, describir las formas que asume el cuidado teniendo en cuenta la esfera que participa. En la práctica la provisión de cuidado por parte de las diferentes esferas no se realiza de una manera pura. Por ejemplo, las licencias parentales requieren de la participación del mercado de trabajo, el estado y las familias. Lo mismo ocurre con las asignaciones y transferencias monetarias. Participan de su efectivización, el estado, el mercado y las familias que son las que destinan los ingresos recibidos al bienestar de niños y niñas. Si bien no se trata de ingresos para costear servicios de cuidado o contratar cuidadores se puede suponer que parte de estos ingresos pueden destinarse a contribuir a una mejor conciliación entre la vida familiar y el trabajo.

En lo que refiere a servicios de cuidado específicamente, se puede apreciar una trama más compleja de acción entre las esferas. Tanto el mercado como el estado participan de la provisión de servicios educativos. Por su parte el estado y la comunidad proveen de servicios de desarrollo infantil. La comunidad por su parte de manera independiente brinda servicios de cuidado cuya información no ha sido incluida en este estudio porque al cierre no se tuvo acceso a los datos.

Los datos sobre el acceso a estos servicios de cuidado permiten considerar que existe una segmentación de las diferentes formas de provisión de cuidado por sector social y por lugar de residencia. Teniendo en cuenta las altas tasas de informalidad y trabajo no registrado, tanto las licencias familiares y otros beneficios derivados de la inserción formal en el mercado de trabajo están vedados para buena parte de los hogares de la CABA.

Con respecto a las asignaciones familiares, si bien la AUH y la AUE permiten dar cuenta de una tendencia hacia la universalidad, en la CABA algunos mecanismos de asignación de ingresos únicamente para situaciones de vulnerabilidad social evidencia que se trata de programas focalizados que reproducen cierta imagen de estigmatización de algunos sectores sociales.

Los servicios de cuidado por otra parte también muestran esta tendencia. Servicios educativos provistos por el mercado y el estado para determinados sectores sociales y centros de desarrollo infantil provistos por el estado y la comunidad para sectores en situación de vulnerabilidad social ubicados en la zona sur de la CABA.

5. La provisión de cuidado para Personas Mayores. Formas, esferas y actores

En relación a la provisión de cuidado a las Personas Mayores en CABA se distinguen diferentes acciones y dispositivos lo que configura un mapa específico de intervenciones que incluye el acceso a ingresos, a servicios de atención directa y suministro de bienes y a tiempo de trabajo remunerado y no remunerado según las diferentes esferas y los niveles de responsabilidad que asume cada una. En este tejido institucional y de dispositivos, se reconocen solapamientos y superposiciones, puntos y áreas de intersección y áreas vacías, que denotan una vacancia en la atención de esta población.

5.1 Sobre los principios rectores, la normativa y las agencias responsables

La Argentina tiene una larga tradición de interés por la regulación de la situación de las PM y el reconocimiento de sus derechos. Ya en 1949, en la Constitución Nacional Argentina, se establecieron lineamientos de protección hacia las personas mayores. Este principio se mantuvo en las posteriores reformas constitucionales. Así en el artículo 75 se fija la responsabilidad del Congreso de “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”. Por otro lado, el artículo 14 bis aborda el tema de la seguridad social, estipulando que: “El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones

móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna” (Huenchuan, 2009).

Actualmente la atención de las PM se rige según los principios establecidos en la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Asimismo, en 2012 y en consonancia con esos lineamientos, se estableció el Plan Nacional de Personas Mayores 2012-2016.

La Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, a la que la Argentina adhirió en 2015 por el Decreto 375/2015, significó el primer instrumento jurídico específico en la región en materia de derechos de personas adultas mayores, tendiente a contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. En este acuerdo supranacional se estructura el nuevo paradigma relacionado a la vejez y al envejecimiento, destacándose la valoración del envejecimiento activo, del protagonismo de las personas mayores, el respeto a la heterogeneidad de las personas mayores, el enfoque de ciclo de vida y la visión prospectiva de largo plazo y la solidaridad intergeneracional.

Las agencias responsables de aplicar estos lineamientos son la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM/SENAF-MDS)⁷³ y el Consejo Federal de Adultos Mayores, establecido en 1997, pero que entra en funciones en 2003. La DINAPAM debe conformar el Consejo e impulsar los programas de protección, de participación y de mejoramiento de calidad de vida, entre otros, con jurisdicción nacional.

⁷³ Dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Siguiendo estos criterios, el Ministerio de Desarrollo Social elaboró durante 2011 y mediante un proceso de participación, discusión y consenso en los niveles locales, un Plan Nacional de Personas Mayores 2012-2016. El Plan, en tanto instrumento consensuado desde el Consejo Federal, se orientaba a la coordinación de recursos y el seguimiento de las metas propuestas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y garantizar sus derechos. Tras su finalización, no se registran resultados públicos de su implementación ni se conoce la intención de un nuevo plan.

No obstante, a nivel nacional, no hay una ley específica que regule la situación de las PM y de otros actores que intervienen en su bienestar –como es el caso de los vínculos familiares y de personas cuidadoras remuneradas-, como sí es el caso de otros países de América Latina⁷⁴, que les asegure la provisión de atención integral y aplique acciones para hacer efectivos sus derechos, aun cuando se han presentado varios proyectos a tal fin (Grosman, 2013; Cippec 2015). Cabe, empero, considerar cuatro leyes nacionales que dentro de su articulado hacen referencia explícita a mecanismos de protección hacia esta población (Huenchuan, 2009):

- la Ley 25.724/AÑO que crea el Programa de Nutrición y Alimentación Nacional,
- la Ley 21.074/año de Subsidios y Asignaciones Familiares,

⁷⁴ En Latinoamérica se registra, entre otros ejemplos, el caso de Uruguay. La Ley 17.796 (2004) tiene como objetivo la promoción integral de las personas mayores y establece su derecho, entre otras cosas, a la integración activa en la familia y en la comunidad y al goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, a contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, a tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, a alimentación y abrigo suficientes, al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional (Huenchuan, 2009).

- la Ley 24.417/año de Protección contra la Violencia Familiar y
- la Ley 24.734 sobre el Derecho al uso de los servicios del sistema de cobertura médica a beneficiarios de pensiones a la vejez

A nivel local, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires toma en consideración a las personas mayores en el art 41,⁸⁷ tal como lo hacen otras ocho jurisdicciones provinciales. Además, se identifican cinco leyes que refieren al bienestar y el cuidado de esta población:⁷⁵

- la ley 81/98, respecto a la adopción de principios rectores de las políticas para personas mayores aprobados por la Organización de Naciones Unidas mediante la Resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991;
- la ley 4036/11, que crea el Sistema Único de Garantías de los Derechos Humanos y Sociales. Se fija por ley la protección integral de los derechos sociales para los ciudadanos de la CABA priorizando el acceso de aquellos en estado de vulnerabilidad social y/o emergencia a las prestaciones que brinda el Gobierno de la Ciudad;⁷⁶

⁷⁵ Para un mayor desarrollo, ver García (2017), "El derecho al cuidado de las personas mayores. Una mirada desde la normativa de la Ciudad de Buenos Aires 1996-2016", Trabajo Integrador Final de la Especialización en Políticas Sociales Urbanas, UNTREF. Inédito.

⁷⁶ Dentro del cuerpo de la ley, a partir del art 16 se dedica un apartado específico para Personas Mayores que establece que el gobierno debe implementar acciones destinadas a facilitar el mantenimiento de la persona mayor en su medio a través de medidas que posibiliten su permanencia en el hogar propio o familiar, disponer la prestación de cuidados en el mismo sentido, disponer la prestación de cuidados personales en centros de atención diurna o en centros residenciales destinados a estas personas. En la ley se consideran "personas en situación de vulnerabilidad social" a aquellas que por razón de edad, género, estado físico, o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran dificultades para ejercer sus derechos mayores en situación de dependencia, promover el envejecimiento activo y saludable, entre otras acciones importantes. A su vez, el artículo 18, señala que en

⁸⁷“La Ciudad garantiza a las personas mayores la igualdad de oportunidades y trato y el pleno goce de sus derechos. Vela por su protección y por su integración económica y sociocultural, y promueve la potencialidad de sus habilidades y experiencias. Para ello desarrolla políticas sociales que atienden sus necesidades específicas y elevan su calidad de vida; las ampara frente a situaciones de desprotección y brinda adecuado apoyo al grupo familiar para su cuidado, protección, seguridad y subsistencia; promueve alternativas a la institucionalización

- la ley 5420/11 de Prevención y Protección Integral contra el abuso y maltrato de los adultos mayores;
- la ley 5670/16 de Geriátrica, que regula el funcionamiento de los Establecimientos Residenciales e instituye los derechos de los residentes;
- La ley 5671/16 de Asistentes Gerontológicos, que establece una entidad específica a la profesión del asistente gerontológico para servicios domiciliarios, en residencias, centros de día y en los hospitales y crea el Registro Único Obligatorio de Asistentes Gerontológicos.

5.2 Dispositivos y modalidades de provisión

5.2.1. Ingresos

Así como en las otras poblaciones analizadas en este informe, en el caso de las PM hemos considerado el acceso a ingresos como un componente del esquema ampliado de provisión de cuidados. Por un lado, en sociedades donde el bienestar está mercantilizado en los dos sentidos, la reproducción misma de la vida depende de ello. El acceso al ingreso representa la condición para poder hacer frente a la satisfacción de necesidades, y al acceso de bienes y servicios

caso de los adultos mayores de 60 años de edad en situación de vulnerabilidad social, la autoridad de aplicación deberá asegurarles el acceso a un alojamiento y a la seguridad alimentaria, y a tal fin podrá destinar entregas dinerarias o disponer de otro mecanismo. Si bien el articulado aquí señalado se construye desde un enfoque integral en relación a la atención de las personas mayores, el art 16 especifica quiénes serán los destinatarios de las políticas

Por otro lado, en el caso de las PM y en la arquitectura del bienestar argentina, los ingresos bajo la forma de jubilaciones y pensiones se encuentran asociados a las trayectorias laborales formales. Por el carácter contributivo de este sistema, la población retirada del mercado de trabajo accede a beneficios según los aportes propios y de sus contratantes realizados durante su vida activa. Esta condición, a su vez, habilita las vías de acceso a los servicios de salud. Como se señalará, parte de los servicios de atención directa al cuidado se vinculan con este estatus.

definidas: “El Gobierno de la Ciudad emprenderá medidas destinadas a la atención integral de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad favoreciendo su integración social y comunitaria, promoviendo su autonomía y su bienestar físico y psíquico”, manteniendo criterios focalizadores” (García, 2017).

Desde el Estado Nacional, las agencias que participan de la provisión de ingresos a las PM son la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y la Comisión Nacional de Pensiones.

Durante los años 2003-2012, ANSES fue ampliando sus funciones a partir de la expansión de las prestaciones relacionadas con la protección social y fue convirtiéndose en la arena de luchas políticas por el paulatino incremento de sus responsabilidades, que antes eran atendidas principalmente por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (Danani y Hintze, 2014). Una de las acciones que se llevaron adelante en este periodo fue la denominada moratoria previsional (“plan” o “Programa de inclusión previsional”). La misma implicó otorgar la posibilidad de acceder a un haber jubilatorio a toda persona que tuviera edad para jubilarse pero que no cumpliera con la exigencia de 30 años de aportes acumulados. Esta medida benefició a más de dos millones de personas, magnitud que elevó la cobertura del beneficio previsional a mayores de 65 años a más del 90% en 2010 (Fabio Bertranou, 2011).

En la CABA, actualmente el 90% de las personas mayores ⁷⁷ recibe transferencias mediante jubilaciones y pensiones. Entre ellos, 1,7 corresponde a pensiones contributivas y 1,1 a no contributivas. Del 10% restante, el 7% está ocupado y el 3,1% no está ocupado (ENAPROSS, 2015). Uno de los beneficios por estar dentro del Sistema de Seguridad Social, es tener acceso a PAMI-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados que se encarga de proveer atención médica, social y asistencial las personas mayores.

De las personas mayores cubiertas por el sistema jubilatorio y de pensiones, el 52,6 cobra un monto igual o menor al haber mínimo jubilatorio⁷⁸ (EAH CABA; 2015). Podríamos preguntarnos entonces en qué situación queda este alto porcentaje de personas frente al riesgo de una dependencia. Este interrogante se podría sostener en relación a la nueva forma de prestación no contributiva, creada en el 2016, una pensión universal para el adulto mayor de 65 años y más que no cuente con ninguna prestación otorgada por cualquier régimen de previsión ni cobre la prestación por desempleo. El monto de esta última es el 80% de una jubilación mínima, actualizable dos veces al año por la Ley de Movilidad⁷⁹.

⁷⁷ Salvo que se exprese lo contrario, los Datos de la Enapross consideran varones a partir de los 65 años y mujeres a partir de los 60 años (ENAPROSS, 2015).

⁷⁸ Desde marzo de 2017 el mínimo haber jubilatorio se encuentra establecido en \$6.394,85.

⁷⁹ La de Ley de Movilidad (2008) actuó sobre el mecanismo de cálculo y movilidad de los haberes. Fue el primer instrumento que institucionalizó un procedimiento de movilidad automática y netamente previsional, elemento que otorga previsibilidad a la vida de las personas y constituye un compromiso político-institucional (Danani y Beccaria, 2011).

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación a través de la Secretaría de Seguridad Social ha realizado avances en la formalización laboral que permitió incrementar en un 95% la cantidad de contribuyentes al componente contributivo de la protección social (CIPPEC, 2015). Esto último se ha visto reflejado en la posibilidad de invertir socialmente en políticas para las personas mayores.

Por otro lado, PAMI cuenta con diferentes subsidios económicos.⁸⁰ Uno está destinado a la atención gerontológica domiciliaria donde los cuidados se vinculan con actividades de carácter doméstico, de apoyo sanitario, de carácter personal y sociocultural. A su vez, existe el Programa de Asistencia a Situaciones de Alto Riesgo Sociosanitario (aprobado por la Resolución N° 1490/DE/08) donde el objetivo es incrementar la capacidad económica de los afiliados vulnerables para afrontar situaciones de crisis socio-sanitarias mediante la asignación de un subsidio económico. También se encuentra el

⁸⁰ La información sobre los subsidios económicos que otorga PAMI es extraída del Informe del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - PAMI, Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2012. Intentamos comunicarnos con la línea de atención "PAMI ESCUCHA" (http://www.pami.org.ar/pami_escucha.php) para conocer la vigencia de los subsidios y los montos sin éxito. Se realizaron varios intentos de comunicación aproximadamente de 20 minutos cada uno sin poder lograr una atención efectiva.

Subsidio de Asistencia Sociosanitaria en el marco del Modelo Prestacional Sociocomunitario de Atención Médica, que está destinado a los afiliados de 65 años y más con ingreso previsional igual o inferior al establecido por el Gobierno Nacional para las Jubilaciones Mínimas. Se aplica en todo el país y durante el período 2007-2012 se le otorgó esta cobertura a más de 1.000.000 de afiliados anualmente. Por último existe el Programa Pro Bienestar como política de seguridad alimentaria para Personas Mayores, donde se brinda un complemento nutricional en formato de vianda. El programa alcanza a todo el país, y en 2012 estaba gestionado socialmente por más de 2300 efectores comunitarios (Centros de Jubilados y Pensionados).

Con respecto a los medicamentos, PAMI otorga un subsidio social a los afiliados que por razones de vulnerabilidad social no pueden pagar sus medicamentos ambulatorios con descuento. Para estas personas se brinda un subsidio que cubre el costo de los medicamentos al 100%. Los requisitos para obtener esta ayuda son un ingreso menor o igual a 1,5 haberes previsionales mínimos, no estar afiliados a un sistema de medicina prepaga, y no ser propietario de más de un inmueble, ni poseer un auto de menos de 10 años, aeronaves o embarcaciones de lujo (PAMI, 2012)

PAMI, desde el 2007, genera convenios con el sector comunitario a través de subsidios para el desarrollo de Centros de Jubilados y Pensionados lo que ha generado que se incremente notablemente su cantidad, calidad y accesibilidad. En 2012 se contabilizaron en todo el país aproximadamente 7000 Centros. El Instituto cuenta con un Registro Nacional de Entidades de Jubilados y Pensionados de la República Argentina. En este último, disponible en la página web del organismo, se pueden encontrar aproximadamente 45 casas de día en CABA (PAMI, 2012)

Desde la Comisión Nacional de Pensiones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social se otorga también una pensión no contributiva a adultos

mayores de 70 años o más que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.⁸¹ Esta condición habilita el acceso a la cobertura Incluir Salud - ex PROFE⁸², si el titular no tiene cobertura médica.

Nivel local

En relación a la transferencia a nivel local se encuentran incluidas las siguientes agencias:

- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat> Programa Ciudadanía Porteña
- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat> Secretaría de la Tercera Edad

Desde el Programa Ciudadanía Porteña⁸³, que comenzó a funcionar en noviembre de 2005 y depende del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, se otorga una transferencia monetaria mensual a hogares con personas mayores en situación de pobreza o indigencia para mejorar el ingreso de los mismos. De un total de 170.824 beneficiarios del Programa el 5,9 (9.998)

⁸¹ Se entiende por vulnerabilidad social aquella persona mayor que no percibe, ni ella ni su cónyuge, ninguna jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva, que no está empleado bajo relación de dependencia, que no tiene bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia o la de su grupo familiar, y no tenga parientes obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos para hacerlo.

⁸² Incluir Salud es un programa que depende del Ministerio de Salud. El programa transfiere fondos a las provincias para garantizar que todas las personas titulares de dichas pensiones, independientemente de dónde vivan, puedan acceder a una atención de calidad.

⁸³ El objetivo general del Programa, creado por la Ley 1878, es disminuir los niveles de desigualdad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para lograrlo, brinda un subsidio mensual que mejora el ingreso de los hogares en situación de pobreza o indigencia.

corresponde a personas de 65 y más (Gerencia Operativa de Gestión Estratégica de Políticas Sociales, 2015)⁸⁴

La transferencia se entrega a través de una tarjeta magnética precargada emitida por el Banco Ciudad y Cabal. Se utiliza únicamente, tal como lo indica la página web del programa, para la adquisición de alimentos, productos de limpieza, e higiene personal, útiles escolares y combustible para cocinar, y está condicionado al cumplimiento por parte de los hogares beneficiarios de obligaciones en educación y salud. Los montos de la transferencia son variables, depende a un índice de vulnerabilidad que no es público, por lo que cada familia recibe un monto diferente.

A su vez, desde la Secretaría de la Tercera Edad, la Dirección General de Servicios y Dependencia lleva adelante el Programa “Vivir en Casa”, otorgando una transferencia monetaria aplicable a la estabilidad del alojamiento sostenible en el tiempo. Según la página web de la Subsecretaría el programa está dirigido a los adultos mayores, para que destinen el ingreso a gastos ocasionados por alquiler, expensas u otras prestaciones relacionadas a la vivienda. El beneficio es de dos años, renovables si los postulantes continúan en situación de riesgo social o con problemas para el acceso a una vivienda.

Por otro lado, desde la Secretaría de la Tercera Edad de CABA, se lleva adelante la acción “Apoyo a centros de jubilados”, otorgando ayuda a los centros de jubilados y pensionados, por medio de la entrega de un subsidio para alquileres o viajes, según la necesidad que presenten los mismos.

⁸⁴ Informe de auditoría del Programa Ciudadanía Porteña disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe_monitoreo_cp_mayo_2015_0.pdf

5.2. Servicios y bienes

Nivel nacional

En relación a la prestación de servicios y bienes a nivel nacional se encuentran incluidas las siguientes agencias:

- PAMI-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
- Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) > Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

PAMI es el organismo que centraliza fundamentalmente la política de provisión de cuidado. Se trata de una cobertura médico social, universal y obligatoria a los adultos mayores jubilados y que representa a nivel nacional la obra social con mayor número de beneficiarios del país (más de 4,3 millones) (ENAPROSS, 2011).

A raíz de la fragmentación que caracteriza el sistema de salud argentino y según la cobertura que la personas declaran tener, en CABA cerca del 35,4 del total de la población cuenta con atención de salud brindada por las obras sociales, el 49,9 tiene PAMI, el 10,9 tiene como cobertura servicios privados prepagos de salud y el 3,7 cuenta con el sistema público de salud. (ENAPROSS, 2015).

En CABA, las últimas estadísticas señalan que existen 351.762 personas mayores afiliadas⁸⁵ a PAMI, que corresponde al 55% del total de la población de personas mayores de 60 años en la ciudad⁸⁶ (INDEC, 2016).

⁸⁵ Incluye jubilados, pensionados y familiares a cargo de personas de 60 años y más.

⁸⁶ Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados (INNSSJyP-PAMI). Serie Análisis Demográfico 7, INDEC hasta el año 2000, para los años 2001/5 Informe de resultado N° 258 (DGEyC). 2006/2009 INDEC Análisis Demográfico N°31. A partir del año 2010, INDEC Análisis demográfico N°36.

PAMI provee cobertura médico-social a través de sus servicios propios o efectores contratados. En relación a los servicios de cuidado se encuentran aquellos establecimientos públicos dependientes de la obra social. El criterio de admisión es focalizado sujeto a evaluación social y médica durante el proceso de envejecimiento y donde la familia no pueda proveer el acompañamiento necesario.

Dentro de los servicios se encuentran los Centro de día de gestión sociosanitaria (es un dispositivo terapéutico de contención social y estimulación específica diurna), los Centros Residenciales Especializados (La resolución N° 559/DE/01 instituye el régimen de residencias de larga estadía teniendo en consideración que la visión integral de la persona mayor) y los Servicios de Cuidados Paliativos (A través de la Resolución N° 379/DE/08 se crea un módulo de cuidado de secuelas para los casos en los que no hay posibilidades de rehabilitación o para enfermos terminales) (PAMI, 2012). Las coberturas de los servicios mencionados no se encuentran disponibles como datos públicos, por lo que no se puede dimensionar su alcance.

PAMI establece convenios con el sector privado para que sus afiliados puedan acceder a servicios de cuidados en residencias de larga estadía. A su vez, PAMI realiza tareas de supervisión en las residencias de larga estadía. La Resolución 682/DE/08 regula los mecanismos de evaluación prestacional y de planta física de los geriátricos o centros residenciales especializados contratados por el INSSJP PAMI. La guía de evaluación contempla aspectos prestacionales y edilicios que permite determinar el cumplimiento de las normas contractuales de atención de los residentes (PAMI, 2012)

Por otro lado, PAMI implementó en el 2008 el Programa Nacional HADOB (Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad) que busca reducir los índices de

hipertensión arterial, diabetes y obesidad, enfermedades de alto impacto en la población de adultos mayores, a través de actividades terapéuticas no medicamentosas. El elemento sustancial del programa son los médicos de cabecera, que deben elaborar el diagnóstico y efectuar la vigilancia de la evolución del cuadro clínico asociado al esquema terapéutico⁸⁷. El programa incluye también la realización de clases educativas para los afiliados con fines de promoción, prevención e instrucción en el manejo de los factores de riesgo.

El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación desde la DINAPAM, realiza capacitaciones y formación de cuidadores domiciliarios⁸⁸ y actualmente se encuentra implementando un Registro Nacional de Cuidadores. También lleva adelante la Campaña Nacional del Buen Trato y el Programa La Experiencia Cuenta. La primera iniciativa tiene el objetivo de cuestionar prejuicios y estereotipos socialmente instalados, sensibilizar acerca de las situaciones de abuso y maltrato que sufren los adultos mayores y promover la construcción social de la cultura del buen trato, y la segunda tiene el objetivo de promover el intercambio de saberes entre adultos mayores y jóvenes. La segunda iniciativa tiene el objetivo de promover el intercambio de prácticas y saberes entre adultos mayores y jóvenes.

Nivel local

⁸⁷ Los médicos que participan del programa son evaluados trimestralmente, y si sus pacientes presentan mejoras en los indicadores de hipertensión, diabetes y obesidad, reciben un incremento en la cápita de hasta el 45%.

⁸⁸ "...En Argentina, la formación de cuidadores domiciliarios es una de las principales líneas de acción desarrolladas desde el gobierno nacional. En este marco, el Programa Cuidadores Domiciliarios instruye a quienes desarrollan cuidados informales a fin de nutrirlos en capacidades clave para llevar a cabo estas actividades. Luego, a través de convenios que se firman con las obras sociales, estos cuidadores prestan servicios en los domicilios de los afiliados. Por otro lado, brindan atención en las instituciones de larga estadía del estado a adultos mayores de 60 años que acrediten insuficiencia

En relación a la prestación de servicios y bienes a nivel local se encuentran incluidas las siguientes agencias:

- Ministerio de Desarrollo Social y Hábitat. Secretaría de la Tercera Edad

El organismo que centraliza las políticas de servicios de cuidados hacia las personas mayores es la Secretaría de la Tercera Edad que depende del Ministerio de Desarrollo Social y Hábitat. Se identifican diferentes modalidades de servicios que se ofrecen bajo la Dirección General de Servicios y Dependencia: las residencias de larga estadía, la atención domiciliaria y los centros de día.

En relación a las residencias de larga estadía, existen cinco, dos de ellas localizadas en la Provincia de Buenos Aires. En estas últimas el criterio de admisión es que la persona mayor de 60 años presenta dependencia alta y situación de indigencia¹⁰². En estos hogares, según se informa en la página web

económica, que no cuenten con personas que puedan cuidarlos o que presenten algún tipo de discapacidad y/o enfermedad crónica. Estos dos ejes de intervención se implementan a través de una gestión descentralizada mediante convenios con provincias, municipios, universidades, cooperativas y organizaciones sociales...” (CIPPEC; 2015)

¹⁰²La Dirección General de Promoción y Servicios de la Secretaría de Tercera Edad, sostiene indicadores exigidos para el ingreso en el Centro Residencial. Los mismos de la Secretaría de la Tercera Edad, se brinda servicio de alojamiento, alimentación, atención kinesiológica, psicológica y odontológica, y servicio de enfermería las 24 horas. A su vez se atiende la situación social y familiar de los residentes, se brindan talleres de lectura y escritura, y se organizan actividades recreativas y culturales. La cantidad de alojados se ha mantenido hasta 2014 con un promedio de 1400 residentes, registrándose una disminución en 2015 (AE, 2015).

Actualmente el estado regula las prestaciones de los establecimientos de provisión de cuidado, como su clasificación, la dotación necesaria de profesionales, las condiciones de habilitación, etc, para residencias del sector privado y público, según lo establecido en la Ley 5670/16.

El Servicio de Asistente Gerontológico, Domiciliario y Hospitalario está destinado a personas mayores de más de 60 años en situación de pobreza y/o vulnerabilidad económica, con o sin familia, que por diversos motivos requieren ayuda en su domicilio para mantener o restablecer su bienestar físico, social y afectivo y/o para realizar actividades elementales de la vida diaria. El servicio, según lo informado por la Subsecretaría de la Tercera Edad en su página web, otorga subsidios que se renuevan anualmente, previa evaluación realizada por un trabajador social integrante del equipo técnico. Una comparación entre la proporción de población mayor en situación de vulnerabilidad económica y el registro de 992 personas atendidas en sus domicilios durante 2015 podría dar cuenta de la brecha en la provisión de este servicio.

contemplan las siguientes variables: situación socio-familiar, situación de incapacidad física y psíquica, situación económica, vivienda, reagrupamiento familiar e integración en la comunidad, edad y evaluación de otras circunstancias. La persona mayor debe tener domicilio en CABA, ser mayor de 60 años, no poseer obra social o de salud que cubra la prestación de internación geriátrica, en forma directa o mediante subsidio, carecer de una red familiar o social, carecer de bienes propios y de ingresos económicos suficientes para su supervivencia, no poseer vivienda, y no tener trastornos mentales que dificulten su integración social.

El programa de atención domiciliaria, con sus objetivos y resultados, no se encuentra fijado por ley. En el 2016 mediante la sanción de la Ley 567 de “De Asistentes Gerontológicos” se creó una ley específica⁸⁹ que formaliza la figura del asistente gerontológico, estableciendo la obligatoriedad por parte del

⁸⁹ Anteriormente se encontraba incluida en la Ley 661/01 que regulaba la actividad de los Establecimientos Residenciales y otros servicios de atención gerontológica.

estado a brindar formación académica, poniendo en práctica un Registro Único de profesionales para toda la ciudad.

Las casas de día, creadas en 1989, también reguladas por la Ley 5670, están destinadas a adultos mayores autoválidos de 60 años o más, con el objetivo de ofrecer una batería de talleres y actividades para favorecer la autonomía y el envejecimiento exitoso. En 2001 funcionaban 13 casas de día, con un promedio de 891 concurrentes diarios. En 2015 se registraron 27 establecimientos con un promedio diario de concurrencia de 1.648 personas (en descenso con respecto a 2014).

La Secretaría de la Tercera Edad además lleva adelante el Programa Buenos Aires Presente - Tercera Edad que busca garantizar la atención social inmediata de los adultos mayores en situación de calle y vulnerabilidad social. Los destinatarios del Programa son mayores de 60 años, residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y víctimas de violencia en sus diferentes expresiones. Se brinda apoyo integral a los adultos mayores en la defensa de sus derechos y acompañamiento, además de contención.

Por otro lado, dentro de la política de Envejecimiento Activo, se llevan adelante acciones para suministrar información de los programas y actividades que se desarrollan en la Secretaría y en sus dependencias, promover entre los adultos mayores distintos eventos, actividades y talleres orientados a una participación activa en lo social, cultural y comunitario, desarrollar políticas para brindar asistencia, capacitación y recreación a los adultos mayores a través de los Centros de Jubilados y Pensionados y promover actividades de prevención de la salud para los adultos mayores.

Para llevar adelante las acciones anteriormente descritas se utilizan los Centros de Inclusión para Adultos Mayores (CIAM)⁹⁰. Son espacios de integración para las personas mayores de 60 años que funcionan una vez por semana, con una duración de tres horas por jornada, y ofrecen actividades recreativas, físicas y de cuidados de la salud, como controles de presión y glucosa, vacunaciones y charlas preventivas de profesionales de la salud.

En relación a los talleres existe una línea de acción llamada Cuidar Cuidándonos que está destinada a contener y capacitar a cuidadores de adultos mayores, formales e informales. También se acerca a los barrios para brindar capacitación y contención con el objetivo de fortalecer los ejes ineludibles de promoción y prevención de la salud de los adultos mayores.

Por último dentro de la política de Inclusión y Protección de Derechos, se encuentran las acciones Proteger y el Programa de Aulas Digitales. La primera se encarga de asistir⁹¹ a los adultos mayores que sean víctimas de abuso, maltrato y violencia en sus diversas formas, y la segunda de acercar a los mayores a las nuevas tecnologías a través de talleres gratuitos de informática. Cada aula se encuentra equipada con computadoras con conexión a Internet.

Con respecto a la entrega de bienes, la Secretaría de la Tercera Edad impulsa una plataforma llamada Simple diseñada especialmente para los Adultos Mayores. Se entregan tablets donde se pueden acceder a herramientas digitales útiles para tu vida diaria: leer el diario por la mañana, comunicarte con la familia

⁹⁰ Existen 3 (tres) CIAM en CABA: i) CIAM 1 - Galpón Barrio 31, ii) CIAM 2 - Polideportivo Rivadavia II - Avenida Riestra 2200 y iii) CIAM 3 - NIDO Barrio 20 - Avenida Escalada 3850

⁹¹ Se ofrece asistencia psicosocial, apoyo emocional, asesoramiento legal, acceso a la protección judicial y un lugar seguro donde vivir en los casos en que la seguridad o la vida de la víctima se hallan en riesgo

y con amigos, disfrutar en los momentos de ocio y encontrar información/herramientas para una vida más saludable.

Esfera mercantil

En el 2015, en CABA el sector privado contaba con 592 residencias y un total de 22.470 camas habilitadas, encontrándose ocupadas al 95% de su capacidad (La Nación; 2015)⁹², prestando servicios a 17.460 personas mayores⁹³ (AE, 2015). Del total de personas alojadas, y en sintonía con el fenómeno de feminización del envejecimiento, 14.022 son mujeres, y en relación a la condición psicofísica, el mayor porcentaje es de semidependientes.

A comparación de la provisión estatal local de residentes permanentes, se podría señalar que el mercado ha “tomado control” de la demanda de este tipo de cuidados, concentrándose principalmente en el norte de la ciudad (ver mapas). Por otro lado, el Estado ha acompañado esta expansión del sector privado posicionándose principalmente en su rol regulatorio a través de marcos normativos Ley 661/01 / Ley 5670/16 “De Geriatria” (García, 2017)

Esfera Comunitaria

Según un Informe de CIPPEC,⁹⁴ las organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades destinadas a los adultos mayores son muy heterogéneas e

⁹² Diario La Nación (2015), “Crece la oferta de residencias para la tercera edad”: <http://www.lanacion.com.ar/1762737-crece-la-oferta-de-residencias-para-la-terceraedad>

⁹³ La cantidad de alojados declarados en las residencias permanentes desde el año 2000 ha oscilado dentro las 17.500 personas, disminuyendo en el 2002 a 16.229 personas y aumentando nuevamente en el 2014 (AE, 2015).

⁹⁴ CIPPEC (2015), “Desayuno sobre políticas de cuidado en Argentina, Avances y desafíos en el cuidado de adultos mayores”, Nota Técnica. Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1212.pdf>

incluyen centros de jubilados, clubes de abuelos, federaciones, entre otras, estimándose que existen decenas de instituciones que incorporan un número elevado pero desconocido de afiliados.

En relación al tiempo, se registran la vigencia de licencias y los servicios que prestan las familias. A nivel nacional, se pueden encontrar licencias establecidas por convenios especiales solo en el caso de familiares enfermos. La Ley de Contrato de Trabajo no contempla esta situación, ni tampoco cuando se tiene una persona mayor dependiente a cargo.

Para los empleados públicos nacionales, por convenio colectivo de trabajo, se fijan 20 días corridos por enfermedad de un miembro familiar, con prórroga hasta los 90 días (CIPPEC, 2013)

En el caso de los docentes de CABA, en el estatuto del docente (Ordenanza 40593 y Decretos Reglamentarios) se fija una licencia por familiar enfermo de 30 días. En el caso de los empleados públicos provinciales que viven en CABA, la ley 471 fija una licencia por atención de familiar enfermos de 15 días (CIPPEC, 2013)

En relación con el rol de las familias, la Encuesta de Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo (Indec, 2013) señala que en CABA, en promedio, las familias destinan en promedio de tiempo 5,2 al cuidado de las personas (las mujeres 5,5 y los varones 4,7).

Cabe señalar que la medición aquí señalada no nos arroja la información específica de cuánto tiempo se destina al cuidado de una persona mayor sino al cuidado dentro de un hogar que se encuentra una mayor. Teniendo en cuenta esta premisa, se menciona que en CABA, en los hogares donde hay presencia de una persona mayor de 64 años, el promedio de tiempo dedicado al cuidado es de de 2,7 en el caso de varones y 4,2 en el caso de mujeres. En hogares donde

existe la presencia de más de dos personas mayores de 64 años, el tiempo no aumenta considerablemente: 2,9 en el caso de los varones y 4,7 en el caso de las mujeres. De esta manera, el cuidado familiarizado continúa siendo una de las fuentes más importantes de provisión.

5.3. Lectura integrada sobre la provisión de cuidado a las Personas Mayores

A modo de conclusión, se puede mencionar que en las diferentes modalidades de provisión existe cierta superposición de acciones entre el nivel nacional y local. En relación a los programas de promoción del envejecimiento activo y mejora en la calidad de vida existe superposición entre ambos niveles. Cabría preguntarse si estas acumulaciones de acciones estatales en relación a las temáticas señaladas pueden resultar sinérgicas, logrando que el efecto final de las políticas sea mucho mayor de lo esperado o por el contrario se trata de acciones fragmentadas y no articuladas. Existe el Consejo Federal de Personas Mayores como ámbito de coordinación entre las diferentes jurisdicciones, donde CABA participa, pero se ha señalado que no cumplen su función integralmente, ya que las reuniones son esporádicas y no todos los miembros participan activamente (CIPPEC, 2015). Por otro lado, mencionamos anteriormente que aún no se ha elaborado un nuevo Plan Nacional de Personas Mayores que podría intervenir como dispositivo de integración entre ambos niveles jurisdiccionales fijando principios, objetivos y metas.

Por otro lado, en relación la provisión de cuidados (ya sea mediante ingresos o servicios y bienes) se pueden distinguir acciones superpuestas y su vez también se registran intervenciones estatales con modalidades distintas entre la jurisdicción nacional y local.

Con respecto a las acciones superpuestas se identifican dos niveles de Programas de Cuidadores Domiciliarios, con la implementación de dos Registros de cuidadores profesionales.

En relación a la identificación de las diferentes modalidades de intervención, se destaca que en el caso de la provisión estatal a nivel local en su mayoría se trata de acciones de carácter asistencial dirigidas a personas mayores económicamente vulnerables⁹⁵ (Fernández y Comes; 2011) bajo un criterio de focalización. En cambio en la jurisdicción estatal nacional, existen transferencias de ingresos con mayor cobertura, convenios con el sector privado que distribuyen de manera más equitativa la oferta.

Sin embargo, un factor a tener en cuenta es que los ingresos de la jubilación mínima que hoy obtienen las personas mayores en CABA limita la posibilidad de afrontar la canasta básica total si se incluyen los aumentos de precios en los alimentos, remedios, alquileres, y servicios. En este sentido, la mirada asistencial que tienen los servicios de provisión de cuidado en CABA, deja afuera realidades complejas de personas mayores y familiares de clase media que realizan diferentes arreglos organizacionales, ya se mercantilizando los servicios o bien familiarizándolos, profundizando las brechas de desigualdad entre las diferentes realidades.

⁹⁵ En la ponencias de Fernández y Comes (2011) titulada "El adulto mayor: ¿objeto de cuidados o sujeto de derechos? Análisis de la legislación de los Centros Residenciales para adultos mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", se menciona que en la legislación que rige para los Centros Residenciales de adultos mayores estatales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, existe un grado de tensión entre distintos enfoques que abordan las problemáticas de la vejez. Y en concordancia con las recomendaciones promulgadas por los organismos internacionales, las normativas establecen la protección de los derechos a la intimidad y la dignidad de las personas adultas mayores y promueven su integración social, pero a la vez existen condiciones para el ingreso y la permanencia en el centro residencial, donde el adulto mayor debe demostrar su carencia de recursos y esta situación evidencia alejamiento con el enfoque de derechos.

A nivel local, en relación a la cantidad de establecimientos y personas alojadas, se evidencia una predominancia del mercado en relación a la oferta del servicio. Una investigación en hogares geriátricos del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, (Nélida Redondo; 2014) puso de manifiesto que, en la jurisdicción con el envejecimiento demográfico más pronunciado del país, la internación geriátrica de larga estadía es prácticamente la única alternativa disponible para las personas mayores que necesitan algún tipo de cuidado cotidiano y viven en hogares unipersonales, o para las personas que tienen niveles más elevados de dependencia y habitan en hogares en los que todos sus integrantes son también personas mayores. A su vez, el estudio señaló que la internación de largo plazo de las personas de edad dependientes se financia, de manera casi exclusiva, privadamente, con el dinero del propio internado o con el aporte de sus familiares. Los gobiernos locales sólo internan en sus instituciones a personas con problemas sociales, fundamentalmente por falta de vivienda y pobreza. Tal es así, que el Anuario Estadístico de la CABA sólo arroja resultados de la cobertura de geriátricos y no de otro tipo de modalidades en relación al mercado privado.

Con respecto a las casas de día del nivel local se puede identificar un aumento de los hogares ubicados en la ciudad en los últimos años. No obstante, si bien las casas tienen un criterio de admisión amplio, durante el 2016 brindaron servicios sólo al 0.26% de la población adulta mayor de la CABA (AE, 2015). Uno de los problemas que se podría identificar es que las casas no se encuentran en todos los barrios y no resultan accesibles a todas las personas mayores en función de la distancia que puede haber para la mayoría de los hogares hasta el centro más cercano y el déficit de transporte⁹⁶.

⁹⁶ Paura, Arauz, Chorny, García, Miguel y Rubin (28, 29 y 30 de septiembre de 2016). Cartografías del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires. Provisión estatal

Por último, es importante señalar en relación a las diferentes modalidades de provisión de cuidado la escasa producción de información existente. Las difusiones de los servicios locales son escasos y en algunos casos nulos, lo cual dificulta que la persona mayor se pueda interesar por alguna de las prestaciones que se ofrecen.

Para finalizar, en una sociedad envejecida, con un porcentaje alto de mayores que viven solos, la falta de provisión estatal tiene como contrapartida el refuerzo de los niveles de mercantilización y familiarización del cuidado, fortaleciendo las desigualdades existentes.

6. La provisión de cuidado para Personas con Discapacidad. Formas, esferas y actores

Se optó por asignar una mirada específica para la población con discapacidad teniendo en cuenta que la integración social es aún un proceso en construcción y por tal motivo es importante aportar una caracterización especial de esta población que dé cuenta de las necesidades particulares. De modo que un diagnóstico adecuado que dé cuenta de las problemáticas específicas permitiría el desarrollo de políticas más eficaces. Si bien la discapacidad no es excluyente de ningún momento del ciclo vital se registra que más del 70% de las Persona con discapacidad (PCD) es mayor de 65 años, siendo este el grupo de edad más afectado por dos discapacidades y más. Lo cual indica una fuerte asociación entre envejecimiento biológico y discapacidad.

La situación de las personas con discapacidad que habitan la Ciudad de Buenos Aires refleja el momento histórico que atraviesa el país en cuanto a la transición entre los distintos modelos a través de los cuales se ha concebido y tratado la

y desigualdades en tensión. Delimitación analítica y transformaciones situadas, en III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe.

discapacidad. Tradicionalmente ha sido entendida como un problema de salud que atañe solo al individuo y caracterizada o bien como una tragedia que se cierne sobre los individuos o como una bendición, pero siempre a partir de la caracterización del individuo. A su vez se concebía una distribución entre normalidad o completitud y por otro lado desviación de la normalidad o déficit, por tanto el proceso de recuperación de las PCD implicaría el sometimiento a una normalización. De este modo correspondía al individuo adaptarse a las necesidades y demandas de la sociedad, ya que de algún modo se ha corrido de los patrones etiquetados como normales. Las concepciones mencionadas *“excluyen deliberadamente la posición de los propios discapacitados, quienes son considerados sólo en su condición de objetos de intervención profesional y de investigación científica”* (Kippen; 2009). Es así que las PCD son definidas y tratadas como disminuidas, víctimas de una condición que los castiga o bendice y no como sujetos de derechos, por tanto merecerían la tutela de otros que los representen ante la supuesta incapacidad para representarse a sí mismos. Bajo esta concepción las PCD nunca podrían desarrollarse plenamente ni integrarse a la sociedad.

Como producto de la capacidad de acción de las organizaciones de las personas con discapacidad, los debates de expertos y el reconocimiento de los derechos de las PCD dentro de los derechos humanos se sanciona en 2007 en Naciones Unidas la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, adherida por Argentina en el 2008. La Convención trabaja sobre una definición de discapacidad vinculada al acceso desigual a bienes y servicios más que con una deficiencia biológica o adquirida que condena a los individuos. La discapacidad no es una condición dada del individuo de una vez y para siempre, sino que por medio del acceso a tecnologías y apoyos específicos, la transformación actitudinal en la sociedad hacia las PCD y la rehabilitación esa deficiencia puede no ser discapacitante. Es decir que las deficiencias biológicas se consolidan como dificultad u obstáculo permanente en tanto y en cuanto la

sociedad promueve la segregación. En este sentido es fundamental *entender a la discapacidad como una producción social, inscripta en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado* (Rosato; 2009).

La mirada social de la discapacidad sostiene la distinción entre deficiencia y discapacidad. Las deficiencias de la condición de salud pueden convertirse en discapacidad o no y en este proceso es donde tomamos las categorías de obstáculos o facilitadores. Los facilitadores son aquellos que, estando presentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Los obstáculos corresponden a aquellos factores que estando presentes o ausentes limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Pueden ser de carácter arquitectónico, es decir los obstáculos físicos que limitan el acceso o movilización por un espacio determinado. También hay barreras comunicacionales vinculadas a aquellos obstáculos que impiden o dificultan a la persona, el correcto entendimiento con los demás, ya que no se poseen los medios de comunicación adecuados a las necesidades de las personas. A su vez existen actitudes relacionadas con los prejuicios, discriminaciones, puntos de vista, ideas y expectativas que obturan la inclusión de la PCD.

Las barreras sociales y la diversidad funcional producen un círculo vicioso. Para que se desencadene la discapacidad debe estar presente la disfunción en la condición de salud: la discapacidad es la forma de discriminación específicamente dirigida a las personas que tienen, pueden tener o han tenido una diversidad funcional. Esto no significa que la diversidad funcional genera la discapacidad, sino que aquélla es una condición necesaria para que se produzca este tipo de opresión.

6.1. Sobre los principios rectores y las agencias responsables

Si bien hoy la discapacidad es una cuestión de derechos humanos y las PCD son concebidas como sujetos de derechos, la realidad muestra un proceso con avances y retrocesos en este sentido. En muchos casos permanece vigente una mirada normalizadora y segregadora. El análisis de la situación de las PCD en la Ciudad de Buenos Aires muestra la convivencia entre estos distintos modelos. En Argentina el marco normativo nacional reconoce derechos y protege formalmente a las personas con discapacidad; como hemos mencionado la ley N° 26378, sancionada en el año 2008 adhiere a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. De todos modos, predomina en los hechos un importante incumplimiento de la ley (Acuña: 2010). El marco normativo actual es resultante de iniciativas sobre distintos modelos conceptuales que han ido acumulándose en el tiempo y que por tanto presentan inconsistencias entre sí.

La provisión estatal de cuidado para las PCD en la Ciudad de Bs As puede tener origen de nivel nacional o local y es provista a través de distintas agencias que se han mencionado con anterioridad. En primer lugar existe la Comisión Nacional asesora para la integración de personas con discapacidad (CONADIS), la misma depende del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, dependiente de Presidencia de la Nación. El organismo es más bien de carácter normativo; se ocupa de evaluar el cumplimiento de ciertas leyes como la ley de cheques, asesora y propone programas así como también promueve la coordinación de acciones y programas para PCD. Recientemente se anunció el Plan nacional de discapacidad que sería coordinado por este organismo. Hasta donde se pudo relevar, más allá del anuncio en medios de comunicación, no hay información de lineamientos definidos disponibles.

A nivel local, Copidis es la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad y tiene como objetivo primordial la promoción

de los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de la ciudad. A fin de garantizar los principios de la Convención realiza capacitaciones para organismos de distintos niveles al interior del GCBA y con otras instituciones y orientación para el cumplimiento de derechos de las PCD. Entre otras actividades, promueve la orientación para quienes obtienen para el Certificado Único de Discapacidad y produce distintos materiales sobre la temática, entre ellos una guía de usuario para facilitar el acceso a derechos por parte de las pcd. Tiene además una bolsa de trabajo para la selección de los puestos públicos.

La ley de Educación Nacional N° 26206, sancionada en el año 2006, promulga el reconocimiento e igualdad de derechos de las PCD promoviendo la integración educativa. A su vez existen a su vez normativas tanto de nivel local como nacional sobre temáticas específicas tales como; parámetros para la denominación de las pcd, apoyos sobre el empleo, disposiciones sobre accesibilidad, barreras arquitectónicas, barreras comunicacionales, entre otras.

En primer lugar se especifican las características del Certificado Único de Discapacidad, dado que a través de él se focaliza el acceso a numerosas prestaciones.

Certificado Único de discapacidad (CUD).

El Certificado Único de discapacidad (CUD) tiene validez a nivel nacional, pero se tramita en cada jurisdicción. La aprobación del Certificado está sujeta a la decisión de una Junta evaluadora de acuerdo a los criterios establecidos por Ley 25.504 (2001) que ha tenido aplicación desde el año 2009. La Junta es de carácter interdisciplinario y toma la definición de discapacidad a partir de la CIF bajo una concepción biopsicosocial. De este modo, la certificación tiene una validez temporal de entre 5 y 10 años, con parámetros específicos para cada tipo de discapacidad.

A través de certificado se accede a la cobertura del 100% en las prestaciones en medicamentos, prótesis y tratamientos, de acuerdo con el tipo de discapacidad. De acuerdo al registro del SNR, este es el principal motivo para la solicitud del certificado debido que las prepagas y las obras sociales disponen obstáculos para la garantía de las prestaciones o en algunos casos se niegan a efectuarlas.

Tal como sostiene Fara (Acuña; 2010) en su análisis del pasaje del Sistema de Protección Integral al Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral, que otorga la primacía del mercado en la distribución, un fenómeno similar ocurre en relación al CUD. Es decir que se produce una fuerte segmentación en la protección de los derechos; la situación difiere según se trate de personas que puedan sostener un servicio de medicina prepaga, tengan un trabajo formal (afiliadas a la obra social) o de personas que se encuentren en la informalidad o el desempleo.

El Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha adherido tardíamente al convenio con el SNR para la emisión de certificados con un criterio unificado al resto del país en el mes de junio de 2015. Hasta ese momento, la ciudad emitía una certificación propia, actualmente el trámite se puede realizar en los 15 servicios zonales del GCBA.

De acuerdo a la última información disponible del Servicio Nacional de Rehabilitación, en el año 2015 accedieron al CUD 13.461 personas. De las cuales más del 5% tienen entre 0 y 5 años, más del 21% entre 65 y 80 y más del 15% son personas mayores de 80 años. Para 2015, de la población con CUD el 52% posee algún beneficio provisional y casi el 84% tiene cobertura en salud (obra social o prepaga).

Asimismo el CUD habilita el pase gratis en el transporte público nacional de corta, media y larga distancia: trenes, subtes, colectivos y micros así como el estacionamiento libre. A su vez, el certificado es necesario para iniciar los trámites para el acceso a

- Asignaciones familiares de ayuda escolar anual por hijo con discapacidad.
- Asignación familiar por hijo con discapacidad y maternidad down.
- Tarifa social en los servicios públicos.
- Pensión no contributiva.

6.2 Dispositivos y modalidades de provisión

6.2.1 Ingresos

A continuación se detallan las asignaciones familiares, las jubilaciones anticipadas y las pensiones no contributivas para pcd. A excepción de las pensiones por invalidez, que se tramita en el Ministerio de Desarrollo Social, el resto de las prestaciones se tramitan en ANSES. Recientemente numerosos receptores de la pensión por invalidez han quedado sin la prestación debido a la decisión gubernamental de reactivar una cláusula que estaba en desuso. Si bien el Ministerio dio marcha atrás con la medida, al momento no hay información concreta sobre el tema y continúan las denuncias por la baja de la pensión.

Nivel nacional: Régimen de asignaciones familiares

La *asignación familiar por hijo con discapacidad* pueden solicitarla trabajadores registrados o monotributistas. Asimismo pueden percibirla quienes se encuentren protegidos por las siguientes prestaciones: Ley de Riesgos del Trabajo de empresas incorporadas al Sistema Único de Asignaciones Familiares (SUAF), desempleo, jubilación o pensión del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), o de una pensión honorífica de Veteranos de Guerra del Atlántico Sur. No habría tope límite de edad para percibirla así como tampoco

topes mínimos ni máximos de ingresos del grupo familiar. El monto se establecería de acuerdo al rango en que se encuentren los ingresos del grupo familiar.

La *Asignación universal por hijo con discapacidad* es un derecho que les corresponde a los hijos de las personas que están desocupadas, trabajan en la economía informal con ingresos iguales o inferiores al Salario Mínimo, Vital y Móvil, monotributistas sociales, trabajadores del servicio doméstico, trabajadores por temporada en el período de reserva del puesto o perciban alguno de los siguientes programas: Argentina Trabaja, Manos a la Obra, Ellas Hacen, Programa de Trabajo Autogestionado, Jóvenes con Más y mejor Trabajo, Programa Promover la igualdad de Oportunidades y Seguro de Capacitación y Empleo. En el caso de un hijo con discapacidad, el cobro de la asignación es sin límite de edad, y se liquida un monto especial. Para percibirla debe tramitarse previamente la autorización para el pago de asignaciones por hijo con discapacidad emitida por ANSES.

La *Asignación Familiar por Maternidad Down* la pueden cobrar las trabajadoras en relación de dependencia o beneficiarias de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo así como también trabajadoras del servicio doméstico. Cuando la trabajadora se desempeña en más de un empleo, tiene derecho a la percepción de esta Asignación Familiar en cada uno de ellos. Para su tramitación se requiere el Certificado Único de Discapacidad del niño/a recién nacido. La *Ayuda escolar anual por hijo* con discapacidad se trata de un pago anual por escolaridad o rehabilitación para hijo/a con discapacidad. Los criterios para el acceso son los mismos que para la Asignación familiar por hijo con discapacidad.

Nivel nacional: jubilaciones y pensiones

Tanto la *Prestación por edad avanzada por invalidez* (para mayores de 65 años) como el *Retiro por invalidez* son provistas por ANSES. Para ambas es necesario acreditar incapacidad para el trabajo. A diferencia de las Juntas evaluadoras para el CUD, la evaluación de ANSES no contempla la discapacidad desde una mirada integral sino desde una mirada biológica. De este modo, la discapacidad es evaluada por un equipo exclusivamente médico y debe superar el 66% de discapacidad. La *Jubilación Trabajadores Minusválidos* Puede tramitarse a partir de los 45 años de edad para trabajadores en relación de dependencia y los 50 años de edad para trabajadores autónomos. Deben constar 20 años de servicios con aportes, acreditando fehacientemente que durante los últimos 10 años anteriores al cese o a la solicitud de la prestación, prestaron servicios en estado de disminución física mayor al 33%. La *Jubilación para Trabajadores con Ceguera Congénita* puede tramitarse a partir de los 20 años de servicios con aportes o 45 años de edad. Si cumple con el requisito de edad, no debe requerirse la totalidad del otro requisito, pero para tener derecho a esta prestación deberá acreditar servicios con aportes. La *Pensión no contributiva por invalidez* se encuentra focalizada a partir de la demostración de vulnerabilidad social. Al ser de carácter no contributivo no requiere haber realizado aportes. Debe presentarse un grado de discapacidad del 76% o más que inhabilite el cumplimiento de tareas laborales. Está destinada a aquellas personas no amparadas por un régimen de previsión social, carentes de recursos y/o familiares directos que puedan asistirlo.

A nivel de la Ciudad de Buenos Aires, a través de la Copidis existe un programa de *Becas de estudio y capacitación laboral* para promover el acceso a carreras universitarias, profesorados, tecnicaturas y otros estudios de grado. Consiste en un estímulo mensual que se renueva anualmente y requiere el CUD vigente para su obtención.

6.2.2. Servicios y bienes

A continuación se detalla la provisión de servicios y bienes. En primer lugar se detalla el acceso a la *cobertura de salud* (PAMI/ Incluir salud). Luego se enumeran los *Facilitadores para la integración educativa* que coexisten con las escuelas de modalidad especial, todos bajo la órbita del Ministerio de Educación del GCBA. Aquí se menciona el debate entre educación especial e integración educativa.

Entre los *facilitadores técnicos para la autonomía y la integración social* se encuentran los bancos ortopédicos y apoyos económicos para la garantía de elementos necesarios como bastones, audífonos, etc. Existen asimismo ofertas de deportes adaptados, así como también talleres de arte. Luego se detallan los *Facilitadores para la integración laboral* promovidos en gran parte por el Ministerio de Trabajo y la Copidis y por último aquellos dispositivos para la *Institucionalización* de las pcd. Para la mayor parte de estas acciones el acceso se obtiene con la vigencia del CUD como requisito fundamental, a la vez que cada una de estas instancias implica la realización de un camino crítico propio con el despliegue de una batería de trámites específicos.

Cobertura de salud

Casi el 70% de las PCD manifiesta que necesita estimulación, control, tratamiento y rehabilitación, la mayor parte son mujeres mayores de 65 años. Más del 23% no recibe el tratamiento que necesita, es decir que se trata de una demanda insatisfecha. Entre quienes si reciben tratamiento, la mayor parte lo resuelve a través de la obra social o PAMI, mientras que el 9% se atiende en el hospital público. Por último, casi el 15% solventa los tratamientos en base al presupuesto familiar. Entre quienes no reciben tratamiento, la mayor parte señala que la obra social o la prepaga no dan respuestas, mientras que más del 14% alude a una falta de respuesta de parte del sistema público de salud. Por último es importante tener en cuenta que más del 10% indica que no puede

hacer frente a los gastos del tratamiento de manera privada y cerca del 12% no sabe que tramites tiene que hacer.

La cobertura de *Pami* corresponde a quienes son beneficiarios de jubilaciones anticipadas y retiros por invalidez. También pueden acceder a PAMI quienes sean afiliados y tengan a cargo un nieto con discapacidad, mayor de edad y sin cobertura de salud. Al *Programa Federal Incluir Salud (ex-Pro.Fe)* pueden acceder quienes tienen la pensión No Contributiva y no cuentan con otra cobertura médica. Ambas prestaciones están disponibles para quienes cobran las pensiones por discapacidad. Tanto Pami como Incluir Salud estarían obligados por el CUD a brindar todas las prestaciones necesarias para cada tipo de discapacidad declarada.

El sistema público de salud es accesible para todo aquel que transite la ciudad, resuelven a través de esta vía su situación de salud especialmente quienes no tienen obra social o medicina prepaga. Tanto por los hospitales generales como los especializados dependen del Ministerio de Salud del GCBA, las personas con discapacidad concentran la atención el Instituto de rehabilitación psicofísica (IREP) y el Hospital de Rehabilitación Rocca así como también los hospitales especializados en salud mental.

Facilitadores para la integración educativa

El acceso a la educación es sustantivo para la autonomía al menos en dos sentidos; como promotor de la integración a través de la formación y como herramienta para la inserción laboral. Las nuevas significaciones del concepto de discapacidad, tanto en el imaginario social como en el ámbito educativo, fundamentado en el derecho, calidad de vida, autonomía, integración e inclusión de las PCD se encuentran en continua tensión con las antiguas concepciones médico asistencialistas. La educación inclusiva debe garantizar el derecho de pertenencia a una comunidad, dar respuesta a las necesidades de cada alumno desde una visión de diversidad. Implica romper con los modelos

homogeneizadores educativos para dar lugar a una visión mucho más amplia, que ponga en valor la diversidad humana. Tal como sostiene Haydee Muslera (2008), *la escuela inclusiva es un concepto mucho más amplio que el de integración, implica que todos los niños aprendan juntos en comunidad, independientemente de sus características personales, sociales o culturales, incluso aquellos con discapacidad.*

En la Ciudad de Bs As, la integración educativa debería garantizarse en todas las escuelas, sin embargo el proceso de desarrolla con dificultades y suele estar más ligado a la voluntad (o falta de) de quienes intermedian con la familias y los estudiantes.

Más del 32% de la población con discapacidad de 3 años o más que asiste a educación común necesita apoyos para la integración educativa. De los cuales casi el 85% recibe apoyos, sostenidos en su mayor parte por la obra social o el presupuesto familiar. Asimismo cerca de un cuarto de los apoyos es tramitado a través de la escuela pública. Se desconocen los motivos por los cuales el 15% no recibe los apoyos que necesita para la integración educativa.

En la actualidad coexisten escuelas especiales y distintas modalidades de apoyo a la integración educativa; la Dirección de Educación Especial gestiona las políticas públicas de atención de niños, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad permanente o transitoria, dificultades de aprendizaje, trastornos emocionales severos y situación de enfermedad tanto en la esfera de las escuelas de su dependencia como en la integración escolar en escuelas de educación común en los niveles educativos inicial, primario, medio, y superior, en todas sus modalidades (técnica, artística, formación docente, adultos).

La Dirección de Educación Especial realiza estas acciones a través de

1. Supervisiones de Educación Especial,
2. Escuelas de Educación Especial,

3. Escuelas de Educación Especial y Formación Laboral,
4. Escuelas de Recuperación,
5. Centros Educativos de Recursos Interdisciplinarios,
6. Centros Educativos para Niños con Trastornos Emocionales Severos (CENTES),
7. una Escuela para Discapacitados Motores,
8. Escuelas Hospitalarias,
9. Escuelas Domiciliarias,
- 10.un Proyecto de Maestros de Apoyo Psicológico (MAP),
- 11.un Proyecto de Intérpretes de Lengua de Señas (ILSA),
- 12.un Programa de Asistentes Celadores para Discapacitados Motores (ACDM),
- 13.Gabinetes Centrales,
- 14.Centros Educativos para la Prevención y Atención de la Primera Infancia (CEPAPI),
- 15.un Proyecto de Inclusión en Escuelas Medias,
- 16.dos Proyectos de Inclusión en Escuelas Técnicas,
- 17.un Proyecto de Inglés (Inglés en Acción), y
- 18.un Taller de Lenguaje.
- 19.una Red de Atención Temprana.

Dentro del Escalafón A existen dos modalidades de escuelas; domiciliarias y hospitalarias. Las *Escuelas Domiciliarias* brindan atención educativa en domicilios particulares, hospitales, hoteles, pensiones y hogares en los niveles inicial, primario y medio, a alumnos/as que se encuentren, por razones de salud, temporal o permanentemente imposibilitados/as de acceder en forma regular a establecimientos educativos, cualquiera sea su modalidad (común, especial u otras). Asimismo, estas escuelas prestan servicios de atención de la primera infancia. Las *Escuelas Hospitalarias* brindan atención educativa en los niveles inicial y primario a niños/as y adolescentes que se encuentren internados/as por más de 15 días en los Hospitales Dr. Ricardo Gutiérrez, Dr. Juan Garrahan o

Dr. Pedro Elizalde; o que reciban atención de salud en forma ambulatoria en dichos establecimientos. Asimismo, estas escuelas prestan servicios de atención de la primera infancia y realizan talleres para adolescentes internados o que reciben tratamiento ambulatorio.

El Escalafón B comprende 16 *Escuelas de Recuperación*, 5 *CERI* 's, 2 *CENTES* y una *Escuela de Discapacitados Motores*. Las escuelas de recuperación tienen matrícula de nivel primario pero realizan apoyos en los niveles inicial, primario y medio. Tanto los *CENTES* como la *Escuela de Discapacitados Motores* cuentan además con matrícula de nivel inicial. Las escuelas de Recuperación están dirigidas a niños de entre los 6 y 14 años que presentan dificultades en el proceso de aprendizaje y requieren de una flexibilidad en la enseñanza. Por otra parte, estas escuelas coordinan a los/as *Maestros/as de Apoyo Pedagógico* que desarrollan acciones en las escuelas comunes de nivel primario, principalmente, y de nivel inicial, en los distritos escolares correspondientes a cada escuela de recuperación. Asimismo, disponen de *Maestros/as de Apoyo a la Integración* que desarrollan configuraciones de apoyo en escuelas de distintas modalidades de nivel primario y medio. Los *Centros Educativos de Recursos Interdisciplinarios (CERI)* coordinan a *Maestros/as de Apoyo Pedagógico* que brindan atención prioritariamente en escuelas comunes de nivel primario, y también de nivel inicial, que se encuentran en los distritos escolares 7°, 11°, 13°, 15° y 19°. También cuentan con *Maestros/as de Apoyo a la Integración* que desarrollan configuraciones de apoyo en escuelas de distintas modalidades y niveles. Los *Centros Educativos para la Atención de Alumnos con Trastornos Emocionales Severos (CENTES)* atienden a niños y adolescentes, que se encuentren en los niveles inicial o primario, y talleres para adolescentes. Si bien los tiempos de permanencia en la institución, se establecen de acuerdo con las características y posibilidades de adaptación a la dinámica escolar de cada alumno, en algunas ocasiones la permanencia se prolonga más allá del tiempo necesario.

Por último, la escuela de Discapacitados Motores N° 1 está destinada a alumnos con discapacidad motora con compromiso intelectual de entre los 6 y los 14 años.

El escalafón C comprende 26 Escuelas de Educación Especial para alumnos con distintas discapacidades (intelectual, visual, auditiva, neuro-motora, multidiscapacidad, severos trastornos de la personalidad. Abarcan los niveles iniciales, primario y formación laboral (o post-primario). Las *Escuelas de Educación Especial* brindan atención educativa de nivel inicial y primario a niños/as y adolescentes con discapacidades sensoriales -visuales (ceguera, disminución visual) o auditivas (sordera, hipoacusia)- motoras o intelectuales y con edades comprendidas entre los 45 días y los 15 años. En los casos de las discapacidades sensoriales (ceguera, disminución visual, sordera e hipoacusia), también se brinda atención educativa de nivel primario para jóvenes y adultos sin límite de edad. Asimismo, las escuelas de educación especial prestan formación laboral desde la perspectiva de la educación integral para adolescentes, jóvenes y adultos/as de 14 a 30 años, contando con recorridos educativos que involucran distintas disciplinas o especialidades: arte, gastronomía, informática, construcciones, entre otras. En el caso de las discapacidades sensoriales la formación laboral con educación integral no tiene límite de edad. Por otra parte, estas escuelas cuentan con equipos interdisciplinarios de integración escolar, formados por Maestros/as de Apoyo a la Integración, que organizan diversas configuraciones de apoyo para niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos/as con discapacidad que transitan sus trayectoria escolares en establecimientos de todos los niveles y modalidades. Asimismo existen escuelas por tipo de discapacidad: Intelectual o Cognitiva, Trastornos de la Personalidad, Gabinete Materno Infantil, Motora y Discapacidad Múltiple, Visual, Auditiva.

En Orientación educativa se cuenta con equipos de profesionales que ofrecen asesoramiento y apoyo para la derivación e inclusión de niños/as y/o adolescentes a la institución educativa más adecuada a sus posibilidades.

Asimismo asesoran a docentes tanto de educación especial como de educación común para orientarlos en su tarea con los alumnos. Los Gabinetes Centrales son conformados por equipos interdisciplinarios y tienen como tarea orientar, a través de diagnósticos psico-educativos, la trayectoria escolar de niños/as, y jóvenes con discapacidad, o algún tipo de restricción conductual o cognitiva. Los *Centros Educativos para la Prevención y Atención a la Primera Infancia (CEPAPI)* tienen por objetivo detectar y atender a niños/as de 0 a 5 años con discapacidad o alguna restricción motora, sensorial, conductual o cognitiva en sectores poblacionales en situación de riesgo socio ambiental que requieren de apoyos específicos para su inserción o reinserción en el sistema educativo. El *Equipo de Contención Docente* está conformado por profesionales, psicólogos de la Dirección que atienden las demandas de docentes en escuelas que atraviesan situaciones conflictivas y de crisis. Este servicio fue creado para las Escuelas de Educación Especial y fue extendido en diversas ocasiones a otras escuelas que lo han solicitado.

Los dispositivos de integración escolar comprenden las siguientes configuraciones de apoyo; Maestro/a de Apoyo Pedagógico, Maestro/a de Apoyo a la Integración, Maestro/a de Apoyo Psicológico (MAP), Maestro/a Psicólogo/a Orientador/a (MPO), Asistentes Celadores para Discapacitados Motores (ACDM), Intérpretes de Lengua de Señas Argentinas (ILSA), Servicio de Inclusión en Escuelas de Nivel Medio. Dichas modalidades acompañan los procesos educativos de aquellos estudiantes que necesitan apoyos en el proceso de integración educativa.

La integración en las escuelas comunes es un proceso en construcción, que adquiere características diversas debido a las distintas instancias de decisión y en muchos casos a las características personales de directores, inspectores, responsables de los distritos. Por otra parte la convivencia entre los docentes de escuelas *comunes* y los apoyos a la integración puede traer dificultades. La

resistencia o potencialidad que presente la escuela hacia la integración queda supeditada a voluntades individuales.

A su vez las escuelas especiales son criticadas por algunas perspectivas en tanto conforman espacios segregados, al mismo tiempo que cuentan con personal formado específicamente para el acompañamiento a personas con discapacidad. Por otro lado, la titulación de la escuela especial no tiene validez para el ingreso al nivel superior lo que imposibilita la continuidad educativa de los estudiantes. Facilitadores técnicos para la autonomía y la integración social

El 39 % de la población con discapacidad necesita ayudas técnicas, entre los cuales más de un 10% no obtiene la ayuda que necesita. La mayor parte de quienes necesitan ayuda son mujeres mayores de 65 años. De los que reciben más de 23% lo hace a través de PAMI mientras que más del 44% sostiene la ayuda técnica en base al presupuesto familiar, lo que indica una alta carga sobre las familias. En la mayor parte de los casos los dispositivos utilizados son bastones, muletas, trípode, andador así como también audífonos y sillas de ruedas. En mucho menor medida se requiere el uso de Prótesis u ortésis, bastón blanco o verde, prótesis ocular, implante coclear o programas informáticos adaptados

En el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación existe una ayuda económica *Ayudas técnicas para personas con discapacidad* destinada a personas con discapacidad que no posean cobertura social (a excepción de quienes cuenten con INCLUIR SALUD o PAMI por tener una pensión no contributiva). Está orientado a la compra de equipos ortesis y prótesis, almohadones anti escaras, colchones anti decúbito, bastones, muletas, trípodes, bipedestadores, andadores de marcha, sillas de ruedas, grúas, silla y camilla para baño, duchador, ayudas ópticas y electro ópticas, máquinas para escribir en Braille, grabadoras de sonido, dispositivos periféricos, ayudas para la audición,

audífonos, sintetizadores de voz y cualquier otro elemento previa justificación de necesidad.

Un programa similar existe en el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, específicamente en la Dirección de Atención Social Inmediata y se ocupa de proveer de elementos ortopédicos en concepto de donación o préstamo a personas sin recursos económicos con discapacidad transitoria o permanente. El *Banco de Elementos Ortopédicos* está destinado a personas con discapacidad que no cuenten tanto ellas como las personas de quienes dependen, con los medios económicos necesarios para solventar la compra o alquiler de elementos ortopédicos. La prestación que brinda el Programa consiste en la entrega de elementos ortopédicos en concepto de donación o préstamo de los siguientes elementos: sillas de ruedas, bastones, bastones canadienses, andadores, muletas, anteojos, cama ortopédica, valvas, audífonos.

Dentro del Ministerio de desarrollo social existen numerosas acciones orientadas a promover la autonomía y la integración social. *La Editora Nacional Braille y Libro Parlante* es un servicio de adaptación de materiales educativos y recreativos que funciona con dos bibliotecas: la Juan Baquero, con 4000 libros en braille y Libro Parlante con 1500 audiolibros. Además realizan la traducción de materiales didácticos y textos escolares a pedido. Asimismo la *Escuela de Iniciación Deportiva para Personas con Discapacidad* Es un espacio de aprendizaje y esparcimiento donde se practican diferentes actividades lúdicorecreativas y deportivas perteneciente al Servicio Nacional de Rehabilitación.

El *Programa Naveguemos Juntos* es un curso de navegación a vela adaptada para personas con discapacidad de la Armada Argentina. Los objetivos del Programa son Promover la navegación a vela como actividad educativa y recreativa, mejorar la aptitud psíquica y física, fomentar el trabajo en equipo y contribuir a la socialización a través del deporte náutico. Asimismo existe el

programa de *Turismo accesible*, que se desarrolla en conjunto entre el Servicio Nacional de Rehabilitación y el Ministerio de Turismo de la Nación que desde la firma de un Convenio de Cooperación Técnica han llevado adelante diversas acciones concretas con el propósito de que las personas con discapacidad puedan acceder a alojamientos turísticos que tengan adecuados estándares de calidad considerando el confort, el bienestar, la seguridad y la accesibilidad. El objetivo principal del programa es fomentar la inclusión plena de las personas con discapacidad en los distintos ámbitos turísticos. Desarrolla un registro de servicios y alojamientos accesibles. Por último, el SNR ofrece *Actividades deportivas y recreativas* a través del Departamento de Recreación y Deportes con la realización de diferentes programas adaptados a las posibilidades psicofísicas. Existen talleres artísticos como deportes adaptados.

Facilitadores para la integración laboral

La posibilidad de insertarse en trabajos profesionales y en mejores condiciones laborales contribuiría a romper el círculo vicioso existente entre discapacidad y pobreza. Eduardo Joly (2008) sostiene que lo que mejor caracteriza a las PCD es su condición de desempleados crónicos. Podría decirse que constituye su *enfermedad* en común, al margen de las limitaciones discapacitantes que tengan los individuos. A continuación se detallan los apoyos a la integración laboral que existen.

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEYSS) cuenta con una red de apoyos para la inserción laboral de las pcd. En primer lugar se cuenta con un *sistema de búsquedas y registro de postulantes con discapacidad*, el mismo dispositivo lo ofrece la Copidis. A su vez prestan apoyo en la adaptación del puesto del trabajo para las pcd así como distintos modelos de capacitación y programas de formación específica. Al igual que Copidis desarrollan instancias de concientización y replicación de modelos de buenas prácticas en distintas áreas de trabajo públicas y privadas. A su vez existen programas de apoyo al

desarrollo y formalización de emprendimientos productivos y el fortalecimiento de entramados y redes asociativas locales. A través del *Programa de Empleo Independiente* se otorga un subsidio no reembolsable como capital inicial que puede destinarse a herramientas, maquinarias, insumos, habilitaciones, instalaciones de electricidad o gas.

El MTEYSS otorga una suma mensual no remunerativa a los trabajadores con discapacidad que se desempeñen en los *Talleres Protegidos* y una asistencia económica a los talleres para desarrollar acciones y facilitar la inserción laboral. Los talleres protegidos son manufactureras dentro de la economía social, pero que no se orientan por el lucro exclusivamente sino que actúan como espacio de inserción laboral para pcd.

Facilitadores para barreras arquitectónicas

Las barreras arquitectónicas representan la dificultad más visible para la discapacidad, son un obstáculo fundamental para la autonomía. Más aun teniendo en cuenta la gran cantidad de discapacitados visuales y motores que habitan la ciudad. A continuación se mencionan las distintas acciones en favor de la movilidad a través de la ciudad.

Las pcd pueden acceder a la compra de vehículos Okm eximiéndolos del pago de impuestos para nacionales o importados. Esta franquicia no se aplica para vehículos usados y se concede únicamente para uso personal del beneficiario. Existe también la posibilidad de obtener un *pase libre en los peajes* para ingresar a la Ciudad para vehículos que trasladan personas con discapacidad. Por último se puede tramitar el Símbolo de acceso vehicular para personas con discapacidad con libre acceso para el estacionamiento. Para todos estos beneficios es necesario tener vigente el CUD.

Institucionalización

Los *Hogares para personas con necesidades especiales* están destinados a personas con discapacidad entre 18 y 58 años y padre o madre sola o sola con niños con discapacidad. Brindan alojamiento transitorio en modalidad de Hogar

de 24 hs. a personas con necesidades especiales. La prestación se extiende por 6 meses, renovables según evaluación de la coordinación con tope de 24 meses. Se trata de cinco establecimientos que son de carácter privado y que tienen convenio con el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. La información de acceso a los mismos no es muy clara y pareciera que parte de los hogares no se encuentran en la CABA.

6.3 Consideraciones sobre la provisión de cuidado en PCD

7. Sobre quienes cuidan: trabajo de cuidado remunerado y no remunerado.

Género, tiempo y condiciones de trabajo

El reconocimiento del cuidado como un trabajo que se da en el marco de relaciones que son específicas, entre quienes cuidan y las personas a cuidar, ha ido ganando terreno en los últimos años a partir de la movilización de esta agenda por parte de diversos actores.

Ahora bien, el hecho de reconocer esta cuestión requiere considerar diferentes aristas que se ponen en juego desde esta dimensión: tiempo, afectividad, tensiones, derechos de los cuidadores y cuidadoras, profesionalización, entre otras. Estos aspectos pueden considerarse, en gran medida, de manera general, ya que presentan ciertos rasgos comunes a todas las relaciones de cuidado. Sin embargo, pueden adquirir algunas particularidades según se trate de cada una de las poblaciones bajo estudio.

En relación con la primera infancia, como ya se ha señalado, surge fuertemente la idea de familiarización del cuidado y las políticas promovidas principalmente a partir de las licencias por maternidad-paternidad y familiares. Estas licencias, a través de las cuales el Estado otorga tiempo a las familias -pero especialmente a las madres- para cuidar durante los primeros meses de vida de niños y niñas,

se establecen a partir de la regulación del mercado de trabajo. Las licencias se fijan principalmente por el gobierno nacional (empleo público y privado) pero también por el gobierno local que regula el empleo público de los distintos poderes de gobierno de la CABA.

La Ley Nacional de Contrato de Trabajo establece la licencia por maternidad, permisos de lactancia, licencia por paternidad, período de excedencia y licencias parentales.⁹⁷ En todos los casos es un piso mínimo, que otras normativas por sector de actividad mantienen o amplían. Según la Ley de Contrato de Trabajo la licencia por maternidad es de 90 días⁹⁸ mientras que por paternidad corresponden solo 2 días de licencia. Esta diferencia da cuenta de la asociación de la mujer a las tareas de cuidado de niños y niñas, lo que reproduce desigualdades basadas en el género, condicionando su inserción en el mercado de trabajo. Luego de esta licencia, la ley habilita a las madres a tener dos descansos de media hora diarios para la lactancia, durante un año a partir del nacimiento⁹⁹. Esta ley no contempla licencia por enfermedad de algunos de los integrantes de la familia.¹⁰⁰

⁹⁷ La Ley de Contrato de Trabajo no establece licencias por adopción. Tampoco lo hacen la Ley sobre Trabajadoras de Casas Particulares y la Ley de Trabajo Agrario.

⁹⁸ Se computan 45 días antes a la fecha de parto y 45 días después que se pueden modificar por la trabajadora. Las mujeres reciben una asignación familiar financiada por ANSES -equivalente al sueldo- no remunerativa que no se computa para el cálculo de antigüedad ni jubilación. Tal como señalan Aulicino, Cano, Díaz Langou, Tedeschi (2013) la ley no especifica licencias para casos de partos múltiples.

⁹⁹ Como el tiempo dedicado a la lactancia es considerado parte de la jornada laboral es remunerado. Esta medida se cumple en tanto haya un espacio de cuidado cercano que facilite a la madre llegar. Por lo cual la tendencia es la disminución horaria de la jornada de trabajo. (Aulicino, Cano, Díaz Langou, Tedeschi, 2013).

¹⁰⁰ La Ley de Contrato de Trabajo prevé que las empresas con cincuenta o más mujeres empleadas deben tener servicios de cuidado en el espacio de trabajo. La ley no fue reglamentada pero en la actualidad hubo algunos reclamos judiciales para se pueda reglamentar. A partir de un amparo presentado en 2016 el Ministerio Público consideró inconstitucional la omisión del Estado nacional al no reglamentar el artículo que prevé estos servicios. Sin embargo en febrero de este año los camaristas revocaron un fallo de primera instancia. Esto demuestra que en la práctica las empresas no brindan estos espacios por la falta de reglamentación de este artículo. En algunos casos como en el

Algunos informes subrayan la inadecuación de la ley nacional a la normativa y recomendaciones internacionales que establecen la responsabilidad de varones y mujeres en la conciliación entre trabajo y familia (Protocolo Facultativo de la CEDAW, PIDESC, Protocolo de San Salvador, Consenso de Quito, Consenso de Brasilia, Consenso de Santo Domingo). Por ejemplo, el Convenio N° 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), al que Argentina suscribió parcialmente, establece un piso mínimo por licencia de maternidad de 98 días (Díaz Langou, Florito, 2016).¹⁰¹ Más allá de la inadecuación de la normativa a las recomendaciones internacionales, la ley alcanza sólo a los trabajadores y trabajadoras formales en relación de dependencia, por lo tanto hay una gran cantidad de trabajadores y trabajadoras informales o monotributistas que no acceden a este derecho en Argentina.

Si se observan otras regulaciones del empleo como estatutos o convenios colectivos de trabajo del sector público o privado¹¹⁶ se evidencia una heterogeneidad de situaciones alrededor de la duración de estas licencias, excedencias o permisos. Las principales diferencias se dan entre el sector privado y público y dentro de este último según se trata del poder ejecutivo, legislativo, judicial, o del Ministerio Público de la Defensa (Aulicino, Cano, Díaz Langou, Tedeschi, 2013).

sector nacional, los empleados en relación de dependencia acceden a una determinada cantidad de dinero para que las familias pueden destinarlo al pago de una guardería.

¹⁰¹ Actualmente existen proyectos de ley para la modificación de las licencias que no han trascendido a otras instancias legislativas (Aulicino, Cano, Díaz Langou, Tedeschi, 2013). ¹¹⁶ Un análisis comparativo de convenios colectivos de trabajo en el sector privado en ramas de actividad de mayor feminización se puede encontrar en Laya (2015).

Disponible en <http://elcuidadoenagenda.org.ar/wp-content/uploads/2016/01/DT-5Convenios-Colectivos-Sector-Privado-Ana-Laya.pdf> ¹¹⁷ Decreto 214/2006. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000114999/114315/texact.htm>

Por ejemplo, el Convenio Colectivo de Trabajo que regula el empleo en la Administración Pública Nacional establece una licencia por maternidad de 100 días (también en caso de adopción) y se suman 10 días corridos¹¹⁷ en caso de nacimientos múltiples. Además las trabajadoras estatales gozan de dos descansos de una hora diaria hasta los 12 meses, con la opción de reducir la jornada laboral en 2 horas. Para los padres no se especifica régimen de licencia. A su vez, este convenio establece 20 días corridos por enfermedad de un miembro familiar, con prórroga hasta los 90 días.

Por su parte, los sectores público y privado de las jurisdicciones subnacionales parten del piso que establece la Ley Nacional de Contrato de Trabajo y establecen regímenes especiales.^{102 103} En la CABA, las licencias por maternidad varían entre 90 y 115 días, a excepción de las licencias para mujeres madres docentes que tienen 165 días¹⁰⁴. Para los varones hay licencias de 5, 10 (régimen docente) a 30 días (Poder Judicial y Ministerio Público de Defensa).

En suma, los trabajadores y trabajadoras que habitan en la CABA pueden acceder a licencias que dependen del poder de negociación de los gremios organizados por rama de actividad y/o del poder de gobierno (ejecutivo, legislativo o judicial). No obstante, los trabajadores y trabajadoras no

¹⁰² Un análisis comparativo de licencias en actividades de alto índice de feminización muestran que el piso mínimo de la Ley de Contrato de Trabajo no ha sido superada muy significativamente (Laya, 2015).

¹⁰³ En el estudio de Rodríguez Enríquez y Pautassi (2014) se entrevista a empresas en las que se identificó una tendencia hacia el reconocimiento de beneficios vinculados con las licencias de maternidad y paternidad. Si bien amplían el patrón establecido en la Ley de Contrato de Trabajo, también reflejan y refuerzan la desigual distribución de las tareas de cuidado al interior de las familias. Además estas prácticas están presentes en un segmento de empresas y dentro de estas se aplican a determinados trabajadores: aquellos con contrato estable, con un mínimo de antigüedad o que se desempeñan en determinadas tareas. No se aplican para quienes desempeñan tareas tercerizadas o contratos temporales.

¹⁰⁴ En caso de adopción las empleadas públicas tienen 90 días si el adoptado es menor de 12 años y las docentes tienen 120 días.

registrados que ascienden a 16,5% en la CABA (Dirección de Estadísticas y Censos, 2017) no acceden a este derecho.

Más allá de estos tiempos regulados por las licencias parentales, especialmente durante los primeros meses de vida de los niños/as, la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar posterior se resuelve dentro de las familias, o bien a través del acceso a servicios de cuidado (jardines, guarderías, CPIs, etc.) o de la contratación de trabajo remunerado en el hogar. Es el caso de las familias que contratan personal doméstico para el desarrollo de tareas de cuidado de niños/as, ya sea de manera exclusiva o combinadas con el desarrollo de otras tareas domésticas.

Diversas encuestas y estudios han demostrado cómo se distribuye el cuidado dentro de los hogares y, en particular, cómo las mujeres de la familia son las que dedican más tiempo al cuidado de niños y niñas. Tanto la encuesta del uso del tiempo de la CABA realizada en 2005, como la encuesta de trabajo no remunerado realizada por el INDEC en 2014 y algunos datos de la ENAPROSS muestran esta situación.

En 2005, los resultados de la encuesta del uso del tiempo de CABA mostraban que el 60% del cuidado era provisto exclusivamente por las madres y un 20% por los padres. Según quintiles de ingresos, las madres provenientes de hogares más pobres dedican mayor tiempo al cuidado. De acuerdo con Esquivel (2009), la mayor presencia de niños/as en los hogares de los quintiles más bajos y probablemente las menores posibilidades de acceso a servicios de cuidado públicos o privados, refuerzan las diferencias de género y clase en la distribución de estas cargas (Esquivel, 2009: 90).

En el mismo sentido, el estudio ya citado realizado en 2017 por el CESBA, basado en una encuesta de "Uso del tiempo: trabajo no remunerado y economía del cuidado", indica que las tareas del hogar ocupan un 30% más de tiempo en el Sur de la CABA que en el Norte. En barrios como Villa Soldati, Villa Lugano,

La Boca o Nueva Pompeya, entre otros, la gente necesita un 33% más de tiempo para realizar ese tipo de actividades que en otros sectores de la ciudad como Recoleta, Belgrano, Palermo o Saavedra.¹⁰⁵

Datos más actualizados sobre uso del tiempo en la CABA¹⁰⁶ muestran esta misma tendencia en relación con la sobrecarga de mujeres. En general, por cada hora que dedica diariamente el varón a diversas actividades domésticas no remuneradas, la mujer destina 2,15, es decir, más del doble. Pero si introducimos en este escenario la presencia de un hijo/a en el núcleo familiar, la carga horaria aumenta notablemente. Sin embargo, lo hace de forma diferenciada. La carga horaria de la mujer dedicada al trabajo doméstico no remunerado aumenta en un 114%, mientras que en el varón lo hace en un 72%.

| Horas promedio dedicadas al trabajo doméstico no remunerado según sexo y presencia de menores de 6 años en el hogar | | | | | |
|---|-------|-------------------|-------|-----------------|-------|
| | | 1 menor de 6 años | | 2 menores y más | |
| Sin menores de 6 años | | | | | |
| Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer |
| 2,9 | 4,1 | 5,0 | 8,8 | 4,1 | 8,2 |

Fuente: Encuesta Uso del Tiempo, INDEC, 2013.¹⁰⁷

Como hemos señalado, según ENAPROSS 2015, un 50% de los niños/as de 45 días a 4 años que no asisten a una guardería o centro de desarrollo infantil son

¹⁰⁵ Fuente: <http://www.lanacion.com.ar/2054898-en-el-sur-las-tareas-del-hogarocupan-un-30-mas-de-tiempo-que-en-el-norte>

¹⁰⁶ Ver http://www.indec.mecon.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf

¹⁰⁷ Nota metodológica del doc. de indec: Para el presente estudio, el trabajo doméstico comprende los quehaceres domésticos (limpieza de casa, aseo y arreglo de ropa; preparación y cocción de alimentos, compras para el hogar; reparación y mantenimiento de bienes de uso doméstico) y las actividades de cuidado de niños, enfermos o adultos mayores miembros del hogar. Asimismo, incluye las actividades dedicadas al apoyo escolar y/o de aprendizaje a miembros del hogar.

cuidados de 7 a 19 horas exclusivamente por la madre dentro del hogar mientras que un 24% son cuidados por ambos padres en el hogar o por integrantes del hogar. Sólo el 4% de los niños/as son cuidados de manera exclusiva por personas que no son miembros del hogar de una manera no remunerada y solo 1,1% únicamente por una persona contratada.

Tal como hemos señalado en relación con los CPI (CIPPEC, 2016), las entrevistas a las madres y los padres muestran que el hecho de que sus hijos concurren al establecimiento posibilitó la redistribución del tiempo al interior del hogar familiar (tareas del hogar y personales) y que 57% de los padres modificó su situación laboral.

Una dimensión clave que se abre al considerar el trabajo de cuidado remunerado es la de las condiciones de trabajo y la capacitación de las personas que cuidan. Por ejemplo, en el caso de los CPI, si bien se cuenta con profesionales de distintas áreas y cada organización puede agregar más personal dependiendo de las necesidades, los auxiliares de sala no tienen formación específica¹⁰⁸. Además según varios informes y estudios (Ministerio Público Tutelar 2011; ELA, 2014; Gruszka, 2015, CIPPEC, 2016) las condiciones de trabajo son preocupantes. Se detectó baja profesionalización del personal, falta de controles adecuados, precarización, baja remuneración¹⁰⁹, falta de personal¹¹⁰ y alta rotación de los docentes. Asimismo se señala la baja coordinación entre CPI y con otros centros (CeDIs, CAFs) y con el sistema educativo.

¹⁰⁸ Los maestros/as deben contar con título de nivel inicial pero para los auxiliares no se exige título.

¹⁰⁹ El personal de estos espacios es contratado bajo un régimen de monotributo. En la práctica no tienen dependencia laboral con el estado local y no se aplica para ellos el estatuto docente. Asimismo perciben honorarios más bajos que los docentes de nivel inicial. En algunos casos están afiliados a UTEDYC, un gremio que ha tenido baja incidencia en las políticas de este sector.

¹¹⁰ El informe de CIPPEC señaló la cantidad excesiva cantidad de niños/as por sala. Se estima que en 2015 había 1209 trabajadores/as para 7.443 niños.

En el caso del cuidado de Personas Mayores y en relación con el tiempo, a nivel nacional, se pueden encontrar licencias establecidas por convenios especiales solo en el caso de familiares enfermos. La Ley de Contrato de Trabajo no contempla esta situación, ni tampoco cuando se tiene una persona mayor dependiente a cargo.

Para los empleados/as públicos nacionales, por convenio colectivo de trabajo, se fijan 20 días corridos por enfermedad de un miembro familiar, con prórroga hasta los 90 días (CIPPEC, 2013). Para los empleados/as públicos provinciales que viven en la CABA la ley 471 fija una licencia por atención de familiar enfermo de 15 días (CIPPEC, 2013). En el caso del estatuto del docente (Ordenanza 40593 y decretos reglamentarios) se fija una licencia por familiar enfermo de 30 días.

En cuanto al rol de las familias, la Encuesta de Trabajo no Remunerado y Uso del Tiempo (INDEC, 2013) señala que en la CABA, en los hogares donde hay presencia de una persona mayor de 64 años, el promedio de tiempo dedicado al cuidado es de de 2,7 en el caso de varones y 4,2 en el caso de mujeres. En hogares donde existe la presencia de más de dos personas mayores de 64 años, el tiempo no aumenta considerablemente: 2,9 en el caso de los varones y 4,7 en el caso de las mujeres. De esta manera, el cuidado familiarizado continúa siendo una de las fuentes más importantes de provisión¹¹¹.

Los cuidadores y cuidadoras de personas mayores pueden ser trabajadores/as profesionales o no profesionales provenientes de las familias o de las redes sociales cercanas. Se define a los trabajadores/as del cuidado como aquellas personas que prestan un servicio relacionado al contacto personal que mejora

¹¹¹ Según esta fuente, las familias destinan en promedio de tiempo 5,2 al cuidado de las personas (las mujeres 5,5 y los varones 4,7). Cabe señalar que la medición aquí indicada no nos arroja la información específica de cuánto tiempo se destina al cuidado de una persona mayor sino al cuidado dentro de un hogar que se encuentra una persona mayor.

las capacidades humanas de quienes lo reciben. Las actividades que realizan contribuyen a la salud, a la seguridad física y al desarrollo habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas (Lupica, 2014).

Tal como se ha mencionado previamente la Ley 5671/16 de Asistentes Gerontológicos establece una entidad específica a la profesión del asistente gerontológico para servicios domiciliarios, en residencias, centros de día y en los hospitales y crea el Registro Único Obligatorio de Asistentes Gerontológicos. Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación desde la DINAPAM, realiza capacitaciones y formación de cuidadores domiciliarios y actualmente se encuentra implementando un Registro Nacional de Cuidadores.

Finalmente, en el caso de las Personas con Discapacidad, tal como hemos señalado, en 2017 la COPIDIS lanzó con un *Programa de Apoyos para la Vida Independiente para las Personas con Discapacidad* con el objetivo de promover la autonomía individual y la autodeterminación de las Personas con Discapacidad proveyendo la asignación de un Asistente Personal para la Vida Independiente. Los asistentes personales funcionarían como apoyo para realizar actividades de la vida diaria para que la persona con discapacidad adquiriera mayor autonomía y plena participación. Las tareas que puede realizar un asistente personal son diversas y varían en función de las necesidades específicas de la persona. Los apoyos más habituales donde se desempeñan los asistentes personales son en actividades que implican viajar, cocinar, manejar dinero, actividades recreativas, entre otras.

Como se puede observar, el cuidado y las características que subyacen a la figura del cuidador o cuidadora pueden presentar algunas particularidades entre las poblaciones. Sin embargo, es posible distinguir aspectos comunes que se presentan fuertemente en todos los casos.

En primer término, podemos preguntarnos ¿quiénes proveen estos cuidados? Sea en el ámbito doméstico como fuera de él, basado en un vínculo afectivo o familiar o bajo una contratación que suponga remuneración, en general son las mujeres las responsables de estas tareas.

Las mujeres han sido históricamente asociadas a la esfera doméstica y a las tareas de cuidado, mientras que los varones a la esfera productiva. A pesar del ingreso masivo de las mujeres al mercado de trabajo esta asignación de roles se evidencia tanto en el ámbito familiar, como así también en el ámbito laboral. Existe una marcada división sexual del trabajo en relación con las actividades de las personas cuidadoras donde aparece una sobrerrepresentación de las mujeres en los oficios y profesiones que implican el cuidado de terceros. En Argentina, el 86% de los trabajadores del cuidado son mujeres y una tercera parte de las mujeres trabajadoras lo hace en ocupaciones del cuidado, siendo aproximadamente la mitad de ellas maestras, profesoras, médicas y enfermeras, mientras la otra mitad son trabajadoras de casas particulares (Esquivel, 2010 en Lupica, 2014). De este modo, el trabajo de cuidado no remunerado es ejercido mayormente por las mujeres y el trabajo remunerado que las familias contratan también aparece altamente feminizado y atravesado por desigualdades de género.

Esta asignación de roles es reproducida por la legislación que regula el empleo. La Ley de Contrato de Trabajo otorga licencias por paternidad cortas, en comparación con las que corresponden por maternidad. Además, la imposibilidad de elegir quien asume las licencias refuerza al mismo tiempo un único modelo de familia y roles tradicionales de género.

Tal como se ha indicado en los puntos referidos a la legislación vigente en relación con el cuidado de las tres poblaciones, la regulación del mercado de trabajo se manifiesta en forma de tiempo para cuidar, mediante las licencias parentales y en la regulación de las condiciones de trabajo de los cuidadores y

cuidadoras remunerados, tanto los que realizan cuidado domiciliario como quienes lo ejercen en instituciones públicas y privadas. De modo tal que en las intervenciones que brindan tiempo confluyen la esfera familiar como la del mercado de trabajo y el estado -como regulador de las mismas-.

En este punto, se puede reconocer una suerte de fragmentación normativa o bien segmentación laboral por rama de actividad (CIPPEC, 2013), estableciendo tiempos de cuidado diferenciales de acuerdo al sector de actividad del trabajador/a. Asimismo, alcanza sólo a trabajadores/as en relación de dependencia, no cubriendo a trabajadores/as informales o monotributistas. En la CABA, si bien se establece regulación solamente en el empleo público, se vuelve a reproducir esta segmentación de acuerdo al poder de gobierno. La Ley de Contrato de Trabajo actúa como un piso mínimo de derechos que algunos convenios colectivos y otras normativas de distintos poderes de gobierno tanto a nivel nacional como local han superado.

Por otra parte, según la ENAPROSS (2015) el 85% de los hogares de la CABA no utiliza servicio doméstico con retiro. Del 15% restante, la mayor parte lo hace sólo para tareas domésticas del hogar (12%) y en mucho menor medida para el cuidado de algún miembro del hogar (2,4% para tareas domésticas del hogar y cuidado, 0,1% solo para cuidar niños y 0,1% solo para cuidar adultos mayores). De aquellos hogares que sí emplean servicio doméstico con retiro, el 52% lo hace solamente por menos de 6 horas semanales. Esto evidencia la fuerte familiarización de los cuidados.

Las consecuencias de que el trabajo de cuidado recaiga en las familias y, como hemos visto, principalmente en las mujeres, genera en ellas agotamiento físico y crisis nerviosa ante las altas exigencias de trabajo que muchas veces no están preparadas para enfrentar. Estas mujeres a la vez tienen un empleo y en muchas ocasiones se ven obligadas a abandonarlo cuando las tareas de cuidado aumentan. Entre el cuidado de sus hijos o hijas cuidan de sus progenitores

sufriendo grandes presiones, configurándose como una “generación sándwich” (Federici, 2015).

Por último, es importante señalar que en Argentina el trabajo doméstico constituye una de las actividades laborales más afectadas por la informalidad y la precariedad. Se trata de una actividad caracterizada por situaciones de vulnerabilidad y expuesta a violaciones de los derechos laborales fundamentales (Messina, 2015). Todo ello conduce a que las fronteras entre tiempo de trabajo, tiempo de vida social, familiar y doméstica, sean endebles para la trabajadora y las cargas horarias, remuneradas y no remuneradas, muy altas (Cabrera et al., 2013 en Messina, 2015).

En relación con la protección laboral de las personas cuidadoras, las mismas no estaban cubiertas por Ley de Contrato de Trabajo y por lo tanto no contaban con las garantías previstas para la protección de la maternidad y el apoyo a trabajadores con responsabilidades familiares.

En el 2013 se sancionó el nuevo “Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares” que significó un gran avance en el reconocimiento y formalización de las personas cuidadoras. La nueva ley irrumpe con el objetivo de equiparar los derechos de las trabajadoras domésticas (personal de casas particulares, según la nueva denominación) a la categoría general de trabajadores dependientes fijada por la Ley de Contrato de Trabajo de 1974, aun reservándose una normativa especial para los primeros, que mantiene algunas diferencias menores con el régimen general (Messina, 2015). Este proceso favoreció a la ampliación de la protección social de las trabajadoras domésticas y promovió el proceso de formalización de una parte (todavía minoritaria) de esta categoría.

Entre los elementos en los cuales hay que seguir trabajando, cabe destacar el reforzar el sistema estadístico, desarrollar módulos específicos sobre el trabajo doméstico en la EPH y su accesibilidad, continuar en el esfuerzo para

empoderar a las trabajadoras favoreciendo su auto-organización reforzando los programas de capacitación existentes y las organizaciones sindicales activas y más en general con la difusión de un conocimiento más profundo de sus derechos laborales y el reconocimiento del valor que genera el cuidado de las personas mayores (Messina, 2015).

8. Análisis integrado. El caleidoscopio del cuidado en la CABA

Teniendo en cuenta la segunda perspectiva que trazó esta indagación, el reconocimiento de derechos, se puede afirmar que la institucionalidad de los derechos del niño a nivel nacional y en la Ciudad de Buenos Aires han permitido el despliegue de numerosas acciones que apuntan a la protección social y, específicamente, a la provisión de cuidado infantil. Las limitaciones que se identifican en esta población se vinculan, por un lado, con la fragmentación de la oferta del sistema educativo en la Ciudad que expresa mediante la desigual distribución de la oferta pública y privada de nivel inicial y escuelas primarias de doble escolaridad. Por otro lado, con la oferta subsidiaria y focalizada de espacios para la primera infancia desde el Ministerio de Desarrollo Social, ante la falta de vacantes de nivel inicial en escuelas públicas, que no cumplen con los mismos estándares de la educación formal. Será necesario dar respuesta a algunos interrogantes vinculados a la calidad de estos espacios y a la adecuación con las formas de demanda, por ejemplo la amplitud y flexibilidad horaria que pueden requerir las familias y el servicio de transporte, entre otros aspectos.

En comparación con los derechos de los niños, los derechos de los adultos mayores y de las personas con discapacidad tienen una menor institucionalidad en los organismos del estado, identificándose pocas acciones, con una

distribución inadecuada en el territorio, o con escasa regulación. En muchos casos prima una mirada que invisibiliza el rol de Estado en la resolución de la problemática del cuidado, colocando las responsabilidades en las familias de manera exclusiva. Para las personas con discapacidad la posibilidad de acceso a ciertos apoyos es mucho mayor dependiendo del momento del ciclo vital, reproduciendo una mirada tradicional que entiende la infancia como momento de potencialidad y la vejez como ocaso de la vida. Si bien son insuficientes y en muchos casos poco efectivos, para los niños en edad escolar están previstos los canales para acceder a acompañamiento. En cambio para las PCD que están por fuera del sistema escolar no hay servicios de acompañamiento que ofrezca el gobierno de la Ciudad. En ambos casos, podríamos concluir que la limitada provisión estatal de cuidado que refuerza la dependencia familiar y el acceso al bienestar por la vía asistencial o por la vía del mercado vulnera el principio de autonomía que se espera puedan gozar las personas mayores y las personas con discapacidad como componente de su bienestar y de su pleno derecho de ciudadanía.

Se reconocen patrones de intervención particulares para cada una de las tres poblaciones. En líneas generales, podría decirse que:

La provisión estatal de cuidado para niños/as de 0 a 4 años muestra expansión aunque resulta insuficiente y orientada en gran medida a niños y niñas que viven en familias en situación de vulnerabilidad social.

La provisión estatal de nivel local de cuidado directo para personas mayores está direccionada únicamente a la situación de vulnerabilidad social y es altamente insuficiente en términos de cobertura. Las acciones de carácter universal con relativa expansión se reducen a espacios de ocio y tiempo libre para personas autoválidas, pero desatienden las necesidades de vivienda, cuidado directo, transporte y movilidad.

La provisión estatal de cuidado para personas con discapacidad es limitada y también focalizada a situaciones de vulnerabilidad social.

En comparación con los derechos de los niños, los derechos de los adultos mayores y de las personas con discapacidad tienen una menor institucionalidad en los organismos del estado, identificándose pocas acciones, con una distribución inadecuada en el territorio, o con escasa regulación.

En relación con la provisión de cuidado de los Niños y niñas, se registra expansión de la provisión estatal, mercantil y comunitaria, desarrollo institucional, pero fragmentación, segmentación y segregación por situación socioeconómica.

En relación con el cuidado de las personas mayores se registra expansión de provisión mercantil, solapamiento institucional y jurisdiccional de nivel nacional y local, dispersión institucional, fragmentación y segmentación por situación socioeconómica. En una sociedad envejecida, con un porcentaje alto de mayores que viven solos, la falta de provisión estatal tiene como contrapartida el refuerzo de los niveles de mercantilización y familiarización del cuidado, lo que intensifica las desigualdades. No hay oferta de infraestructura ni de transporte para personas con autonomía reducida. Sin soluciones habitacionales y de hábitat que contemplen tipos de hogares unipersonales o unigeneracionales.

En relación con las Personas con Discapacidad, el cuidado está altamente familiarizado. Se registra expansión de la normativa pero existe superposición de paradigmas argumentativos. Superposición institucional y segmentación en el acceso. En discusión la provisión con “sospecha” de medios, en contradicción con reconocimiento de derechos.

En relación con los trabajadores remunerados se reproduce el criterio de feminización del cuidado que caracteriza la división de responsabilidades hacia el interior de los hogares y en esquemas familiarizados. Se registran avances en la legislación nacional. A nivel local, la dispersión y fragmentación institucional favorece mecanismos de contratación con efecto precarizador. Duplicación de registros de cuidadores, lo que resta eficacia a la herramienta. Hay mecanismos de cogestión estatal-privado y comunitaria, con desiguales niveles de institucionalización de las relaciones laborales. Hay avances en profesionalización de los cuidadores remunerados pero sin que esto garantice mejores condiciones de trabajo.

Las limitaciones en las fuentes de información estadística y de otro tipo remiten al reconocimiento relativamente reciente del cuidado como una cuestión socialmente problematizada. No obstante, se vienen produciendo algunas innovaciones en los instrumentos de medición. Los aportes de este estudio podrían contribuir en un debate sobre la revisión de las herramientas estadísticas y la generación de información que facilite los diagnósticos para mejores intervenciones.

9. Recomendaciones

A partir del estudio diagnóstico realizado se formula una serie de recomendaciones que apuntan a potenciar las acciones que ya se realizan en materia de cuidado. Asimismo, se basan en el reconocimiento de distintos proyectos de ley que dan cuenta de la temática y proponen medidas concretas. El objetivo final es la articulación de las acciones existentes de modo de lograr el acompañamiento hacia un sistema de cuidado que garantice los derechos de quienes cuidan así como también de quienes son cuidados.

Recomendaciones de corto plazo

Promover un consenso hacia una mayor inversión presupuestaria en el cuidado. Discutir la focalización en la población socioeconómicamente vulnerable en algunas de las prestaciones.

Generar mecanismos de control y monitoreo que permitan garantizar la calidad de las prestaciones y servicios de cuidado directo (centros de residencias permanente para PM y PCD, centros de cuidado infantil). Especialmente en cuanto a la capacitación y modalidades de contratación de los cuidadores remunerados.

Aumentar los recursos e infraestructura necesarios para garantizar el acceso universal a la sala 4 y que las acciones de los centros de desarrollo infantil sean complementarias y no se superpongan con las de educación.

Analizar formas de articulación de la oferta educativa formal y los centros de desarrollo infantil a fin de garantizar el acceso universal en condiciones y calidad similar para todas las poblaciones a modo de disminuir la segmentación y segregación.

Regular la oferta privada: controlar la infraestructura, poner especial atención en la capacitación y modalidades de contrataciones de los cuidadores remunerados.

Realizar y reforzar las acciones de diagnóstico que permitan captar las sensibilidades de la población y las representaciones sociales del cuidado para proponer formas de intervención que las reconozcan y operen en virtud de los objetivos social y políticamente consensuados que tiendan a la efectivización progresiva de derechos.

Actualizar los registros de las acciones de la comunidad y garantizar su disponibilidad como fuente pública de información.

Recomendaciones de mediano plazo

Generar espacios de discusión en los que participen los distintos sectores involucrados que puedan trabajar en la construcción de un sistema integral de cuidado y sus formatos más adecuados.

Adecuar la normativa e intervenciones no solo a los principios rectores de las poblaciones involucradas sino también a normativa que internacional que apunta a la equidad de género y al reparto igualitario de las tareas de cuidado.

Ajustar la oferta estatal de manera suficiente y satisfactoria a las necesidades detectadas a fin de moderar la expansión mercantil ante una demanda creciente.

Promover la construcción de vivienda social o uso de vivienda vacante para PM junto con personal de cuidado que pueda representar mejores condiciones de vida para ambos actores del cuidado así como también soluciones habitacionales.

Crear y expandir servicios de transporte que faciliten el acceso a centros de atención para quienes no son autoválidos (PM y PDC).

Promover la formación transversal en discapacidad en la formación docente a fin de superar la distinción entre modalidad común y especial para la garantía de la integración educativa.

Desarrollar un sistema público de cuidadores/acompañantes con el objetivo de aliviar la sobrecarga en las familias.

Generar vasos comunicantes entre los espacios donde se produce información y los espacios de decisión política para promover el monitoreo y seguimiento de las acciones.

Elaborar y garantizar la sistematicidad de encuestas de uso del tiempo y otras herramientas que permitan contar con información actualizada sobre las formas de provisión de cuidado.

Recomendaciones de largo plazo

Desarrollar un sistema integral de cuidado que contemple la relación y articulación entre las distintas jurisdicciones, los distintos actores y las distintas esferas, teniendo en cuenta las representaciones sociales sobre el cuidado y las posibilidades de sostenibilidad.

Integrar en ese sistema mecanismos de monitoreo y evaluación de las diversas acciones, servicios y dispositivos de cuidado que contemplen el ciclo completo de las intervenciones y permita recuperar la experiencia y asumir las innovaciones.

10. Fuentes estadísticas y bibliografía

Fuentes

Dirección de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2015). Encuesta Anual de Hogares - EAH.

Dirección de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2011). Módulo de Discapacidad. Encuesta Anual de Hogares - EAH.

Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV).

Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC (2013). Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo.

Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV).

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social - MTEySS (2012-2016). Encuesta de protección y seguridad social - ENAPROSS.

UNICEF. (2013). Informe de la Encuesta sobre condiciones de vida de niños y adolescentes. Disponible en

https://www.unicef.org/argentina/spanish/MICS_CierreJulio2013_BAJAWEB.pdf

Bibliografía básica

Acuña, C. y Bulit Goñi, L. (2010). Políticas sobre discapacidad en la Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI.

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia - ACIJ. (2013). Falta de vacantes escolares en el nivel inicial de la Ciudad de Buenos Aires. Serie Desigualdad

Educativa. Disponible en <http://acij.org.ar/wp-content/uploads/2013/03/Vacantes-compilasdo.pdf>

Aulicino, C., Cano, E., Díaz Langou, G. y Tedeschi, V. (2013). Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado. Documento de

Trabajo N°106. Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/2429.pdf>

Berger, P. y Luckmann, T. (2001). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.

Blanck, E. (2013). Desigualdad educativa en la Ciudad de Buenos Aires: un análisis estructural de las políticas educativas desde un enfoque de derechos humanos. Serie De incapaces a sujetos de derechos; Derechos Humanos.

Derechos Sociales. Justicia. I. Buenos Aires: Eudeba.

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata.

CIPPEC (2013). Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado. Disponible en:

<https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/2429.pdf>

CIPPEC (2015). Desayuno sobre políticas de cuidado en Argentina, Avances y desafíos en el cuidado de adultos mayores. Nota Técnica. Disponible en:

<https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1212.pdf>

CIPPEC, UNICEF y FLACSO. (2016). Análisis de los Centros de Primera Infancia.

Principales resultados Informe preliminar. Disponible en:

https://www.unicef.org/argentina/spanish/MONITOREO_analisis_CPI.pdf

Costa, I., Curcio, J. y Grushka, C. (2014). La institucionalidad de la Administración Nacional de la Seguridad Social en el Sistema de Seguridad Social argentino. Estructura organizativa y financiamiento (1991-2012). En C. Danani y S. Hintze. Protecciones y desprotecciones (II): problemas y debates de la seguridad social en la Argentina. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Danani, C. y Beccaria, A. (2011). La (contra) reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político-culturales del proceso de transformación de la protección. En C. Danani y S. Hintze (Coords.). Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina, 1990-2010. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Equipo Latinoamericano de Justicia y Género - ELA. (2012). De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de Opinión sobre la organización del Cuidado. Disponible en <http://www.ela.org.ar>.

Esquivel, V. (2010). Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado. *Revista internacional del trabajo*, 129 (4).

Esquivel, V. (2012). El cuidado infantil en las familias. Un análisis en base a la

Encuesta de Uso del Tiempo de la Ciudad de Buenos Aires. En E. Faur, V. Esquivel y E. Jelin (Eds.). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES

Fara, L. (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a persona con discapacidad. En C. Acuña y L. Bulit Goñi (comps.). *Políticas sobre discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. *Nueva Sociedad* 256.

Fernández, T. y Comes, Y. (2011). El adulto mayor: ¿objeto de cuidados o sujeto de derechos? Análisis de la legislación de los Centros Residenciales para adultos mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales en Debate Interdisciplinario en Salud y Población: Derecho a la Salud y la Protección. Buenos Aires, Argentina.

Filgueira, F. y Aulicino, C. (2015). La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia. Documento de trabajo n°130. Serie Primera Infancia. Buenos Aires: CIPPEC.

Fournier, M. (2017). La labor de las trabajadoras comunitarias de cuidado infantil en el conurbano bonaerense ¿Una forma de subsidio de “abajo hacia arriba”? *Trabajo y Sociedad* (28). Disponible en

http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/28%20DOSSIER%2005%20FOURNIER%20MARISA%20Genero_Trabajadoras%20del%20cuida.pdf

García, B. (2017). El derecho al cuidado de las personas mayores. Una mirada desde la normativa de la Ciudad de Buenos Aires 1996-2016. Trabajo Integrador Final no publicado. Especialización en Políticas Sociales Urbanas, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires.

Grossman, C. (2013). El derecho de los adultos mayores a ser cuidados: perspectiva sociojurídica. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coord.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.

Gruszka M. (2015). Políticas sociales y derecho a la educación en la

CABA: el caso de los Centros de Primera Infancia. Ponencia presentada en XI Jornadas de Sociología, Facultad de ciencias sociales de la UBA, Buenos Aires, Argentina.

Huenchuan, S. (Ed.). (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: CEPAL.

Ierullo, M. (2010). Organizaciones comunitarias y atención de las necesidades básicas. Los comedores comunitarios frente a los procesos de pauperización en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Revista Margen* (59).

Ierullo, M. (2013). Desafíos de las familias y organizaciones comunitarias de los barrios marginalizados en relación al cuidado infantil. Ponencia presentada en X Jornadas de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Joly, E. (2008). El derecho a ganarse la vida. *Jurisprudencia argentina*, número especial, III.

Kipen, E. y Vallejos, I. (2009). La producción de discapacidad en clave de ideología. En A. Rosato y M. A. Angelino (Comps.). *Discapacidad e ideología de la normalidad*. Buenos Aires: Noveduc.

Lozano, C. y Raffo, T. (2011). Actualización de la cobertura. Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) y Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social (AUE). Disponible en <https://www.ipypp.org.ar/descargas/2011/Asignacion%20Universal%20por%20Hijo%20y%20Embarazo.pdf>

Lupica, C. (2014). Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en la Argentina. Documento de Trabajo N°5. Buenos Aires: Oficina de la OIT para la Argentina.

Maceira, D. (2008). Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Nuevos Documentos Cedes N° 39. Cedes: Buenos Aires.

Marzonetto, G. (2016). Educación Inicial y servicios asistenciales para la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires: derechos universales, servicios estratificados. Documentos de Trabajo CIEPP N° 95.

Messina, G. M. (2015). Las condiciones del trabajo doméstico remunerado en Argentina: la provisión de cuidados. Cuaderno de Relaciones Laborales.

Miguel, F; Paura, V. y Zibecchi, C. (2014). El cuidado, de la vida cotidiana al debate público. *El Monitor de la Educación* (25).

Ministerio Público Tutelar (2011). Derecho a la educación y derecho al cuidado: políticas públicas para la primera infancia en la ciudad de Buenos Aires. Documento de Trabajo N° 12. Ministerio Público Tutelar. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), España.

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca.

PAMI (2012). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Seguimiento de la Declaración de Basilia. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Argentina_INSSJP.pdf

Pantano, L. y Rodríguez Gauna, M. C. (2013). La población con dificultad de largo plazo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Informe 1) Encuesta Anual de Hogares 2011. Buenos Aires: Dirección General de Estadísticas y Censos.

Paura, V. y Zibecchi, C. (2014). Mujeres, ámbito comunitario y cuidado: Consideraciones para el estudio de relaciones en transformación. *La aljaba* (18). 125-148. Disponible en

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042014000100006&lng=es&tlng=es

Paura, V., Arauz, L., Chorny, V., García, B., Miguel F. y Rubin, M. (2016). Cartografías del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires. Provisión estatal y desigualdades en tensión. Delimitación analítica y transformaciones situadas. Ponencia presentada en III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe,

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Paura, V.; Miguel, F. y Arauz, L. (2016). Cartografías del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires. Provisión estatal y desigualdades en tensión. Ponencia presentada en IV Encuentro

Internacional Teoría y práctica política en América Latina. Nuevas y viejas desigualdades. Mar del Plata. Argentina.

Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2013). Asignación Universal por Hijo para la protección social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos. Serie Políticas Sociales 184. Santiago de Chile: CEPAL-UNICEF. Disponible en

<http://www.derecho.uba.ar/investigacion/investigadores/publicaciones/pautassi-asignacion-universal-por-hijo.pdf>

Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2014). Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina. *Revista de Ciencias Sociales* (50). FLACSO Ecuador.

Redondo, N. (2010). La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el área metropolitana de Buenos Aires: ¿desconociendo derechos o promoviendo autonomía? Buenos Aires: ISALUD.

Repetto F., Díaz Langou G., Aulicino C. (2012). Cuidado infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ¿la disyuntiva entre pañales y pedagogía? Documento de trabajo N°93. Documento realizado en el marco del Proyecto “Análisis y recomendaciones para la organización social del cuidado infantil” del Programa de Protección Social de CIPPEC.

Rodríguez Enríquez, C. y Pautassi, L. (Coord). (2014). La organización social del cuidado de niños y niñas. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género - ELA. Disponible en <http://www.ciepp.org.ar>

Zibecchi, C. (2013). Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. *Trabajo y Sociedad* (13). Disponible en

<http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/20%20ZIBECHI%20organizaciones%20comunitarias%20infancia.pdf>

Zibecchi, C. (2014). ¿Cómo se cuida en Argentina? Definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas. Buenos Aires: ELA-ADC-CIEP. Disponible en

<http://elcuidadoenagenda.org.ar>

ANEXO 1

PROPUESTA DE RELEVAMIENTO SOBRE NECESIDADES POTENCIALES DE CUIDADO SEGÚN POBLACIÓN DEPENDIENTE

En el cuadro se presentan las dimensiones e indicadores seleccionados para la fotografía y la lectura de las tendencias de las necesidades potenciales de cuidado de cada población. Esta propuesta se apoya en estudios y experiencias de países europeos y de América Latina. Entre otros aspectos, las limitaciones encontradas permiten sugerir la necesidad de generar nuevas herramientas más sensibles para captar estos fenómenos.

| PROPUESTA DE RELEVAMIENTO SOBRE NECESIDADES POTENCIALES DE CUIDADO SEGÚN POBLACIÓN | | | | |
|---|-----------------------|---|--|---|
| Dimensi ones | Variab les | Indicad ores sobre Niños y Niñas de 0 a 4 años | Indicadore s sobre Personas Mayores De 65 a 79 años De 80 y más | Indica dores sobre Perso nas con discap acidad |
| Caracteriz ación | Caracterizaci ón | Població n | Población | Poblaci ón |
| | | % de població n sobre total de població n de la Ciudad | % de población sobre total de población de la Ciudad | % de poblaci ón sobre total de poblaci ón de |

| | | | | la Ciudad |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|
| | | | | % de hogares con al menos una persona con discapacidad CABA |
| Condiciones sociales de control | Clima educativo del hogar (alto-bajo) | % de NyN según clima educativo del hogar | % PM según clima educativo del hogar | % PCD según clima educativo del hogar |
| | Hacinamiento crítico | % NyN en HAC | % PM en HAC | % PCD en HAC |
| | Doble proveedor | % NyN en HDP | % PM en HDP | equivalente |
| | Tasa de actividad de mujeres | Tasa de actividad de mujeres con hijos menores | Tasa de actividad de mujeres en hogares con PM | Tasa de actividad de mujeres en |

| | | de 4 años | | hogares con PCD |
|------------------------------|---|--|---|--|
| Ingresos, bienes y servicios | Ingresos (nivel de ingresos según canasta) | % NyN en hogares con Canasta total | % PM en hogares con Canasta total | % PCD en hogares con Canasta total |
| | | % NyN en hogares con CASH | % PM en hogares con CASH | % PCD en hogares con CASH |
| | Conformación del ingreso/Participación de los ingresos laborales en el hogar (mercantilización) | % NyN en hogares con principal ingreso laboral | % PM en hogares con principal ingreso jubilatorio/pensión | % PCD en hogares con principal ingreso laboral |
| | Tipo de cobertura de salud | % NyN con solo servicio público | % PM con solo servicio público | % PCD con solo servicio público |

| | | | | |
|---------------------|---|---|---|------------------------------|
| Arreglos familiares | Tipo de hogar (según tipo de hogar que representa mayor riesgo de vulnerabilidad) | % NyN en hogares monoparentales con jefatura femenina | % de PM de 65 a 79 en hogares unipersonales | % de PCD que necesitan ayuda |
| | | | % de PM de 80 y + en hogares unipersonales | - |
| | | | % de PM de 65 a 79 en hogares unigeneracionales | |
| | | | % de PM de 80 y + en hogares unigeneracionales | |

ANEXO 2

Diagnóstico sobre cuidado en Ciudad de Buenos Aires- mayo 2017

Provisión estatal de cuidado para Primera Infancia. Ciudad de Buenos Aires, 2016

| AREA | PROGRAMA/ INTERVENCIÓN | ACCESO/DESTINATARIOS | OBJETIVOS/ACCIONES |
|---|---|---|--|
| Ministerio de Desarrollo Social, Dir. Gral.Niñez y adolescencia | Programa Desarrollo Integral Infantil Centros de Primera Infancia (CPI) Programa Desarrollo Integral Infantil: Centros de acción familiar - CAF | “Embarazadas, niños y niñas de 45 días a 4 años y sus familias, que se encuentren en situación de vulnerabilidad social en el ámbito la Ciudad de Buenos Aires” “Niñas y niños de 45 días hasta 12 años, adolescentes, jóvenes y adultos. Los centros se ubican en villas y barrios de zonas desfavorables y los servicios son abiertos para toda la población vecina. | “Garantizar el desarrollo saludable de niñas y niños de 45 días a 4 años en situación de vulnerabilidad Social en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.” “Promover el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes mediante su inclusión en espacios institucionales de socialización, tendientes al fortalecimiento vincular (familiar y red de sostén en general) |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | y al acompañamiento a su inserción en el sistema educativo formal, fomentando la generación de proyectos o estrategias alternativas.” |
| Programa Desarrollo Integral Infantil: Centros de Desarrollo Integral - CEDIS | “Niños y niñas entre 45 días y 3 años, pertenecientes a familias en situación de vulnerabilidad social, residentes en la Ciudad de Buenos Aires o cuyos responsables adultos trabajen en la misma.” | | “Estimular el desarrollo integral. Brindar un ambiente de protección, confianza y seguridad.” |
| Centros Infantiles (6 sedes) | “Niñas y niños de 3 a 5 años de edad.” | | “Brindar una alternativa a la oferta formal de atención a la primera infancia, priorizando los sectores más vulnerables que aún no están escolarizados y aquellos que asisten al Jardín de Infantes. Esto constituye una herramienta para ampliar su formación educativa, incorporando un día más en la escuela, los días sábados.” |

| | | | |
|---|-------------------|-----------|---|
| Ministerio de Educación Dirección de Educación Inicial | Educación Inicial | Universal | “El Nivel Inicial brinda servicio educativo a la población infantil comprendida entre los 45 días de vida y los 5 años de edad, promoviendo ámbitos propicios para cubrir las necesidades afectivas, educativas y de contención social de los niños de la Ciudad y estimulando mecanismos de participación y trabajo conjunto entre las familias y la escuela”. |
| Fuentes: Elaboración propia sobre la base de página web del GCBA, informes presupuestarios, documentación de presentación y reglamentación de algunas acciones identificadas. | | | |

Provisión estatal de cuidado a personas mayores. Ciudad de Buenos Aires, 2016

| ÁREA | PROGRAMA/ INTERVENCIÓN | ACCESO/DESTINATARIOS | OBJETIVOS/ACCIONES |
|--|--|---|---|
| Ministerio de Desarrollo Social y Hábitat – Subsecretaría de la Tercera Edad- Dirección General de Servicios y Dependencia | Centros Residenciales dependientes del GCABA | “Adultos mayores (60 años y más) que presenten problemas de alojamiento y se encuentren en situación de indigencia” | “Ofrecer a los adultos mayores residencia permanente en espacios de puertas abiertas con atención integral. En los Centros Residenciales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se atienden las necesidades cotidianas del adulto mayor en forma integral y continua, promoviendo e incrementando la calidad de vida y evitando situaciones de marginación y exclusión social”. |
| | Centros de Día | “Adultos mayores que no requieran de un centro residencial permanente” | “El programa ofrece una batería de talleres y actividades para favorecer la autonomía y el envejecimiento exitoso. Los concurrentes pueden asistir a las propuestas de actividades de su interés. Cuentan con actividades en las áreas reflexiva, recreativa, cultural, corporal y de la esfera cognitiva como yoga, danza armonizadora, estimulación de la memoria, reflexión, etc.” |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| <p>Vivir en Casa</p> | | <p>Adultos mayores con problemáticas de vivienda</p> | <p>“Este programa otorga una transferencia monetaria aplicable a la estabilidad del alojamiento sostenible en el tiempo”</p> |
| | <p>Servicio de Asistente Gerontológico Domiciliario y Hospitalario (AGDH)</p> | <p>“Adultos mayores, en situación de pobreza y/o vulnerabilidad, con o sin familia, que por diversos motivos requieren ayuda en su domicilio para mantener o restablecer su bienestar físico, social y afectivo y/o para realizar actividades elementales de la vida diaria”</p> | <p>“Prestaciones en horas de asistencia gerontológica domiciliaria a través de subsidios” - en convenio con el PAMI</p> |
| | <p>Buenos Aires Presente - Tercera Edad</p> | <p>“Adultos de más de 60 años en situación de calle, residentes de la Ciudad”</p> | <p>Asistencia social inmediata a adultos mayores en situación de calle</p> |
| | <p>Control de Geriátricos</p> | <p>Los establecimientos residenciales para personas mayores radicados en la Ciudad de Buenos Aires, las Asistentes Gerontológicas, los adultos mayores residentes y los ciudadanos que soliciten asesoramiento para tomar decisiones de internación de familiares o terceros dependiente</p> | <p>“La sistematización del Registro Único de Establecimientos Residenciales. La inscripción y sistematización del Registro Único de Asistentes Gerontológicos. La evaluación de las prestaciones psicosociales y nutricionales que brindan los Establecimientos, a fin de garantizar la calidad de vida de los adultos mayores allí alojados, velando por el cumplimiento de lo establecido en la ley 661/01, modificada por la 1003/03 en cuanto a los derechos que les asisten.”</p> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| Ministerio de Desarrollo Social y Hábitat – Subsecretaría de la Tercera Edad – Dirección General de Promoción de Envejecimiento Activo | Promoción del Envejecimiento Activo | “Adultos de 60 años o más que residan en la Ciudad” | “Se promueven acciones para acercar a los adultos mayores, en diferentes puntos estratégicos de la Ciudad, información y participación de los programas y actividades que se desarrollan en la Secretaría y en sus dependencias. Además se promueven distintos eventos, actividades y talleres orientados a una participación activa del sector de la tercera edad en lo social, cultural y comunitario” |
| | Cuidar Cuidándonos | Cuidadores y comunidad en general | “Este programa está destinado a contener y capacitar a cuidadores de adultos mayores, formales e informales. Pero también en los barrios para brindar capacitación y contención a la comunidad en general, con el propósito de fortalecer los ejes ineludibles de promoción y prevención de la salud” / Talleres para adultos mayores talleres corporales, cognitivos y creativos en los Centros de Jubilados y Pensionados, espacios públicos, plazas, etc. |
| | Actividades Intergeneracionales | Adultos mayores que concurren a Centros de Día o a Centros de Jubilados | Conectándonos; De Mayor a Menor; Juegos del Ayer; Abuelas cuenta cuentos. |

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|---|
| | Apoyo a centros de jubilados | Centros de Jubilados y pensionados | Se brinda ayuda a los centros de jubilados y pensionados, por medio de la entrega de un |
|--|------------------------------|------------------------------------|---|

| | | | |
|--|------------------------|---|--|
| | | | subsidio para alquileres o viajes, según la necesidad que presenten los mismos. |
| | La Tercera en la Calle | Adultos Mayores | Ofrece a los adultos mayores actividades recreativas, lúdicas, deportivas, talleres de memoria, de computación y controles de salud en los parques y plazas porteñas -Simulador de cajero automático |
| | Aulas Digitales | Personas de 60 años y más que habiten en la CABA | “Acercar a los mayores a las nuevas tecnologías a través de talleres gratuitos de informática, diseñados específicamente para ellos. Cada una se encuentra equipada con computadoras con conexión a Internet. Este programa trabaja en gestión asociada con distintos clubes, Centros de Jubilados, asociaciones e instituciones. Estas Postas se constituyen en puntos de encuentro, intercambio y aprendizaje de los adultos mayores.” |
| | Aplicación +Simple | Adultos mayores con residencia mínima de cuatro años en la Ciudad y cobrar la jubilación mínima para que la entrega sea gratuita. Si no es financiada por el Banco. | “Plan para promover mayor vinculación de los mayores de 60 años con el mundo digital” |

Proteger

“Adultos mayores víctimas de abuso y maltrato”

“Ofrece asistencia psicosocial, apoyo emocional, asesoramiento legal, acceso a la protección judicial y un lugar seguro donde vivir en los casos en que la seguridad o la vida de la víctima se hallan en riesgo. La tarea se halla a cargo de un equipo interdisciplinario, altamente capacitado, constituido por psicólogas, trabajadoras/es sociales y abogadas/os”

Fuentes: Elaboración propia sobre la base de página web del GCBA, informes presupuestarios, documentación de presentación y reglamentación de las acciones identificadas.

Provisión estatal de cuidado a personas mayores - INSSJP- PAMI

| | | |
|--|----------------------------|--|
| Programa de atención progresiva del adulto mayor | Programa Nacional HADOB | <p>Con la colaboración, seguimiento y supervisión de equipos interdisciplinarios, (médico social), se lanzó durante el corriente año el Programa Nacional HADOB, contra la Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad. El objetivo central es la mejora de la calidad de vida de los afiliados, haciendo especial hincapié en la prevención de la salud y la promoción de hábitos saludables en lo relativo a alimentación y actividades terapéuticas no medicamentosas.</p> |
| | Centros de Día/Club de Día | <p>Se implementarán ámbitos de participación, prevención e inclusión social de asistencia personalizada y organizada por un equipo interdisciplinario, de estancia diurna, actividades de estimulación y alimentación, mediante el fortalecimiento institucional de organizaciones comunitarias y gestión asociada con gobiernos locales. Son espacios de pertenencia y contención social para adultos mayores con exposición a diferentes grados de vulnerabilidad social y fragilización. (En etapa de análisis y selección de prestadores).</p> <p>El Centro de día es un dispositivo socio terapéutico comunitario de estadía diurna para afiliados con dependencia funcional o cognitiva, orientado hacia la mejora de su autonomía personal e independencia.</p> <p>Los Club de Día Es una prestación socio comunitaria de estadía diurna para afiliados autoválidos o con autonomía funcional disminuida que requieran apoyo social y que no necesiten asistencia continua. Está orientado hacia la mejora de su autonomía personal e independencia y evitar la institucionalización.</p> |

| | |
|--|---|
| Atención Domiciliaria | Con el objetivo de brindar apoyo, cuidados progresivos y gestionar recursos institucionales, familiares y comunitarios para afiliados con distintos grados de dependencia y vulnerabilidad social, se brinda un subsidio para el pago de un cuidador domiciliario de acuerdo al nivel de autonomía funcional del beneficiario para la colaboración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. |
| Subsidios Económicos (Programa Asistencia | El propósito es paliar situaciones de crisis socio sanitaria a través de la contención técnico profesional de equipos interdisciplinarios y la prestación de servicios asistenciales u otorgamiento de recursos económicos orientados a cubrir necesidades |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Social de Urgencia y Social Integral) | básicas de subsistencia a afiliados de alta y media vulnerabilidad. Existen dos programas: Asistencia Social de Urgencia y Social Integral. |
| Residencias Propias | Albergan afiliados autoválidos, sin patologías clínicas y/o psiquiátricas invalidantes, expuestos por vulnerabilidad social y fragilización personal durante el proceso de envejecimiento, a los cuales se les brinda apoyo y cobertura de necesidades básicas, participación e integración mediante relaciones asociativas y vinculares, con el fin de otorgar contención social y que permanezcan durante una estadía prolongada. |

| | | |
|---|--|--|
| | Internación Geriátrica | El objetivo es brindar asistencia integral y personal de carácter transitorio o permanente a afiliados mayores de 60 años, dependientes o semidependientes y/o con grave deterioro psicofísico que requieran cuidados intensivos personales y especializados que no puedan ser brindados por el grupo familiar, como tampoco ser encuadrados en otras alternativas prestacionales y que requieran de cobertura parcial o total por carencia de recursos materiales del mismo y/o su grupo de convivencia |
| | Subsidio de Contención Familiar (Decreto 599/06) | <p>Que en el mismo se sostuvo que atendiendo a las finalidades tuitivas de la seguridad social debe garantizarse a los derechohabientes y deudos del beneficiario la libertad de elegir la modalidad de sepelio o la distribución de los gastos que el fallecimiento del causante origine, sin más restricciones por parte de la administración que el reconocimiento de una suma fija.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El Anses instrumenta dicho subsidio mediante Resolución 583/06 y sus modificatorias. ○ El monto del subsidio consiste en una suma fija de \$ 1.000,00. ○ El derecho al cobro prescribe al año de ocurrido el fallecimiento del beneficiario. ○ Cuando fallece un afiliado titular , el trámite se realiza en ANSES, que abona el subsidio junto con los haberes devengados que no hayan sido cobrados por el jubilado fallecido. Cuando se trata de un familiar a cargo, el trámite se realiza en la agencia de Pami correspondiente. |
| Programa de promoción y prevención socio comunitaria "prevenir para seguir creciendo" | Envejecimiento Activo, Educación para la Salud, Derechos y Ciudadanía. | Estimular el movimiento/ Desarrollar habilidades, expresividad, productividad y creatividad/ Estimular y mejorar el funcionamiento de la memoria/ Cursos sobre hábitos saludables y autocuidado/ Cursos para conocer más sobre sus derechos y ciudadanía. |

| | | |
|---|---|---|
| Programa de detección de poblaciones vulnerables | Probienestar Asistencia SocioSanitaria | <p>Brindar atención Socio Sanitaria a aquellos beneficiarios pertenecientes a poblaciones socialmente vulnerables residentes en localidades con bajos niveles de accesibilidad a prestaciones médicas y sociales.</p> <p>Promover el fortalecimiento local a fin de desarrollar acciones con un enfoque interdisciplinario e intersectorial acorde a las necesidades del lugar y en el marco de los derechos y acciones ciudadanas.</p> <p>Incrementar la articulación intra e interinstitucional a fin de coordinar acciones y optimizar recursos en pos del bienestar integral de la población.</p> |
| <p>Fuentes: Elaboración propia sobre la base de página web del PAMI Servicios Pami: http://www.pami.org.ar/bot_servicios.php?a_ser=3&a_tip=6&a_sub=513 http://pami.org.ar/result.php?c=4-1-1-3</p> | | |

Relevamiento de Acciones de Provisión estatal para personas con discapacidad. CABA, 2016

| INSTITUCIÓN DE ORIGEN | PROGRAMA/ INTERVENCIÓN | ACCESO/ DESTINATARIOS | OBJETIVOS/ACCIONES |
|--|---|---|---|
| Ministerio de Educación- Dirección de Educación Especial | Centro Educativo para Niños con Trastornos Emocionales Severos (CENTES) | Niños/as, adolescentes y jóvenes, de 4 a 26 años, con problemáticas emocionales severas que requieren la elaboración de un dispositivo especial para la construcción de los aprendizajes y para su socialización. | Brindan atención educativa a niños/as, adolescentes y jóvenes, de 4 a 26 años, con problemáticas emocionales severas que requieren la elaboración de un dispositivo especial para la construcción de los aprendizajes y para su socialización. Tienen trayectorias educativas de nivel inicial y primario, y cuentan también con talleres para adolescentes orientados a la formación laboral. Las propuestas pedagógicas, así como los tiempos de permanencia en |

| | | | |
|--|-------------------------------|---|--|
| | | | la institución, se establecen de acuerdo con las características y posibilidades de adaptación a la dinámica escolar de cada alumno/a. |
| | Escuela de Educación Especial | Brindan atención educativa de nivel inicial, primario y post-primario (espacios donde se brinda escolaridad con formación laboral) para niños/as, adolescentes y adultos con discapacidades visuales, auditivas motoras o intelectuales y con edades comprendidas entre los 45 días y los 30 años | Brindan atención educativa de nivel inicial, primario y post-primario (espacios donde se brinda escolaridad con formación laboral) para niños/as, adolescentes y adultos con discapacidades visuales, auditivas motoras o intelectuales y con edades comprendidas entre los 45 días y los 30 |



| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | años, desarrollando proyectos pedagógicos de acuerdo a las particularidades de cada alumno/a o grupo escolar. |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Escuela de Educación Especial y Formación Laboral | Ofrecen enseñanza a niños desde 45 días hasta jóvenes de 25 años con discapacidad que requieren atención específica de acuerdo a su discapacidad de manera transitoria o permanente. | El sistema cuenta con escuelas especializadas en: Hipoacusia Baja visión y/o ceguera Trastornos emocionales severos Pluriimpedidos Discapacidad motora Discapacidad cognitiva Formación laboral |
|--|---|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| <p>Escuela de Recuperación</p> | <p>Están dirigidas a niños/as con edades comprendidas entre los 6 y los 14 años que presentan dificultades en el proceso de aprendizaje y requieren de una flexibilidad en la enseñanza. Se promueve una transitoriedad en esta modalidad, con el objetivo de ingresar o reingresar en la modalidad común del nivel primario.</p> | <p>Por otra parte, estas escuelas coordinan a los/as Maestros/as de Apoyo Pedagógico que desarrollan acciones en las escuelas comunes de nivel primario, principalmente, y de nivel inicial, en los distritos escolares correspondientes a cada escuela de recuperación. Asimismo, disponen de Maestros/as de Apoyo a la Integración que desarrollan configuraciones de apoyo en escuelas de distintas modalidades de nivel primario y medio.</p> |
| <p>Centros Educativos de Recursos Interdisciplinarios (CERI)</p> | <p>Coordinan a Maestros/as de Apoyo Pedagógico que brindan atención prioritariamente en escuelas comunes de nivel primario, y también de nivel inicial, que</p> | <p>Sus intervenciones están orientadas a evitar el fracaso escolar y la deserción en la escuela común, a acompañar y facilitar los procesos de integración</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>se encuentran en los distritos escolares 4º, 7º, 11º, 13º, 15º y 19º.</p> | <p>educativa, así como a intervenir para mejorar las propuestas de enseñanza.</p> <p>También cuentan con Maestros/as de Apoyo a la Integración que desarrollan configuraciones de apoyo en escuelas de distintas modalidades y niveles.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Centros Educativos para la Prevención y Atención a la Primera Infancia (CEPAPI)</p> | <p>Tienen por objetivo detectar y atender a niños/as de 0 a 5 años con discapacidad o alguna restricción motora, sensorial, conductual o cognitiva en sectores poblacionales en situación de riesgo socio ambiental que requieren de apoyos específicos para su inserción o reinserción en el sistema educativo.</p> | <p>Las acciones de estos Centros incluyen evaluaciones fonoaudiológicas, talleres de lenguaje y psicomotricidad, talleres con docentes, interconsultas, seguimientos, visitas domiciliarias, por mencionar algunas.</p> |
| <p>Maestro / a de Apoyo Pedagógico</p> | | <p>Son docentes que trabajan en las escuelas primarias comunes dentro del aula con alumnos / as que requieren de estrategias pedagógicas particulares. La solicitud debe realizarse en la escuela de origen a través del Equipo de Orientación Escolar (EOE), dependiente de la Unidad de Apoyo al Proyecto Escuela (UAPE).</p> |
| <p>Maestro / a de Apoyo a la Integración</p> | | <p>Colabora y sostiene los proyectos de integración de alumnos / as en forma individual o grupal. La solicitud se realiza en la escuela de origen a través del Equipo de Orientación Escolar dependiente de la Unidad de</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | Apoyo al Proyecto Escuela y el pedido va desde la Supervisión de Educación Común a la Supervisión de Educación Especial. |
| Maestro Psicólogo Orientador / a (MPO) | Se trata de docentes psicólogos o psicopedagogos que asisten a alumnos / as que presentan Trastornos Emocionales Severos (CENTES) y se encuentran en proceso de integración en escuelas de modalidad común. | | Asimismo, intervienen de forma preventiva en los casos en que los niños de escolaridad primaria común presenten dificultades emocionales. En ambos casos, se elaboran estrategias para la mejor integración del alumno. La solicitud la debe realizar la Supervisión de Educación Primaria o el Equipo de Orientación Escolar (EOE) dependiente de la Unidad de Apoyo al Proyecto Escuela (UAPE) a la Supervisión de Educación Especial que corresponda. |
| Intérpretes de Lengua de Señas Argentinas (LSA) | | | Los intérpretes de LSA tienen como objetivo facilitar la transmisión de los contenidos curriculares y ser agentes de comunicación e integración entre las personas sordas y las personas oyentes. |
| proyectos inclusivos | | | Un proyecto inclusivo en la Escuela Técnica N° 32, D.E. 14 en el Centro Anexo a la Escuela Técnica con orientación en la especialidad de electricidad y marroquinería. |

| | | | |
|--|------------------------|--|---|
| | Orientación a padres | | El objetivo es informar y orientar sobre la intervención de Educación Especial para gestionar los dispositivos de apoyo a la integración o ingreso a Escuelas Especiales ya sea en actividades no formales, de formación profesional y / o talleres dependientes del Gobierno de la Ciudad. |
| | Escuelas Domiciliarias | | Ofrecen servicios educativos en el domicilio particular (casas, hoteles o pensiones) situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en todos los niveles de educación (niveles inicial, primario, medio, educación técnica, artística y talleres). Están dirigidas a los alumnos que no pueden acceder regularmente a los establecimientos educativos por razones de salud, temporal o permanentemente. |
| | Escuelas Hospitalarias | | Brindan servicios educativos en los niveles de educación (niveles inicial, primario, medio, educación técnica, artística y talleres) a niños y jóvenes que se encuentran internados en los Hospitales Dr. Ricardo Gutiérrez, Dr. Juan Garrahan o Dr. Pedro Elizalde; o que reciben |

| | | | |
|--|--------------------------------|---|---|
| | | | atención sanitaria en forma ambulatoria en los mismos |
| Desarrollo Humano y Hábitat Social Inmediata | Banco de Elementos Ortopédicos | Personas con discapacidad transitoria o permanente, residentes en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que no cuenten tanto ellas como las personas de quienes dependen, con los medios económicos necesarios para solventar la compra o alquiler de elementos ortopédicos. | <p>El Banco de Elementos Ortopédicos se ocupa de proveer de elementos ortopédicos en concepto de donación o préstamo a personas sin recursos económicos con discapacidad transitoria o permanente. Objetivos: Proveer de elementos ortopédicos a personas con discapacidad transitoria o permanente, sin recursos económicos.</p> <p>La prestación que brinda el Programa consiste en la entrega de elementos ortopédicos en concepto de donación o préstamo de los siguientes elementos: sillas de ruedas, bastones, bastones canadienses, andadores, muletas, anteojos, cama ortopédica, valvas, audífonos.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>Hogares para personas con necesidades especiales</p> | <p>Personas con necesidades especiales entre 18 y 58 años y padre o madre solo o sola con niños con necesidades especiales.</p> | <p>Brindar alojamiento transitorio en modalidad de Hogar de 24 hs. a personas con necesidades especiales.</p> <p>Brindar a los beneficiarios asesoramiento legal, formación, información, capacitación y actualización mediante actividades formativas, recreativas y de asistencia para actividades cotidianas. El alojamiento es complementado con un trabajo de revinculación familiar y comunitaria. Los espacios físicos están libres de barreras arquitectónicas, ergonómicamente adaptados para brindar la mejor integración posible, con cobertura de emergencias médicas y servicio de enfermería destinado al control y asesoramiento de salud. La prestación se extiende por 6 meses, renovables según evaluación de la coordinación con tope de 24 meses. Se trata de cinco establecimientos que son de carácter privado y que tienen convenio con el GCBA.</p> |
|--|---|---|---|

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Carlos Pellegrini 587 - Tel.: 4328-0731 / 7234 / 3455

