



Maestría en Estudios Latinoamericanos

Tesis de Maestría

El deterioro de los sistemas de protección social. Proceso de envejecimiento y sus efectos en la reproducción de las clases medias.

Patricia Lecaro

Dirección: Magister Lilibeth Yañez

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO 1	9
El proceso de envejecimiento demográfico	9
1.1 Dimensiones y las características del vejecimiento poblacional en AL	13
1.2 América Latina: características socio demográfico y previsionales	15
2. La dinámica del envejecimiento en Argentina y en Mendoza.	15
2.1 Características.	15
2.2 Respecto a las características de la Protección Social	18
3. Mendoza. Envejecimiento población adulta	20
4. Envejecimiento y dependencia	22
4.1 Los cuidados formales en la Provincia de Mendoza)	22
4.2 Los cuidados informales	23
4.3 Costos de oportunidad para las familias	24
5. Envejecimiento y crisis de cuidados	26
	27
CAPITULO 2	
2. Los riesgos del cuidado	27
2.1 Riesgo e incertidumbre en el manejo y abordaje de los cuidados:	27
2.2 La asignación de recursos para atender el cuidado: Clase y familia	31
2.2.1 Las clases sociales. Las clase medias	32
2.2.2 Los cambios en las clase media en Argentina	33
2.2.3 El proceso de asalarización desde el 2003	39
2.2.4 Heterogeneidad y vulnerabilidad de las “nuevas clases medias”	40
2.3 La asignación de recursos por intermedio de las familias	45

2.3.1 Los cambios en las familias	45
2.3.2 Las características de la estructura familiar en Argentina y Mendoza	46
2.3.4 Las estrategias familiares de vida como mecanismo de asignación de recursos	48
2.3.5 El cuidado asistencial como parte del trabajo de reproducción	49
2.3.6 Los tiempos del cuidados	53
CAPITULO 3	58
3.La mujer cuidadora o el Sísifo de cuidado	58
3.1 El análisis temático de las entrevistas	61
3.2.1 El punto de inflexión o el momento bisagra	62
3.2.3 Las estrategias familiares de asignación del cuidado	64
3.2.3 Los núcleos temáticos	66
3.2.4 El tiempo y los tiempos del cuidado	66
3.2.5 La doble presencia-ausencia	68
3.2.6 El malestar del cuidado. “los costos del amor”	70
3.2.7 El cuidado como don el cuidado como “don” o “reciprocidad”	72
3.2.8 Algunas consideraciones particulares	74
4. La pobreza de tiempo o el tiempo como variable de empobrecimiento	75
4.1 El déficit de tiempo como otra forma de empobrecimiento	75
	81
Reflexiones finales.	85
Bibliografía	93
Anexo	107
Entrevistas	

Introducción

Los individuos no envejecen sólo de forma individual sino como parte de un colectivo, de una generación, de una clase. Cada grupo social definido por algún elemento homogeneizador - por ejemplo la pertenencia a la misma clase social, o la residencia en un mismo hábitat - ostenta una determinada dinámica demográfica. (Torrado 2007; 16)

El envejecimiento no es un proceso que involucre, solamente al sujeto en su individualidad. Sus lazos familiares, sus entornos más cercanos se ven también modificados por las transformaciones que el paso de los años va provocando. La pertenencia de clase, define (por otra parte) una cantidad de activos en capital económico, cultural y simbólico, que contribuyen para sobrellevar esta etapa de la vida.

Este trabajo analiza la interacción de procesos macro sociales como son los cambios demográficos y micro sociales tales como las nuevas demandas de cuidados y las estrategias familiares de provisión de dichos cuidados-. De no mediar amplios dispositivos de cuidado que involucren a la familia, pero también al Estado y al mercado, las familias y en mayor medida las mujeres son quienes deban tomar a su cargo las acciones cotidianas de cuidado, lo cual tendrá sin dudar un impacto negativo en la estratificación social y movilidad social.

Partimos del supuesto que si las acciones de cuidado de adultos mayores recaen fundamentalmente en las familias y particularmente en las mujeres, el aumento de la necesidad de cuidado pondrá en una situación de riesgo de reproducción social a las mujeres cuidadoras y sus familias.

Nuestras preguntas apuntan a indagar si los cuidados que las mujeres deben brindar a un número cada vez más crecientes de adultos mayores, acentúan las desigualdades laborales y de ingresos. El tiempo utilizado en brindar, financiar y gestionar el cuidado de los adultos mayores de la familia debería ser analizado como otra posibilidad de riesgo de empobrecimiento. La falta de tiempo limita la vida personal y laboral de las mujeres cuidadoras teniendo impacto concreto en sus posibilidades de sostener su posición social

Buscamos establecer de qué manera el envejecimiento, que en apariencia es algo individual y biológico, se ha profundizado en tanto problemática social. En nuestro país, con características particulares dado lo que Mónica Bankier (2012) plantea que se ha producido en términos demográficos en Argentina es la transformación del “país de la inmigración” “al país de adultos mayores”.

Esta transición se ha realizado en un contexto de cambios profundos en la estructura económica y social argentina. Quienes son actualmente adultos mayores, se encuentran en una diversidad de condiciones socioeconómicas. Estas son el marco que les posibilitará o no una vejez en mejores condiciones a nivel personal y de su familia. En nuestro caso de estudio, las clases medias han sufrido procesos de pauperización y fragilización de su posición de clase.

Coincidimos con Filgueiras (2005), quien plantea que la desigualdad en materia de previsión social no refleja, en rigor, la desigualdad actual de ingresos de los activos sino la distribución del ingreso de antaño; es decir, cuando los actuales pasivos estaban realizando sus aportes. Los adultos mayores de clase media poseen en general vivienda propia y perciben ingresos por jubilaciones o pensiones y en menor medida por rentas. Sin embargo estos ingresos se han visto deteriorados por los altos niveles de inflación y también por el aumento de las demandas de personal para necesarios para atender las tareas domésticas y de cuidados. A todo esto es necesario sumar los costos de medicamentos y diversas terapias que también deben cubrir parcialmente debido a la crisis del PAMI o bien debe pagar otra obra social para mejorar sus niveles de cobertura médica.

Las diversas formas de inserción laboral, que es posible rastrear en las distintas generaciones, nos permite asumir un piso de recursos y activos con los cuales, en general, cuentan los adultos mayores para hacer frente a esta etapa de la vida. Ser parte de una clase social se conjuga con el momento histórico en el cual transcurrió el ciclo vital de cada individuo.

En el trabajo exploramos, en particular, una caracterización y las transformaciones de las clases media en el periodo 2003 al 2015. Y también reconocemos la variable género en estrecha relación con los procesos de estratificación y movilidad social.

Los estudios respecto a empobrecimiento de las clases medias han hecho hincapié en los efectos de la desindustrialización, el desempleo, la caída del ingreso. Nuestro interés se centra en “las otras formas de empobrecer”, nos referimos a las transferencias intergeneracionales, las cuales no solo implican sostenimiento económico sino cuidados – tiempo y trabajo de cuidados- lo cual disminuye no solo los ingresos familiares sino también que limita la posibilidades de desarrollo laboral de las personas encargadas de brindar y/o gestionar el cuidado.

Cambios demográficos como el aumento del envejecimiento, que implican mayores demandas de cuidados asistenciales, no han sido asumidos por el Estado y es muy onerosa y escasa la oferta que brinda el mercado. Es la familia la cual debe desarrollar estrategias que le permitan asumir el cuidado de los adultos mayores con necesidad de atención permanente. La red de lazos familiares no deja, en muchos aspectos, visibilizar procesos más estructurales que son enmascarados como problemas individuales que se deben resolver en el ámbito privado del mundo doméstico.

La forma en que intervienen y se articulan familia, Estado y mercado es indagada desde la perspectiva de los regímenes de bienestar, con especial hincapié en la perspectiva de género a través de la categoría trabajos de cuidado. A fines de poder ahondar sobre el tema, es necesario analizar el régimen de bienestar vigente en la sociedad Argentina que contribuye a la reproducción de la población - en tanto fuerza de trabajo- y los diversos modos de

intervención del Estado, específicamente, en cuanto a los dispositivos de distribución y reproducción que se implementan en nuestra sociedad.

En relación con nuestro tema de estudio nos interesa profundizar, en particular, dos aspectos de los regímenes de bienestar: La *asignación colectiva de recursos y las estrategias de las familias*. Consideramos que indagar sobre los mecanismos de reproducción y en particular los aportes que realizan en este proceso las familias- y especialmente las mujeres - y el Estado, es una contribución al conocimiento de procesos que si bien se desarrollan el ámbito doméstico del hogar tiene influencia directa en la reproducción y la movilidad social de las clases.

En el capítulo uno describimos las características y dimensiones del proceso de envejecimiento con datos para América Latina, Argentina y Mendoza. Analizamos así la relación entre envejecimiento y dependencia y la consiguiente necesidad de cuidados.

En el capítulo desarrollamos el esquema conceptual a través del cual se aborda el problema de investigación. Partimos de la premisa que el envejecimiento y las demandas de cuidados son un factor que coloca a sectores de clase media en riesgo de empobrecimiento. Cada familia elabora una estrategia para poder llevar adelante las acciones de cuidado, dicha estrategia se encuentra siempre constreñida por la asignación de recursos delimitada por el régimen de bienestar vigente, que se sostiene sobre los elementos que provee la clase social de pertenencia y también el género. El cuidado es brindado por alguna o algunas de las mujeres de la familia, el cuidado asistencial es parte del cuidado reproductivo que la sociedad naturaliza como una función propia de las mujeres.

En el capítulo tres abordamos los resultado del trabajo de campo, el cual se realizo mediante entrevistas tendientes a interpretar mediante relatos de vida, los sentidos vividos, por ciertos agentes en su cotidianidad. Tal como lo plantea Bertaux (2005) “El recurso de los relatos de vida demuestra ser particularmente eficaz , porque permite captar mediante qué mecanismos y procesos ciertos individuos han terminado encontrándose en una situación dada y cómo tratan de acomodarse a esa situación...” El relato de vida puede constituir un instrumento precioso de adquisición de conocimientos prácticos con la

condición de orientarlos hacia la descripción de experiencias vividas en primera persona y de contextos donde dichas experiencias se han desarrollado. Esto equivale en transformar los relatos de vida en relatos de prácticas... que guardan una profunda analogía con acción en situación” (Bertaux, 2005, p.20). Los relatos se sistematizaron mediante un análisis temático, las dimensiones del análisis se orientaron al conocimiento de las estrategias familiares de asignación de recursos para el cuidado asistencial.

La intención del trabajo es conocer y profundizar en las formas y estrategias concretas del cuidado, partiendo del relato de las entrevistadas. A describir y analizar las condiciones específicas en las cuales se realiza el cuidado, sus efectos sobre la subjetividad de las mujeres que lo llevan a cabo, pero también respecto a los lazos familiares y su sobre la inserción laboral de la mujer cuidadora. La dimensión tiempo emerge como el aspecto más conflictivo de este tipo de cuidado. El tiempo que brindan, donan, se convierte una variable más a considerar cuando se estudian los procesos de empobrecimiento.

Capítulo 1

El proceso de envejecimiento demográfico

1.1 Dimensiones y las características del fenómeno de envejecimiento poblacional, en América latina y el Caribe

Según la CEPAL (2004), el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de este siglo, pues trae profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Ante las dimensiones que se pronostica va a alcanzar este proceso, es relevante preguntarnos de qué manera influye en la estructura social y económica y mediante qué estrategias y con qué recursos lo abordaran el Estado y las familias.

Los recursos disponibles para enfrentar el problema social de la vejez, son algo más que los meros ingresos económicos. Si se considera que la mayoría de los servicios que reciben las personas mayores se canaliza a través de la ayuda informal y de las redes primarias donde está inserto el anciano, se aprecia que su bienestar no depende sólo de su capacidad de pago, sino también de la naturaleza, calidad y cuantía de sus redes primarias,(Aranibar, P .2001; 64.) .

Para la descripción de este problema incluimos conceptos propios de la demografía y también las definiciones de los indicadores más significativos utilizados por los organismos especializados en el tema. Según las Naciones Unidas (2001) el envejecimiento de masas es un fenómeno general, profundo y duradero que carece de precedentes y produce la

transformación de la estructura generacional presente y futura, afectando el mundo del trabajo, la economía y la demanda de servicios asistenciales. Sus consecuencias más relevantes son la disminución de la tasa de reemplazo generacional y el incremento de la tasa de dependencia económica de los adultos mayores.

El envejecimiento a nivel individual y cuál es la edad en la que este comienza, es muy difícil de señalar. En términos personales es algo indeterminado que va aconteciendo de manera gradual. A nivel demográfico los 60/65 años son considerados como la edad de corte. El establecimiento de una edad umbral para la vejez es una construcción social, que no corresponde a estados biológicos o psicológicos individuales, sino más bien adscriptivos socialmente aceptados, (Lattes, en Bakier 2010).

A los fines de nuestro trabajo es importante señalar que dado al aumento de la esperanza de vida, la sobrevivencia después de los 65 años puede ser, en muchos casos, de veinte años y más también. Desde la gerontología indican que es alrededor de los setenta y cinco años cuando comienzan a profundizarse las enfermedades y las discapacidades asociadas a la edad, lo cual hace necesario cada vez más acompañamiento y asistencia.

Según el INDEC el envejecimiento demográfico es el indicador que surge del porcentaje de población de 65 años y más. Este indicador es básico para conocer el envejecimiento demográfico de la población de un área. Permite evaluar la estructura de edades y apreciar rápidamente el peso relativo de los adultos mayores sobre el total de la población. En tanto que el envejecimiento de la población adulta mayor es el porcentaje de población de 80 años y más. Indica el proceso de envejecimiento de la población adulta mayor, originado en el aumento de la esperanza de vida en las edades avanzadas y derivado de los adelantos en los sistemas de atención médica para el control de las enfermedades degenerativas.

Es a partir de los 75 años que se agudizan los niveles de dependencia por aumento tanto de las enfermedades físicas invalidantes como de la aparición de problemas mentales. Es aproximadamente en esa edad que comienza a deteriorarse el auto validamiento de los

adultos mayores, es el momento bisagra en el cual se hacen necesario más cuidados diversificados y costosos, para sostener la calidad de vida de los ancianos. En Argentina las personas de 80 años y más, constituyen el grupo de edad que presentó el mayor crecimiento relativo en el total de la población argentina. Este grupo se distingue por el importante crecimiento de los centenarios, es decir, de la cantidad de personas que tienen 100 años o más. Siendo en 2001 de 1855 personas y en la actualidad de 3487 personas.

Según datos del informe de CEPAL, Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe (Hueuchan, 2013).

“El fenómeno actual de envejecimiento de la población no tiene precedentes ni paralelo en la historia de la humanidad... Se prevé que, a nivel regional, el número de personas de edad supere por primera vez el de niños cerca del año 2036, para luego seguir creciendo hasta 2080. La región pasó de una estructura de población joven en 1950 a una población en proceso de envejecimiento. Los adultos mayores, en 1950 representaban un 5,6 % de la población total de la región, en 2010 a un 10% y se estima que en 2040, el porcentaje ascienda a un 21%”. (p 34, 35). Para el año 2025, las personas de edad alcanzaran los 101,1 millones. Para 2050, en tanto, la población de esta edad podría llegar a los 186,0 millones de latinoamericanos y caribeños” (Hueuchan, 2013, p. 13/14)

La CEPAL (2004) elaboró un perfil de envejecimiento, clasificando a los países en cuatro categorías. Argentina está incluida en el grupo de países con envejecimiento avanzado. En los países desarrollados el proceso de envejecimiento ha tomado entre seis y diez décadas, en América Latina está sucediendo en el lapso de dos a tres décadas (Bravo, 2000). En contrapartida los estados latinoamericanos han sufrido reformas y limitaciones en sus prestaciones sociales y el mercado de trabajo que se ha transformado generando contingentes de desocupados, trabajadores precarios, independientes, en negro, etc. Todo lo cual erosiona las bases de financiamiento y la calidad de las prestaciones que puede brindar la seguridad social.

América Latina se encuentra en un proceso de profundo y rápido cambio demográfico. El proceso de transición demográfica es un concepto que constituye una generalización empírica de las trayectorias demográficas de las sociedades que, en su proceso histórico-concreto de desarrollo económico y social, desde un estadio tradicional (o rural, o agrario) a otro moderno (o urbano, o industrial) adquieren progresivamente el control social de la muerte (erradicación de enfermedades, postergación de fallecimiento) y de la vida (capacidad de regular el número de nacimientos). La transición se caracteriza por una aceleración del crecimiento vegetativo y posteriormente por una desaceleración, durante esta etapa se verifica el tránsito de una a otra estructura etaria, (Torrado, 2007, p . 17/18).

Cuando nos referimos a poblaciones envejecidas, lo hacemos en concordancia con lo que señala las Naciones Unidas. Definiciones operacionales de este indicador dan cuenta del porcentaje de personas de 65 y más años sobre el total de la población del área respectiva. Son poblaciones jóvenes las de jurisdicciones con menos del 4% de personas mayores de 65 años y más. Maduras las que tienen entre 4% y 6%. Envejecidas las que superan el 7% de personas de esos grupos, (Redondo, 2007, p. 13).

Según consigna el informe de Naciones Unidas y CEPAL : El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe (2009), realizado en diecinueve países significativos de la región, en el cual se observan las siguientes proyecciones.

Población mayor de 60 años en la América latina y el Caribe

Países	1975	2000	2025	2050
Argentina	11,4	13,5	17,1	24,8
Bolivia	5,5	6,5	9,5	17,5
Brasil	6,0	8,1	16,6	29,4
Chile	7,8	10,2	20,1	28,1
Cuba	9,8	14,3	26,1	37,2
Nicaragua	4,4	5,3	9,8	19,6
México	5,5	7,5	15,1	27,4
Paraguay	5,6	6,5	10,8	18,3
Uruguay	14,1	17,3	21,2	26,9
Barbados	13,8	12,6	26,7	36,4
Jamaica	8,4	9,9	14,5	22,5
América Latina y el Caribe	6,5	8,3	15,1	25,5

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2008

1.2 América Latina: características socio demográfico y previsionales

En un continente como el nuestro con altísimos niveles de pobreza e informalidad en las condiciones de trabajo, es válido preguntarse respecto a la viabilidad de los Estados nacionales para poder brindar cobertura y asistencia al creciente número de adultos mayores. El principal dilema de los sistemas de protección social en esta región consiste en su baja cobertura (Bertranou, 2007,p.24).

En América Latina casi el 50% de los adultos mayores no cuenta con ningún sistema de protección social o de ahorro. Las necesidades de estas personas se cubren mediante activos acumulados durante la edad laboral, transferencias familiares inter generacionales o programas asistenciales. (Suarez, Pescetto 2005). A este dato es necesario agregar que el 50% que sí posee cobertura es altamente heterogéneo y que por supuesto, no escapa a las características generales de la estructura social de América Latina.

En este punto utilizaremos datos brindados por el informe elaborado por CELADE de CEPAL en el 2009: El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores socio demográficos para América Latina y el Caribe. En general, los trabajos sobre el envejecimiento de la región coinciden en señalar entre los principales problemas que el fenómeno del envejecimiento ocasionan son los siguientes.

- La falta de ingresos en la vejez es un problema generalizado en nueve de los países analizados, más del 30% de la población adulta mayor declara no obtener ingresos por jubilación, pensión o trabajo.
- Actualmente un tercio de la población mayor de 60 años de la región vive en extrema pobreza, proporción que sube al 50 por ciento en las áreas rurales. Sólo un cuarenta por ciento tiene acceso a alguna pensión y la mayoría no goza de un ingreso fijo o confiable (HelpAge International 2007).
- Otro rasgo relevante es la feminización de la vejez. El Informe Estadístico sobre la Salud en el Mundo de la OMS (2008). Señala que la esperanza de vida en la región de las Américas de la ONU, es de 76 años. Desagregado por sexos, las mujeres de las Américas viven 78 años y los hombres 73. Obviamente este dato varía por países. Para Argentina según datos del INDEC, la esperanza de vida es de 75,24 años, discriminada por sexo: 71,56 hombres - 79,06 mujeres. La mujer se ha ido incorporando al mercado de trabajo en forma creciente. Las condiciones de acceso al mercado y los problemas de desigualdad y segregación ocupacional que perjudican a las mujeres se traducen en brechas de cobertura de los sistemas de pensiones (Bertranou, F 2007).
- En las personas mayores de 75 años de la región el índice de feminidad es de 142 mujeres cada 100 hombres. Uruguay, la Argentina y Chile tienen los índices más altos de feminidad en este grupo etario
- En las zonas urbanas hay predominio femenino y en las rurales, masculino.

- En la región, la tasa de analfabetismo en la vejez es muy elevada, en la mayoría de los países supera el 15%.
- La brecha de acceso a la educación entre hombres y mujeres mayores es evidente cuando se observan las tasas de analfabetismo según el sexo las mujeres exhiben las cifras más altas.
- Los hogares multigeneracionales están más afectados por la pobreza que los compuestos sólo por personas de edad.
- En los hogares pobres, las personas de edad realizan una contribución significativa al ingreso familiar. Un claro ejemplo respecto a este punto es, Aguirre(2009) en su análisis de datos de la Encuesta Permanente de Hogares para el 2004-2006 en Argentina, señala al respecto a que la pobreza promedio de los hogares fue del 26.5% presentando un menor impacto en los hogares con adultos mayores (18.5%), respecto de los hogares sin adultos mayores (30.7%). La vulnerabilidad promedio fue de 27.7%.
- Una proporción elevada de personas de edad no tiene ingresos por jubilación o trabajo. La falta de ingresos en la vejez es un problema generalizado en nueve de los países analizados, en los que más del 30% de la población adulta. Según señala Bertranou “Los promedios ocultan diferencias, y una mirada a los países con débiles sistemas de seguridad social revela que el porcentaje de personas mayores sin ingresos fluctuaba entre el 40% y el 66% en 2005. Se trata de un segmento de la población de alta vulnerabilidad económica, que además están desprotegido frente a riesgos relacionados con la salud, la discapacidad y la reducción de sus redes de apoyo social (Bertranou, 2007,p.85).

2. La dinámica del envejecimiento en Argentina y en Mendoza.

2.1 Características.

El informe el informe de CEPAL, Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe (Hueuchan 2013), estima que para el 2040 en la Argentina se

contarían 116 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. El Censo de Población 2010 consigna que la población de adultos mayores de Argentina es de 5.725.838, lo que representa el 14,2% de la población total del país. En tanto en Mendoza son unas 178,720 personas lo cual equivale al 10,3%, alcanzado en departamentos como Capital valores del 14,8%.

Mónica Bankier señala, entre las características demográficas principales que pueden mencionarse respecto a Argentina, las siguientes “desde mediados del siglo XX hasta nuestros días pueden resumirse en descenso sostenido del ritmo de crecimiento de la población; disminución del aporte migratorio, cambio en la composición de las corrientes inmigratorias y la evolución hacia una etapa pos transicional con el consecuente envejecimiento de la población” (Bankier 2010,p.107,). Tendencias que podemos ver en los siguientes cuadros:

Cuadro 1.Población total. Porcentaje de personas de 65 años y más por región desde 1947 hasta el 2001

Región	1947	1960	1970	1980	1991	2001
Total	3,9	5,6	7	8,2	8,9	9,9
Ciudad de Buenos Aires	5,1	9	11,8	14,8	16,3	17,2
Región pampeana	4,2	5,8	7,1	8,3	9,4	10,7
Región sub pampeana	3,6	5,6	6,7	8,1	8,8	9,6
Región Cuyo	3,1	4	5,2	6,4	7,4	8,8
Región Comahue	2,3	3,1	3,7	4	4,7	6,3
Región patagónica	2,3	3,2	3,4	3,8	4,3	5,7
Region noroeste	2,9	3,8	4,9	5,6	5,9	6,7
Región nordeste	2,6	3,3	4,5	4,5	5,2	6,1

Fuente. Composición de la población y envejecimiento, Graciela Bankier.2010

Cuadro 2. Población total. Porcentaje proyectado de personas de 65 años y más País y por región

	2005	2010	2015
Total	10.1	10.4	10.9
Ciudad de Buenos Aires	16.9	10.4	16.4
Región pampeana	10.8	11.2	11.9
Región sub pampeana	9.9	10.5	11.3
Región Cuyo	9.1	9.6	10.4
Región Comahue	6.9	7.9	9.1
Región patagónica	6.1	6.7	7.5
Region noroeste	6.9	7.2	7.8
Región nordeste	6.4	6.7	7.3

Fuente. Composición de la población y envejecimiento, Graciela Bankier.2010

Entre los datos más significativos de los cuadros, podemos mencionar, que en el largo plazo aumenta el porcentaje de población mayor de 65 años, y conjuntamente mejora en la esperanza de vida de la población, lo cual es sin duda producto de mejoras sanitarias provistas por el crecimiento y desarrollo del país. De todos modos, estos datos son absolutos, lo cual no nos permite visualizar que dicha situación difiere mucho si tomamos casos tan antagónicos como los datos de esperanza de vida en Capital Federal y en Jujuy.

Los servicios, la calidad de los mismos y la capacidad económica de hacer frente a los gastos que conlleva la vejez varía no sólo por regiones, sino fundamentalmente por clase social de pertenencia, Torrado (2004) ejemplifica claramente lo señalado “hemos estimado que, si pudiera calcularse la esperanza de vida de la clase alta de la Ciudad de Buenos Aires y de la clase baja de una provincia como el Chaco, la diferencia sería de unos 15 años en favor de la primera”. En cualquier caso, la ganancia de plusvida a edades avanzadas implica generalmente que se prolonga la vida en condiciones de salud precarias, o sea, que se logra más cantidad de vida pero de menor calidad. Esta circunstancia debe ser considerada por los gobernantes al asignar el gasto público en salud.

Como se desprende del cuadro dos, la ciudad de Buenos Aires, la región pampeana y sub pampeana son las que exhiben niveles de envejecimiento superiores a la media nacional. Cuyo exhibe un patrón similar, mientras que en el resto del país el proceso se encuentra todavía en una instancia de envejecimiento moderado.

Visto el dato por provincias, en el caso del norte, hay todavía mayor diferenciación en porcentajes de población adulta, según el censo 2001 en particular Jujuy (5.9%) Salta (6%) y La Rioja (6.5%). Es claro que esto se explica por los mayores niveles de pobreza en general de todo el norte argentino y en particular de las provincias mencionadas.

Redondo (2003) esboza una caracterización que nos parece muy descriptiva de la situación de los adultos mayores en Argentina. La investigadora señala que: los hogares no pobres, entre los que prevalecen los sectores medios urbanos, evidencian una estructura etaria característica de los grupos o comunidades que habrían completado su transición demográfica: bajas cargas de dependencia totales y las más altas de ancianos.

Los mayores de 65 años son mayoritariamente jefes de hogares no pobres debido, entre otros factores, a la acumulación de recursos, fundamentalmente de capital habitacional y ahorros, a lo largo de la vida activa. En las actuales cohortes envejecidas de nuestro país todavía se registran altas proporciones de cobertura previsional, como así también el dato significativo, más del 80% son dueños de la vivienda que habitaban.

2.2 Respecto a las características de la Protección Social

Si bien los niveles de cobertura en jubilaciones y pensiones han aumentado significativamente, producto de diversas medidas aplicadas – ley 25.994 de prestación anticipada por desempleo, la ley de moratoria previsional Decreto PEN N° 1454/05 de moratoria previsional-. La cobertura previsional llegó alrededor del 90% en el tercer trimestre del 2014, alcanzando el nivel más alto de Latinoamérica. Sin embargo, en diciembre los beneficios se concentran en la prestación mínima (inferior o igual a \$3500) que representa alrededor del 72% de las jubilaciones y pensiones del SIPA. (Garcette, 2010).

En cuanto al tipo de arreglos domiciliarios familiares los adultos mayores para Argentina, se pueden observar los siguientes datos:

Cuadro 3. Hogares con Población envejecida en Argentina

Tipo de hogar	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Unipersonal	20,8	21,6	21,3	21,8	22,1	21,4
Pareja sola	31,5	29,2	31,4	31,6	30,7	31,1
Nuclear con hijos	16,8	17,4	17,4	17,7	17,0	17,8
Extenso o compuesto	30,5	31,3	29,4	28,3	29,6	29,3
No familiar	0,5 (*)	0,5 (*)	0,5	0,7	0,6	0,4 (*)

Fuente: Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica Sagrario Garay1 Nélica Redondo2 Verónica Montes de Oca, con base en datos de la EPH 2001-2006. (*) Coeficiente de variación superior al 10,0%

Los datos presentando permiten posibilita esbozar algunas conclusiones generales: aquellas generaciones que transcurrieron su historia vital y laboral en modelos más inclusivos poseen al menos el acceso a ciertos activos como: jubilación, pensión, vivienda propia, seguramente en muchos casos esto no ha evitado su empobrecimiento o la necesidad de ser asistidos por su familia o por el Estado. Por contrapartida a la muy precaria realidad en la cual se encuentran hoy las personas que generacionalmente están más cerca de convertirse en adultos mayores.

Las cohortes de adultos que se incorporaron al mercado laboral en tiempos de ajuste estructural muestran su trayectoria laboral muchos años sin aportes previsionales producto del autoempleo o trabajo en negro. Han debido acogerse a las moratorias previsionales dispuestas por el Estado Nacional o pensiones no contributivas nacionales o provinciales. Según Benigni, M., Lieutier, A., & Ludmer

“La ampliación de la cobertura es perceptible a partir del año 2006 cuando se pone en marcha la Moratoria Previsional. Entre el cuarto trimestre de ese año y el primero del 2007 tuvo lugar la mayor incorporación de beneficiarios por moratorias. El número de beneficios para esos dos períodos ascendió a un millón, mientras que desde su inicio hasta el segundo trimestre de 2011 totalizaron 2.652.560. El Plan de Inclusión Previsional implementado en el año 2006, incorporó a las amas de casas brindándoles acceso al sistema jubilatorio. Si bien esta medida benefició a todos los adultos mayores sin acceso al subsistema de previsión social, el impacto en el colectivo de las mujeres fue mucho más pronunciado que en el de hombres. En el año 2006 la cobertura en mujeres creció 12 puntos respecto al año 2005, pasando del 57% al 69%. La cobertura en hombres aumentó en 2 puntos pasando del 71% al 73%. (Benigni, M., Lieutier, A., & Ludmer, G. 2012, p.2)

Por otra parte, los montos mínimos que perciben los jubilados van desde el haber mínimo, que cobra la mitad de los jubilados y pensionados, según datos de ANSSES, fue para agosto 2016 de 6.377 mensuales. Mientras que las pensiones no contributivas, que perciben el 70% del haber mínimo, cobran en esa misma fecha \$4.464. Y la pensión por adulto mayor de 65 años, que es del 80% del haber mínimo, perciben \$5.101 mensual. Estos bajos ingresos hacen imposible el sostenimiento económico de un adulto con algún grado de dependencia. La canasta básica de los jubilados y pensionado de más de 65 años a noviembre del 2016 fue de \$ 14.062, según los cálculos de la Defensoría de la Tercera Edad de Capital Federal.

3. Mendoza. Envejecimiento población adulta

Para elaborar este apartado utilizamos datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Investigación (DEIE) Económicas del Gobierno de Mendoza, en un estudio realizado en el 2012 respecto a las condiciones de vida de los adultos mayores en Mendoza.

- En Mendoza, según estimaciones de la DEIE la población de 65 años y más representa el 10.2%. Siendo Capital, Alvear y Godoy Cruz los departamentos con poblaciones más envejecidas con guarismo de .14.8% - 12.4%- 13,4%. respectivamente.

- La población registrada con cobertura previsional es para toda la Provincia del 91.8%. Siendo los departamentos de Capital, 86,6 %. Guaymallen, 89,7 % y Santa Rosa 90.1 % los que presentan los más bajos porcentajes.
- En cuanto a la cobertura por obra social o plan médico el 96.7% posee algún tipo de cobertura, Tupungato exhibe un 9% de sus adultos mayores sin cobertura médica, Lavalle un 6,6 % y Maipú 5,4%. Es probable que esto se explique por las características predominantemente rurales de estos departamentos.
- En cuanto al porcentaje de NBI el 97.3 % no posee. Lavalle posee un 11, 3 % que tiene al menos un componente de NBI, para Santa Rosa el dato es de 7.5%.
- En lo que respecta al índice de dependencia potencial ¹ respecto a los ancianos es de 16%, siendo Capital (22.1), General Alvear (21.8), Godoy Cruz (19.1) los que presentan indicadores más altos de dependencia.

El índice de envejecimiento total es del 40%. Correspondiendo el 33.1% a varones y el 47.2% a mujeres. Para ver los datos por departamento ver anexo pagina 99)

4. Envejecimiento y dependencia

A medida que aumenta la edad de los adultos, crecen también los niveles de dependencia. En general, pasado los 75 años se incrementa la necesidad de cuidados de larga duración, con asistencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Estos servicios incluyen los cuidados que se prestan en residencias, centros de día y en los propios domicilios, como son las ayudas a las personas mayores para comer, vestirse, bañarse, desplazarse, etc. La principal característica de los mismos es que se prestan durante períodos de tiempo prolongados y suelen requerir de una importante cantidad de recursos en términos de servicios formales o informales. Monteverde, y otros (2008) describen que estos servicios pueden ir desde acompañar en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria hasta la total dependencia por problemas cognitivos o incapacidades severas.

¹Índice de Dependencia Potencial: Es un indicador de dependencia económica potencial; mide la población en edades "teóricamente" inactivas en relación a la población en edades "teóricamente" activas.

Actualmente, se mide los niveles de dependencia mediante la aplicación de una batería de tests que evalúan la capacidad de los individuos para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD). Arlegui (2009) citando a Lalived'Epiney (1998), menciona que las mismas comprenden cinco *actividades básicas*: realizar el aseo personal, cortar y comer los alimentos, vestirse y sacarse la ropa, acostarse y levantarse de la cama y deambular de una habitación a otra y tres actividades de movimiento: salir fuera de la casa, recorrer más de 200 metros a pie y subir y bajar las escaleras. Se consideran *independientes*, aquellos que pueden realizar todas las AVD sin dificultad, *frágiles* a quienes presentan dificultades para realizar al menos una de estas actividades y *dependientes* quienes requieren ayuda de terceros para realizar al menos una de las AVD (Arlegui,2009,p. 14).

La duración de la dependencia para hombres y mujeres según datos de la CEPAL 2004 predicen que una persona de más de 60 años pasará algo más de 5,52 años del resto de su vida en dicho estado, si es un hombre el tiempo de prevalencia será del 2,48 años .

La dependencia implica la provisión de cuidados formales e informales. Lo cuidados informales son prestados por miembros de la familia, vecinos, personal contratado con escasa o nula formación para el cuidado de AM. Los formales son prestados por instituciones públicas y/o privadas con diversos niveles de complejidad.

4.1 Los cuidados formales en la Provincia de Mendoza)

De acuerdo a lo señalado por Estela de Flamarique, a cargo de la Dirección de Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social, - en una entrevista del 09 de noviembre del 2014 para el Diario Uno- , en tan sólo un año se registraron 30 nuevos geriátricos en Mendoza. En esa fecha eran 170 los que estaban habilitados o en vías de hacerlo. En la Provincia existen seis hogares estatales con capacidad para albergar unos 276 ancianos en toda la provincia.

“Tenemos 70 geriátricos (unas 1.023 camas) habilitados por resolución ministerial, 50 más que están en vías de conseguir esa resolución, que por alguna razón no se adecuan a la ley, y otros 50 que hemos detectados clandestinos, es decir, que no tenían habilitación y se les ha hecho un oficio para que funcionen legalmente. En estos hemos detectado más camas que las que deberían tener por habitación o que las estructuras no son las exigidas, por lo que los emplazamos a que se adecuen en 20 días y les ofrecemos asesoramiento. Si cuando volvemos no hay cambios entonces sí se les coloca una multa. Buscamos que se adecuen y no cerrarlos, salvo que sea algo grave, porque se nos presenta el dilema de dónde alojar a esos ancianos”.

Cada vez más, los inspectores encargados de la habilitación, detectan casas de familias que funcionan como geriátricos. En la mayoría de ellas, existe alguien que alquiló un domicilio o decidió poner la casa familiar para alojar allí a un puñado de ancianos cuyas familias pagan generalmente con la jubilación del abuelo. Estos no sólo hacían a los pacientes, sino que la mayoría no cuentan con el personal médico exigido, y con servicio de muy mala calidad.

Según la funcionaria “Todo aquel que piense en dejar a su abuelo en un geriátrico, y tiene alguno en vista, debería averiguar al menos si está habilitado. Económicamente si alguien cobra menos de \$5.000 seguramente no está funcionando legalmente porque con ese monto no se pueden brindar los servicios exigidos por ley. Actualmente los geriátricos privados tienen cuotas que van desde los \$6.000 y hasta los \$30.000 en el caso de las propuestas vip”.

4.2 Los cuidados informales

Conlleven una serie de arreglos domiciliarios, y son provistos por los miembros más cercanos de la familia, en muchos casos con ayudas parciales de otras mujeres que realizan tareas que van desde el aseo del domicilio y personal del AM, hasta el cuidado/acompañamiento/servicios sanitarios elementales. En general, este tipo de

actividad es contratada en negro y las personas poseen escasa o nula capacitación en geriatría.

El cuidado informal implica asumir costos visibles e invisibles. “Las cuidadoras informales son, en primer lugar, mujeres en un porcentaje cercano al 90%; casi siempre hijas, esposas o nueras. En segundo lugar, trabajadores domésticos que no cuentan con herramientas adecuadas ni han recibido ninguna capacitación para hacerlo. En tercer lugar, trabajadores de la salud con escaso conocimiento específico”, asegura Gascón (2014).

La hora de trabajo de una cuidadora domiciliaria formal ronda entre 35 y 50 pesos. Es decir que, si un adulto mayor dependiente -por poner un ejemplo- vive con su hija y ésta no la puede cuidar durante su jornada laboral (8 horas diarias por cinco días semanales), al mes estaría abonando por los cuidados contratados alrededor de 6.000 pesos.

Otras familias, que no conviven con el adulto mayor, se inclinan por contratar una empleada (capacitada o no) que se integre a vivir con el anciano y conviva con él. Para este caso, la cifra base aproximada es de 5000 y 8000 pesos y se incrementa según el tipo de estudio (enfermería, gerontología, cuidados especiales) que pueda llegar a tener la empleada. En algunas ocasiones, este cuidado de 24 horas se divide en dos jornadas -o incluso tres- con sus cuidadores correspondientes, por lo que los costos aumentan notablemente.

4.3 Costos de oportunidad para las familias

En Argentina, según un informe realizado por la Universidad Isalud (2009), el 12,66% de las personas de 65 años y más necesita la ayuda de un tercero para efectuar al menos una actividad de la vida diaria o actividad instrumental. Dicho porcentaje incluía alrededor de 375 mil personas, siendo significativo el aumento de la prevalencia de vejez frágil entre las

personas de edad extrema: el 30,9% de las personas de 80 y más años requerían alguna ayuda para el desempeño de todos los días².

En nuestro país, y según el registro obtenido en la encuesta sobre Condiciones de Vida de la Población (Siempre 2001), el 84,4% de las familias se hacía cargo de la persona dependiente. En este punto, el 74% son familiares convivientes. Del total de los casos consultados, sólo un 15,2 % tenía personal contratado, es decir, cuidadores domiciliarios.

Para Silvia Gascón, directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad Isalud “la familia ha sido el instrumento no presupuestario con el que los gobiernos hacen frente a la dependencia. La evolución demográfica, el crecimiento del número de personas con dependencia y los cambios familiares y sociales no permiten mantener el actual sistema de cuidados de larga duración, cuyo peso recae en la familia, especialmente en las mujeres”. (Gascon, 2009)

Existe un costo de oportunidad de los cuidadores familiares que puede ser calculado mediante la suma de los costes de dependencia combinado con el promedio de años de duración de la dependencia, este cálculo nos dará una aproximación de los costos de los cuidados de larga duración

El PAMI brinda subsidios para sus afiliado con carencias socioeconómicas para contratar algún acompañante, lo hace en el marco del programa integral social (PROSOI). El subsidio es una prestación social de carácter excepcional. Consistente en la entrega de una suma de dinero no reintegrable, en forma única o periódica, con destino exclusivo, y otorgada a afiliados con recursos económicos insuficientes, para la atención de una necesidad específica y dentro de un tratamiento integral del caso (razones de carencias, insuficiencias de ingresos, problemas de vivienda, necesidades de atención en domicilio, etc.) se otorga previa determinación de la capacidad económica del solicitante.

²Ser dependiente en la vejez. Cuánto cuesta mantener a un adulto mayor que ha perdido la autonomía
<http://www.eldia.com.ar/edis/20090112/informaciongeneral0.htm>

Para determinar la capacidad económica del solicitante se tiene en cuenta los ingresos de cualquier clase que este perciba, los de los integrantes de su grupo conviviente, el de los parientes no convivientes obligados legalmente a la prestación de alimentos y la ayuda que esas u otras personas físicas o jurídicas le hayan brindado en forma habitual o discontinua. (Artículo 8vo.- Parte Primera Normas Generales ANEXO de la Resolución 336/93 INSSJP estos subsidios son otorgados en forma personal e intransferible.

5. Envejecimiento y crisis de cuidados

Los cambios socio demográficos como el proceso de envejecimiento y las transformaciones tanto en la conformación como la estructura de las familias ha dado lugar a la “crisis del cuidado”: se trata de un momento histórico en que existe “un déficit” por el desajuste entre la demanda –necesidades de cuidado– y la oferta disponible

Las dimensiones actuales y la proyección a futuro del rotundo cambio demográfico hace necesario analizar las implicancias que la necesidad de cuidados va a representar en cuanto a la vida personal y laboral de las mujeres de la región. El trabajo de cuidados es una actividad altamente generizada, son casi en su mayoría las mujeres las encargadas de la reproducción y el cuidado de la familia.

En el caso de tener que sobrellevar el sostenimiento de adultos mayores el capital familiar se ve seriamente comprometido. De manera que esto afecta al núcleo familiar dependerá de las estrategias de vida familiares que se implementen. El sostenimiento de los mismos de vuelve cada vez más, un costo que debe ser absorbido por la familia, en especial por las mujeres. El costo social de los cambios demográficos es cubierto por la sobreexplotación del trabajo de las mujeres, amor, afecto, sacrificio y mandatos culturales van tejiendo un velo que ha invisibilizado hasta naturalizar esta situación.

CAPITULO 2

2. Los riesgos del cuidado

En este capítulo describiremos los elementos del régimen de bienestar vigente y los mecanismos de asignación de recursos que se ponen en juego al momento establecer con qué recursos, cómo y quién o quienes atienden las demandas de cuidado de los AM. La variable género es un elemento distintivo para la atención y asignación de actividades de cuidado. La manera en la cual se articulan estos elementos (régimen de bienestar, asignación de recursos y género) nos brindaran herramientas con las cuales tener un acercamiento respecto a la mayor o menor situación de riesgo de empobrecimiento al cual se ven expuestas algunas familias de clases medias y en particular sus miembros mujeres.

2.1 Riesgo e incertidumbre en el manejo y abordaje de los cuidados:

El actual proceso de envejecimiento, descrito en el capítulo anterior, implica nuevos problemas y desafíos que tendrán que ser resueltos y atendidos por el estado, el mercado y la familia en una variedad de articulaciones acordes al régimen de bienestar vigente en la sociedad. El concepto de “régimen” de bienestar alude a la combinación de prácticas de asignación de recursos existentes en un cierto momento, en una determinada sociedad. La constelación de recursos asignados al intercambio mercantil, la división sexual del trabajo y la asignación colectiva de recursos dan lugar a regímenes de bienestar. En las sociedades de mercado el intercambio mercantil es la principal aunque no la única práctica de asignación de recursos. Bajo la primacía del mercado, todas lo hacen también a través de otras

prácticas como el trabajo no remunerado - en el marco de las familias - o la asignación colectiva de recursos mediante la política pública (Martínez Frazzoni y Voorend, 2009).

Respecto a los regímenes de bienestar, siguiendo a Esping-Andersen (1990), consideramos a los mismos como arreglos sociales que lidian, mejor o peor, con estructuras de riesgo dadas. Los riesgos no son una propiedad de los individuos sino probabilidades de los colectivos. Varían a partir de dimensiones como la clase social, la generación y el género (Esping-Andersen, 2001). Constituyen regularidades empíricas, probabilidades que se expresan en patrones histórica y socialmente definidos a partir de estas regularidades. Distintos colectivos tienen diversas estructuras de riesgos. Dimensiones como la estratificación socioeconómica y de género definen fuertemente la estructura de riesgos con la que lidian las personas (Martínez Franzoni,2008,p.24/25)

El concepto de regímenes de bienestar permite indagar respecto a los modos de distribución vigentes en una sociedad determinada, es un recorte que no niega ni minimiza lo que sucede en plano de la producción como primer momento en el cual se originan las desigualdades sociales pero que posibilita dar cuenta de las múltiples interrelaciones que se producen entre: mercado; estado y familia en la esfera de la distribución y asignación de los recursos para atender los riesgos sociales. Esta interrelación varía para en cada país y tiempo acorde a las realidades históricas y sociopolíticas locales. Según Martínez Frazzoni(2008) “Cada modelo de producción brinda ciertos márgenes para la distribución de los recursos. Estas variaciones meritan el estudio, en sus propios términos, de los modos de distribución y de sus relaciones con los modelos de producción” (Martínez Frazzoni, 2008, p.37). Regímenes de bienestar no es sinónimo de estado de bienestar o benefactor.

Según las ideas consignadas en el capítulo uno, el envejecimiento representará, más temprano que tarde, otro factor de riesgo de empobrecimiento para los hogares. El riesgo “es la posibilidad que sobrevenga una circunstancia más o menos probable susceptible de irrumpir en nuestra vida personal o social y de transformar su curso, (Castel, 2013,p.34). Martínez Frazzoni, citando a Esping-Andersen, plantea que dimensiones como la clase social, la generación y el género, provee a los individuos y sus familias una determinada

posibilidad de estar más o menos afectados por situaciones de riesgo. (Martinez Frazzoni, 2008, p. 18).

La asignación de recursos para afrontar riesgos como el empobrecimiento se realiza por intermedio de la familia, el estado y el mercado. Herramientas con las cuales contarán las familias para afrontar el envejecimiento esta limitadas por su posición de clase y su estructura familiar. En nuestro trabajo sostenemos la hipótesis que el cuidado de adultos mayores aumenta el riesgo de empobrecimiento en las familias de clases medias, en particular en su estrato más bajo. Acorde a la división sexual del trabajo vigente al interior del actual régimen de bienestar, son principalmente las mujeres quienes brindan este cuidado y que por esa razón el riesgo de empobrecimiento es mayor por ser mujer.

Nuestro supuesto es que el tiempo utilizado en brindar, financiar y gestionar el cuidado de los adultos mayores de la familia debería ser analizado como una exigencia que aumenta el riesgo de empobrecimiento. No solo por tener que asumir parcial o totalmente los costos de médicos, acompañantes y geriátricos, sino por falta de tiempo que las múltiples gestiones del cuidado implican. El tiempo del cuidado a las AM se brinda en forma superpuesta a los tiempos de la vida personal y laboral, teniendo impactos concretos: el riesgo de empobrecer. De enfermarse física y mentalmente.

El envejecimiento plantea riesgos e incertidumbres no solo para la persona que envejece, sino también para las familias, el estado y el mercado. Los cómo y cuánto respecto a las posibilidades de atención y cuidado recaen, en países como Argentina, fuertemente en las familias. El Estado si bien brinda, como se mencionó en el capítulo anterior, una amplia cobertura previsional en cuanto a percepción de un haber jubilatorio, esta posee numerosas deficiencias: los montos que se perciben en las jubilaciones o pensiones más bajas son absolutamente insuficientes para cubrir los diversos gastos de los AM.

La cobertura de PAMI, brinda escasos recursos para atender las necesidades de cuidados cotidianas y las pocas prestaciones que ofrece en carácter de subsidios no pueden ser requeridas por sectores de clase media, por poseer activos que los dejan fuera de los requisitos necesarios. Las ofertas del mercado son acotadas y excesivamente onerosas.

Cada familia elabora una estrategia para poder llevar adelante las acciones de cuidado, dicha estrategia se encuentra siempre constreñida por la asignación de recursos delimitada por régimen de bienestar vigente

Según prime uno u otro tipo de intervención (estatal, familiar o de mercado) los regímenes pueden acentuar o bien la dimensión de mercantilización, desmercantilización y familiarización³.

En nuestro trabajo adoptamos la definición señalada por Martínez Franzoni, quien encuadra a nuestro país dentro de los países con un régimen de productivismo informal. Formula esta categorización atendiendo al porcentaje de la PEA asalariada, el 'productivismo informal' presenta un grado mayor de formalización del mercado laboral y menor proporción de población independiente no calificada (Martínez, 2005, p. 27), pese a esto la mayoría de la población no puede superar la inseguridad económica y los riesgos sociales mediante su participación en el mercado laboral de allí, que la seguridad económica dependa en gran medida de la existencia de arreglos familiares y comunitarios.

La distribución de los recursos tanto económicos como de disposición de tiempo son mediados por relaciones sociales traspasadas por las diversas posiciones de poder que posibilitan que los costos y gestión del cuidado sean absorbidos principalmente o bien por el estado o la familia o el mercado, según sea el régimen de bienestar vigente. Las ideologías colaboran con naturalización de normas y valores sociales contribuyen con esta asignación de responsabilidades de cuidado.

Del análisis de los regímenes de bienestar en tanto las prácticas de asignación de recursos se desprende que éstos se organizan en torno a la división sexual del trabajo. Dicho de otro

³1. Mercantilizados. Se asume que el bienestar es deseable y posible de alcanzar a través del manejo privado, mercantil, de los riesgos. Los arreglos formales-mercantiles comprenden aquellas medidas relacionadas con el acceso al mercado financiero como la diversificación de inversiones, seguros de vejez y enfermedad y préstamos bancarios.. "El trabajo se mercantiliza exitosamente cuando la mayoría de la gente depende del trabajo remunerado, y cuando los niveles de remuneración son determinados por fuerzas de mercado". 2. Desmercantilización : la intervención del Estado para generar manejos públicos del riesgo no puede ser sino compensatoria. Se trata de un enfoque residual del manejo colectivo de riesgos. ..se valora a partir de dos dimensiones: la inversión pública y, en especial tratándose de países europeos y, los criterios para el acceso a dichos recursos. 3. Familiarización/ arreglos informales : Comprenden la autoprotección que despliegan las personas y sus familias a través de medidas tales como el casamiento, las redes comunitarias de apoyo y el capital físico como tierra o ganado. Des familiarización la noción es sintética y alude a eximir, en algún grado y con respecto a ámbitos por especificar, la responsabilidad del cuidado como exclusiva responsabilidad privada y femenina. (Franzoni, J. M. (2008).

modo “ mercantilización, desmercantilización y familiarización tienen lugar en mundos sociales genéricamente contruidos, de allí que la constelación de prácticas de asignación de recursos varía según la división sexual del trabajo que las sustenta. Cada régimen asigna de manera directa recursos (programas, planes) mediante políticas públicas concretas y también de forma indirecta, través de estrategias familiares sustentadas en relaciones de parentesco. “En este marco, el género como construcción social, lejos de ser accesorio, es pilar de la manera en que se asignan los recursos mercantiles, públicos y domésticos. Nos referimos al género como «contenedor» de comportamientos, mandatos y aspiraciones, que rigen la vida de las personas según su sexo sea masculino o femenino. Todos los regímenes contemporáneos están apoyados, en mayor o menor medida, en esta construcción social. (Martinez Frazzoni y Voored, 2009,p. 5/ 6).

2.2 La asignación de recursos para atender el cuidado: Clase y familia

Retomando parte de desarrollo anterior, el envejecimiento plantea riesgos e incertidumbres no solo para la persona que envejece, sino también para su familia. Los cómo y cuánto respecto a las posibilidades de atención y cuidado se resuelven en una ecuación entre lo que aportara el mercado, el estado y la familia.

La clase social, la generación y el género, como también ya señalamos, dotan a las familias de una estructura de riesgo, en tanto constituyen probabilidades de acceso a diversos recursos con los que asumen las tareas y la gestión del cuidado de los adultos mayores.

A los fines de contextualizar el análisis describiremos a continuación, a grandes rasgos, el carácter y volumen de las clases medias y también las características de las familias de clase media, por entender como plantea Torrado, (1998) que la familia es una institución mediadoras entre estructura y comportamientos concretos.

2.2.1 Las clases sociales. Las clases medias

Las prácticas de asignación de recursos coexisten bajo el predominio de alguna sobre las otras. En las sociedades capitalistas el intercambio mercantil es el principal mecanismo de asignación de recursos, este intercambio está determinado por el lugar que los individuos y sus familias ocupen en la estructura social.

Las clases sociales son un sistema de jerarquías, desigualdades y diferenciaciones sociales, que se manifiesta a través de dimensiones materiales y simbólicas. Partimos de asumir que las clases son producto de la división social del trabajo en la sociedad capitalista, es esta situación la que determina la distribución de los agentes de acuerdo a: las relaciones de producción determinantes (relaciones de explotación) como de las relaciones de producción determinadas (de propiedad, posesión, control técnico y detentación). A la primera corresponden las clases sociales y a la segunda las capas sociales, que serán el subconjunto de agentes que en el interior de una clase social ocupan posiciones jerárquicas diferentes. (Torrado e Ipola, 1993).Las clases sociales tienden a una mayor o menor diferenciación interna según el tipo de desarrollo capitalista.

Son muchas las discusiones teóricas respecto a si es posible o no afirmar la existencia de clase o clases medias. Tal como lo plantea Vaggione (1993), Lo que constituía un estrato destinado a desaparecer en los textos marxistas, fue adquiriendo con el transcurso del tiempo una importancia cada vez mayor. El Autor señala la importancia de los aportes de autores como Olin Wright y Ossowsky, para resolver este interrogante, proponen analizar este fenómeno desde una perspectiva relacional.

En la interpretación relacional de la estratificación social, las clases se definen por su localización dentro de un sistema de determinadas relaciones sociales, generando una relación de dependencia y no de orden como en la gradacional. Esto no significa que la estratificación desde una perspectiva relacional no tenga características gradacionales (Ossowski, 1963), pero las desigualdades en la gradación de los ingresos, son explicada en última instancia por la situación que un individuo o categoría de individuos tiene en las relaciones sociales de producción (Vaggione, 1993).

Según Wright "nuevas clases medias" reúnen en sí simultáneamente las características de explotados-explotadores. Son explotados respecto a la posesión de los medios de producción, ya que como trabajadores están excluidos de los mismos. Son explotadores en algunas de las otras dos relaciones de explotación, mediadas por los activos de de cualificación o de organización que se posean o no, y esto lleva a que tengan intereses distintos al de los trabajadores, ya sea porque ejercen control organizativo o por habilidad (Wright, 1987,p. 87).

En el presente trabajo asumimos que estructura de clases sociales es sinónimo de estructura social tal como lo plantea Susana Torrado La conceptualización de este estudio reconoce filiación en la teoría de los modos, formas o comunidades de producción, y su articulación en formaciones sociales y sociedades concretas (...) “En este contexto, empleamos el término estructura social como sinónimo de estructura de clases sociales (...) El contenido de la definición de “clase social” (...) involucra tanto las determinaciones estructurales (prácticas económicas) de las clases sociales, como las super-estructurales ,prácticas jurídicas, políticas e ideológicas, (Torrado, 1992,p. 23 /24).

En cuanto a su composición existe amplio acuerdo respecto a que está conformada por estratos que permiten una clara diferenciación interna. Así se suele distinguir una clase media autónoma compuesta por: Industriales, comerciantes y clase media asalariada: profesionales, técnicos, empleados administrativos, vendedores de comercio.

2.1.2 Los cambios en las clase media en Argentina

En cuanto a su evolución y conformación de la/s clases medias para América Latina y Argentina están relacionados con las características y transformaciones de los modelos de acumulación

Las conexiones que existen entre los modelos de acumulación económica, la reproducción de la población en especial de la fuerza de trabajo y los modos de intervención del Estado son instancias que permiten profundizar el análisis. El Estado es un elemento esencial para

la acumulación, disciplinamiento y establecimiento de relaciones sociales capitalistas. Cada modelo de acumulación contendrá un tipo de Estado que contribuya a su viabilidad. Las formas particulares que asume cada modelo de acumulación tienen un impacto tanto en la conformación de las clases sociales como en su movilidad.

A partir de los años setenta se implementó un fuerte proceso de ajuste de las economías regionales a fin de adecuarlas a las transformaciones que se realizaron en el capitalismo a escala mundial. En Argentina la adecuación a los cambios en el capitalismo mundial modificó el modelo de acumulación vigente hasta entonces.

En el lapso que va desde 1976 hasta fines del siglo XX se sucedieron en el poder gobiernos de muy distinto signo y legitimidad, aunque, por la naturaleza de sus políticas económicas todos puedan ser englobados dentro de un modelo de ajuste cuyas políticas indujeron efectos indeseables tanto sobre la estructura de clases sociales, como sobre sus niveles de bienestar. (Torrado,2004) .

Las clases dominantes argentinas llevaron adelante, en este período, un patrón de acumulación ⁴centrado en la valorización financiera del capital lo cual desencadenó un intenso proceso de desindustrialización y reprimarización de la economía. Acordamos con Arceo (2002), respecto a que las características del modo de acumulación dependen de las luchas políticas y sociales que fueron conformando la estructura económica social y de la composición del bloque de clases que deviene dominante. Esta clase es la que impone un sendero de acumulación acorde a sus intereses, sendero que siempre está determinado por la fase particular que atraviesa el capitalismo a nivel mundial. Las consecuencias sociales fueron: desmantelamiento industrial, desempleo masivo, caída del salario real, precarización del empleo con sus consecuentes procesos de pauperización y empobrecimiento de amplios sectores sociales, entre ellos los sectores medios.

⁴Un patrón de acumulación supone tener en cuenta una serie de variables, entre las cuales se encuentra la forma en que se distribuye el excedente que se genera en la economía local. Es decir qué destino tiene el ahorro, que clases o fracciones de clases dominantes conforman el bloque dominante y cual desempeña un rol hegemónico. Esto a su vez presupone distintos tipos de Estado ya que este es el principal instrumento desde el cual se redistribuye el excedente, y, por otro lado es la instancia en la cual se organiza la clase dominante como tal. (Arceo, Monsalvo, Schorr 2008).

Torrado (2004) plantea que “...la reproducción de la fuerza de trabajo tiene tres componentes: la reconstitución cotidiana de la fuerza de trabajo (pagada con el salario directo); el mantenimiento del trabajador en inactividad (enfermedad y vejez); su reemplazo generacional (estos dos últimos pagados con salario indirecto). Todos estos componentes fueron afectados por el proceso de ajuste.

En los años ochenta para los incluidos, el salario directo se situó en su piso mínimo (ingreso indispensable para la reconstitución cotidiana de la capacidad de trabajo); el proceso de desmantelamiento del tejido productivo iniciado en la dictadura militar no se revirtió. La elevada inestabilidad macroeconómica y la persistencia de altas tasas de rentabilidad en las colocaciones financieras profundizaron el proceso de desmantelamiento y reprimarización de la estructura productiva vigente desde mediados de los setenta (Arceo, Monsalvo, Schorr ,2008,p.28).

El mercado de trabajo se contrajo y todos los indicadores muestran que modificaron las condiciones del empleo, imperando hasta la actualidad formas de trabajo precarizado, no registrado, de tiempo parcial. El desempleo, la subocupación, la informalidad y la precariedad fueron los cuatro jinetes del apocalipsis...explican el profundo deterioro de las condiciones de vida del conjunto de la población argentina y el debilitamiento de las relaciones laborales para los trabajadores, con el empeoramiento de sus condiciones de trabajo y pérdida de capacidad adquisitiva de los salarios (Ariño, 2010,p. 85) .

En este contexto, comienza a producirse una pérdida de las condiciones materiales de vida de los sectores medios afectando sus posibilidades de reproducción, Según Torado “Para fines de la década de 1990, se habían agudizado algunos rasgos ya evidentes a principios de los '80: disminución relativa del volumen de la clase media y su progresiva desalarización; disminución del peso relativo de la clase obrera estable y acentuamiento de su desalarización; aumento absoluto y relativo del estrato marginal (no-asalariado)”. (Torrado,S , 2003)

Ajuste y reforma del estado dieron lugar a una disociación entre empleo y bienestar social. Disociación que se incremento como consecuencia de la erosión de las instituciones

prestadoras de servicios sociales, el deterioro de las condiciones laborales y la expansión de los empleos que no brindan acceso a ningún tipo de seguridad social. Los grupos que no poseen recursos ni capacidades para asegurar su propia protección se van expandiendo. (Salas,2009, p. 21).

Estas transformaciones colocaron a los sectores medios en una zona de “inclusión social frágil”. Salas, citando a Castel, señala que los individuos que integran los conglomerados sociales sometidos a una integración social débil están viendo resquebrajarse sus sistemas de protección social, sustentados, la mayoría en el Estado de Bienestar y en el derecho laboral moderno (Salas, 2009, p. 22).

Las transformaciones provocadas por el ajuste deterioraron tanto la cohesión social como las condiciones de bienestar de amplios sectores sociales. “La naturaleza de la crisis, fue tan específica y desestructurante respecto a la historia de la Argentina moderna, que las antiguas variables universalmente aceptadas para captar la pertenencia de clase – principalmente, las formas de inserción en los mercados de trabajo- dejaron de predecir el lugar de pertenencia, durante muchos años fue imposible de cuantificar el volumen de los estratos (Torrado, 2007, p. 53-54)

A los fines de nuestro trabajo nos interesa remarcar respecto de los procesos brevemente descriptos anteriormente, los efectos del ajuste estructural que han sido abordados por Torrado 2007 y varios autores más (Arceo; 2006; Neffa 2006; Basualdo 2006; Svampa,2000)

Para el 2003 los niveles de pobreza en el país superaban el 50%. La pobreza se hizo cada vez más heterogénea incluyendo a grandes segmentos de la clase media. La seguridad social había sido reducida a un conjunto de políticas sociales focalizadas, individualizándose las protecciones de los individuos.

Los sectores asalariados, como consecuencia de la caída en los niveles de ingreso, no escapaban al proceso de empobrecimiento. Entre los penosos resultados se pueden

mencionar: destrucción de empleo, fragmentación de la estructura productiva, polarización social.

En reglas generales podemos mencionar que se produjo en todos los estratos una movilidad social descendente tanto a nivel intrageneracional como intergeneracional. Otros indicadores del mercado de trabajo significativos son: el aumento sin precedentes del desempleo y sub empleo que llegan a afectar en algunos momentos alrededor del cincuenta por ciento de la PEA, el incremento del empleo en negro, empleo precarizado, cuentapropismo , flexibilizaciones de las regulaciones del mercado de trabajo.

Esto se conjugó con una abrupta caída de los ingresos durante décadas, lo cual conlleva a procesos de pauperización y empobrecimiento generalizados. Una de las medidas a destacar por sus características fue la privatización del sistema previsional “en el conjunto intersectorial, la década de 1990 tuvo a la reforma del sistema previsional como ejemplo de combinación de todas las tendencias del ciclo, desde la privatización institucional y la individualización del principio de la protección; hasta la asignación al estado de un rol subsidiario al del funcionamiento de los mercados (de trabajo y de capitales) y de la autoprotección, pasando por consecuencias empíricas tales como la disminución de la cobertura (con la consiguiente desprotección abierta), bajas garantías de acceso a beneficios y una agudización del déficit estatal (Danani, 2010,p.105).

Si bien este proceso afectó de manera directa a los sectores más bajos y medios, solo nos ocuparemos en el presente trabajo de su impacto en los sectores medios. Svampa (2000) describe una virulencia nunca vista el proceso de dualización se manifestó al interior de las clases medias. La profunda brecha que se instaló entre ganadores y perdedores echó por tierra la representación de una clase media fuerte y culturalmente homogénea, cuya expansión a lo largo del siglo XX confirmaba su armonización con los modelos económicos implementados. La crisis de los ochenta y los fuertes ajustes de los noventa, terminaron por desmontar el anterior modelo de “integración”, poniendo en tela de juicio las representaciones de progreso y toda pretensión de unidad cultural y social de los sectores medios (Svampa, 2000)

El siguiente cuadro tomado de Sacco, (2013) muestra en datos que los diversos patrones de acumulación pueden ser visibilizados en el volumen y dinámicas de las clases sociales a lo largo del tiempo:

Cuadro 4. Clases sociales. Evolución desde 1947-2011

	1947	1960	1970	1980	1991	2001	2011
PEA NO-AGRO TOTAL (miles)	4.621	6.022	7.440	8.684	10.859	15.264	22.778
CLASE ALTA	0,5	0,6	0,8	0,9	1,3	0,4	0,4
CLASE MEDIA TOTAL	40,6	42,7	44,9	47,4	38,4	38,2	43,7
CLASE MEDIA AUTONOMA	14,0	14,3	11,8	12,5	11,7	15,3	12,5
CLASE MEDIA ASALARIADA	26,6	28,4	33,1	34,9	26,7	22,9	31,2
CLASE OBRERA TOTAL	49,6	48,5	45,2	40,2	43,5	41,1	46,6
CLASE OBRERA AUTONOMA	4,6	5,1	6,5	6,6	8,4	13,2	8,8
CLASE OBRERA ASALARIADA	45,0	43,4	38,7	33,6	35,0	27,9	37,8
ESTRATO MARGINAL	9,3	8,2	9,1	11,5	16,9	20,2	8,7
TRABAJADORES MARGINALES	0,5	1,1	1,9	4,5	4,7	12,6	1,5
EMPLEADOS DOMÉSTICOS	8,8	7,1	7,2	7,0	9,5	7,6	7,2
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: En Sacco, Nicolás (2013). Información obtenida : para el período 1947-1980, (Torrado, 1994 [1992]); para 1991, elaboración propia sobre la base de (Torrado, 2010b, Torrado *et al.*, 2008); para 2001, elaboración propia sobre la base del INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001; para 2011, elaboración propia en base a INDEC, Micro datos de la EPH.

En este contexto se produce inevitablemente el envejecimiento de grupos generacionales que han compartido un momento socio histórico que ha traspasado sus biografías individuales. El empobrecimiento, desempleo y precarización de este periodo siguen teniendo efectos en el presente. Los costos del ajuste se siguen pagando por millones de

trabajadores aún hoy precarizados, muchos de ellos se han jubilado o se encuentran próximos a ella. Su débil inserción en el mercado laboral se ve reflejada en los bajos montos de las jubilaciones y en los escasos activos personales que han podido acumular, los “costos de su envejecimiento” deberán ser asumidos por su familia.

2.2.3 El proceso de asalarización desde el 2003

A partir del 2003 se impone en nuestro país un nuevo modelo de acumulación, denominado por algunos autores como neo desarrollista, por otros como post devaluacionista, el cual mejora muchos de los indicadores de crecimiento del país, haciendo aportes para una movilidad ascendente de numerosos sectores. Para este apartado citaremos parte del trabajo de Pablo Dalle “Cambios recientes en la estratificación social en Argentina (2003-2011”.

Dalle señala que una de las consecuencias del impacto de la expansión económica fue el aumento significativo de la población asalariada de 72,5% del total de ocupados en 1998, a 76,3% en 2011. En paralelo al proceso de asalarización se fue consolidando otra tendencia de signo más positivo para la integración social: el incremento sostenido del empleo registrado (con cobertura social) y desde fines de 2004 el estancamiento del empleo no registrado.

Al analizar la evolución de la mano de obra asalariada por rama de actividad en la etapa 2003-2011 se observa que el mayor porcentaje de crecimiento se dio en la construcción (seguida por hoteles y restaurantes (76,1%), los servicios financieros e inmobiliarios(58,3%) y la industria manufacturera (44,5%). Estas tendencias se frenaron en 2009 por el impacto de la crisis internacional, pero continuaron su expansión con el retorno del crecimiento económico hacia fines de 2009. Sin embargo, en 2010 y 2011 el incremento del empleo fue más lento de lo que había sido los años previos. Si bien el crecimiento de la mano obra asalariada en la industria manufacturera en el período 2003-2011 fue importante, aún no alcanza en cifras absolutas el nivel que registraba en 1998. Lo que

podríamos denominar el núcleo de la clase obrera, conformado por trabajadores de la industria manufacturera, la construcción y el transporte-almacenaje comunicaciones representaba en 1998 el 34% de los asalariados. Este porcentaje descendió notablemente a menos de un cuarto luego de la crisis de 1998-2002. (Dalle, 2012).

2.2.4 Heterogeneidad y vulnerabilidad de las “nuevas clases medias”

Aunque Latinoamérica siga siendo la región más desigual del mundo, lo cierto es que entre 2000 y 2009 la desigualdad se redujo en 13 de los 17 países para los que se cuenta con series comparables (PNUD; 2010) . Paralelamente se ha reducido la pobreza, y la consecuencia ha sido la aparición de un grupo de clases medias incipientes, utilizando la expresión de Christian Daude, su caracterización como “clases medias incipientes” debido a que según el autor han superado el umbral de la pobreza pero no sólo son aún muy vulnerables a posibles cambios en el ciclo económico, sino que tienen serios problemas para asegurar la transmisión a sus hijos de su nuevo estatus y nivel de ingresos⁵.(Daude 2012).

La paradoja es que estas clases medias incipientes (o emergentes) una vez que superan el umbral de la línea de pobreza pierden el acceso a las políticas focalizadas en las rentas más bajas y se ven atrapadas entre la pérdida de ese apoyo y del impulso inicial que les dio la elevación de los niveles medios (Grynspan Paramio. 2012)

Diversos estudios destacan que bajo este nuevo contexto estructural, los estratos medios, presentan condiciones de bienestar inseguras e inestables. Es decir, si bien muestran una relativa prosperidad material, diferenciándose de los estratos pobres, al mismo tiempo

⁵ Para el Banco Mundial son clase media quienes consumen entre 10 y 50 dólares diarios (Ferreira et. al, 2013) y su crecimiento ha sido el siguiente 199: 20% - 2002 : 29% La OCDE considera clase media a quienes consumen entre 10 y 100 dólares diarios (DAGI, BrookingInstitution) Datos 1991: 30% - 2010 :43%

La CEPAL considera clase a los hogares en que el ingreso supera 4 veces la línea de pobreza per cápita urbana y es inferior al valor del percentil 95. 1990-1991 26% - 2006-200732,5% Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Honduras, México, Panamá, Perú y Rep. Dominicana (Franco, et. Al, 2011)

presentan un rasgo de fragilidad que amenaza la estabilidad del bienestar, incluso con riesgo de empobrecimiento (Mora Salas, 2008).

Según Rojas Vera (2013)

“Gran parte de los estratos medios y medios-bajos en América Latina, especialmente en aquellos países con un desarrollo medio-alto, se caracterizan por presentar un estatus social particular denominado “bienestar precario”. Las personas en situación de bienestar precario cuentan con una capacidad limitada para manejar y planificar sus condiciones de bienestar en el mediano y largo plazo, y están expuestos a experimentar pérdidas, inestabilidades y/o movilidad descendente (Budowski, Tillmann, Keim, y Amacker, 2010; en Rojas Vera, 2013.p.12).

Para el caso de Argentina es muy descriptivo el análisis de Boccardo Bosoni (2012)

“ Los sectores medios, tanto su facción independiente como asalariada, recuperaron parcialmente su peso en la sociedad argentina, su nivel de ingresos y capacidad de consumo. Sin embargo, las transformaciones estructurales impulsadas en los noventa permitirán distinguir al menos dos tipos de clase media, según el periodo histórico en el cual se configuraron social y políticamente. Un sector medio nuevo o competitivo que se desempeña en ocupaciones como mediano propietario, asalariado profesional de “cuello blanco” en empresas privadas de servicios e incluso en el empleo asalariado calificado del sector público, siendo todos recientemente ascendidos en el periodo de reformas neoliberales, y vinculados a un ethos individualista y descomprometido con lo social (Mora y Araujo, 2010). Mientras que el sector medio propio del periodo “desarrollista” está ocupado como trabajador asalariado del sector privado –formal e informal–, cuentrapropistas o pequeños comerciantes y una proporción significativa empleada en el sector público, dependiendo su estabilidad laboral en demasía de la política pública y sus ingresos de subsidios gubernamentales a los servicios públicos, manteniendo altas probabilidades de ver disminuido su salario y retornar a una condición de pobreza (OCDE, 2010). En efecto, las clases medias, pese a alcanzar en términos de ingreso

a gran parte de la población argentina, ya no presentaría rasgos de homogeneidad social y cultural como antaño. Al menos existirían dos clases medias, que difieren en su situación material, y expectativas Boccoardo Bosoni.2012,p 55)

En Mendoza también se hace visible el proceso de asalarización de las clases medias, según los datos expuestos por el trabajo de Pablo Molina Darteano (2013):

		Año de relevamiento		
Aglomerado	Grupo Ocupacional	2003	2007	2011
Mendoza	1.Directivos Sector Público	0,1	0,1	0,1
	2. Directivos Grandes Empresas	0,6	1,4	0,5
	3. Directivos Pymes	2,5	2,0	1,4
	4. Propietarios Pymes	3,5	5,6	5,8
	5. Profesionales independientes	2,5	3,4	1,9
	6. Profesionales y técnicos asalariados	17,9	20,7	16,9
	7. Administrativos y vendedores	25,7	24,8	30,5
	8. Trabajadores manuales independientes	6,3	3,8	4,0
	9. Asalariados manuales calificados	4,8	2,7	4,9
	10. Asalariados manuales no calificados	18,5	20,3	18,7
	11. Empleo en hogares	7,4	7,8	6,5
	12. Changas y empleos de subsistencia	10,4	7,3	8,8
Total		100	100	100

Los datos corresponden a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Molina Darteano señala que el estrato autónomo de los sectores medios se observa “un descenso de los profesionales independientes y de los directivos de PyMES, mientras que los propietarios tienden a crecer.” Como también se registra una disminución de los

profesionales independientes. Los Grupos Socio Ocupacionales 6 y 7 muestran una mayor asalarización de la clase media. (Molina Dertenao , 2013).

Las nuevas clases medias poseen una gran heterogeneidad y vulnerabilidad al estar anclada a sectores de actividad muy sensibles a las crisis económicas y por sostener mucho de su crecimiento económico en base a créditos y endeudamiento familiar .“Si bien es cierto que la demanda de ocupaciones no manuales -que tradicionalmente identificaban a los estratos medios- ha crecido, esto no indicaría automáticamente un franco proceso de movilidad ascendente. Lo que más bien se registraría es un fenómeno de movilidad espuria, ya que no hay suficientes evidencias de sincronía entre el status ocupacional y recompensas o ingresos .Además, el incremento de la desprotección social, subocupación y la inestabilidad laboral que configuran la precariedad laboral, no permitirían encontrar trayectorias claras tanto de ascenso como de descenso. Lo cierto es que en la sociedad argentina, la imagen tradicional de las clases medias como sujetos de movilidad ascendente ha perdido vigencia (Yañez, 2013).

Retomando el núcleo de este capítulo, recordamos que en las sociedades capitalistas, centrales y periféricas, el intercambio mercantil es el principal mecanismo de asignación de recursos. El acceso a bienes y servicios depende, de manera fundamental, de la inserción ocupacional que sean capaces de generar las personas.

Las políticas de ajuste estructural que comienzan a aplicarse en los años 70 y que se profundizan con de las políticas neoliberales de los años 90, modificaron la estructura productiva de nuestro país y transformaron el mercado de trabajo, estableciendo formas de contrataciones informales y precarias, las cuales han deteriorado las condiciones de vida de toda la población, por los débiles o nulos lazos que estos tipos de contratación establecen con la seguridad social y por lo provisoria que puede ser la relación laboral, aún después de años de estar empleado. Informalidad y precariedad resienten el bienestar y la protección de una gran mayoría de trabajadores.

Si bien A partir del 2003 se produce una expansión económica, sustentada en un nuevo modelo de acumulación denominado neo desarrollistas o post devaluacionista, que da lugar

como lo señala Molina Dearteano (2012) a un proceso de asalarización importante, este no ha sido suficiente como para restaurar condiciones previas, por ejemplo en ramas como la industria esta mejora de indicadores no alcanza a las cifras de 1998.

El crecimiento se evidenció en los estratos medios en una relativa prosperidad que facilitó el consumo de bienes como autos cero km o compra de viviendas con créditos subsidiados, este bienestar precario, es mucho más frágil para el segmento de cuentapropistas o pequeños comerciantes, empleados público, que ven anclados sus ingresos y estabilidad laboral a políticas estatales.

Las tendencias observadas tras la recuperación económica iniciada en 2003 justifican que se preste particular atención a la inestabilidad como tendencia. Estudios recientes señalan que en la última década se observan elevados niveles de movilidad social, con predominio de los movimientos ascendentes sobre los descendentes (Dalle, 2009. 2011). Pero al mismo tiempo, estos trabajos indican que en ambos tipos de movimientos es la movilidad de corto alcance la que prima, confirmando así la desaparición del que había sido un rasgo distintivo de la estructura social argentina en el pasado ,la movilidad social intergeneracional de larga distancia, aquella que describe las trayectorias de los hijos de la clase obrera que llegaban a ocupar posiciones de clase media (Dalle, 2011).En este sentido, los cambios registrados en la última década permiten confirmar que, como señala Gabriel Kessler (2011) lo que en su momento pudo ser observado como trayectorias descendentes, en el largo plazo se configura más bien como trayectorias inestables, marcadas por fases de caída y recuperación, cuyas consecuencias en la configuración de las desigualdades sociales aún deben ser exploradas. (Cueto y Luzzi 2013).

Estos sectores de clase media o bien incipiente o en situación de movilidad social frágil o espúreas, están claramente en situación de riesgo de empobrecimiento. Si además deben hacerse cargo del trabajo de cuidados asistenciales de adultos mayores, la estructura de recursos con las que cuentan para hacer frente los riesgos se ve seriamente deteriorada.

2.3. La asignación de recursos a través de la familia

Las familias también participan en la asignación de recursos, este proceso se realiza acorde a su pertenencia de clase, composición interna del grupo familiar y el tipo de régimen de bienestar vigente en cada sociedad.

2.3.1 Los cambios en las familias

Las estructuras familiares se han modificado en las últimas décadas, tanto en nuestro país como en Latinoamérica, según datos aportados por Arriagada, “El modelo más importante de familia nuclear, biparental con hijos, se redujo de un 46.3 por ciento en 1990 a 41.1 por ciento en 2005. Este modelo coexiste con otros formatos de familia, la extendida de tres generaciones, estos casos representaban en 2005 algo más de un quinto de todas las familias urbanas latinoamericanas, (21.7 por ciento), las familias nucleares monoparentales, principalmente a cargo de mujeres representan el 12.2 por ciento en 2005, los hogares unipersonales 9.7 por ciento. (Arriagada, 2007, 10).

Las familias con mayor cantidad de miembros, provienen de los estratos más pobres y muestran mayores grados de dependencia. Las etapas de transición demográfica en que se halla el país, su nivel de desarrollo económico y la crisis del modelo de familia patriarcal son elementos que habilitan o constriñen las cargas de cuidado en el ámbito familiar. La incidencia de factores culturales asociados a la división del trabajo al interior de los hogares limita la participación de la mujer en la actividad económica. Alrededor del 2005, en América Latina la participación de las mujeres en la actividad económica era de 37% en el decil más pobre y de 61% en el de mayores recursos, (Cecchini y Uthoff; 2007).

En las áreas urbanas, la tasa de participación laboral femenina aumentó del 38% en 1990 al 50% en 2002 (CEPAL, 2007). Este aumento ha tenido lugar de manera estratificada: entre 1994 y 2002 las mujeres pobres aumentaron su participación laboral en un 23% mientras que las no pobres lo hicieron en un 9,5% (Milosavljevic, 2007). Es de esperar que en los países donde las mujeres trabajan más de manera remunerada el Estado gasta menos, este costo es financiado por las dobles jornadas femeninas sean mayores: (Frazoni , 2009, 10)

En América Latina, el empleo es la principal fuente de ingreso de los hogares, ya que las remuneraciones provenientes del trabajo representan en promedio más del 80% de sus ingresos (CEPAL, 2007). La incorporación de las mujeres al mercado laboral mejora los ingresos familiares. La tasa de participación femenina en zonas urbanas de 18 países latinoamericanos en 1990 era de 45,9%, se estima que en 2010 ascendió a 52,8% (CEPAL, 2006, CEPAL, 2010).

2.3.2 Las características de la estructura familiar en Argentina y Mendoza

El volumen de las familias también se ha transformado, en Argentina la cantidad de promedio de personas por hogar es un poco mayor a tres miembros (3,3 .2010. INDEC). Estos números son aun menores en los estratos más altos. Para Mendoza el tamaño medio de los hogares por provincia ha disminuido, según datos de los censos nacionales, siendo de 3.8 promedio para el 2001, ubicándose en un 3.5 para el 2010.

En la provincia de Mendoza, según la ECV⁶2010, existía un 11,62% de hogares urbanos unipersonales, un 68,51% de hogares con núcleo completo, y un 15,6% de monoparentales. En el caso de los hogares unipersonales, según Bello y Marchena “nos sitúan frente a una población crecientemente envejecida, cuyo número tenderá a aumentar porque los logros de la esperanza de vida, la baja en el nivel de mortalidad y en el nivel de fecundidad se conjugan para incidir en el envejecimiento de la población y en su feminización, es decir que estamos frente a un grupo poblacional vulnerable por la etapa del ciclo vitavercital que atraviesan y por el deterioro de la protección social(Bello, Marchena, 2011,p.121).

En la provincia de Mendoza el 22,6% de los hogares se encontraban, en el año 2010, en la etapa de expansión y en la etapa de consolidación y el 38% atravesando la etapa de

⁶La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de los hogares urbanos y rurales de la provincia de Mendoza. La misma es un relevamiento anual efectuado habitualmente en el mes de octubre, realizado por la Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas (DEIE), que tiene por finalidad caracterizar las condiciones de vida objetivas de los hogares mendocinos y de sus integrantes. El concepto de condiciones de vida da cuenta de los niveles de bienestar que ha alcanzado una determinada población y refleja el grado de desarrollo económico y social. Los datos sobre las condiciones de vida son insumos indispensables para la formulación, implementación y ejecución de políticas públicas.(Bello, Marchena. 2011)

desmembramiento. Son generalmente los miembros adultos y económicamente activos los que se van del hogar para formar el suyo propio, dejando a padres maduros que son económicamente inactivos o que ganan salarios bajos(Bello- Marchena 2011)

Estas familias con una cantidad de miembros cada vez menor, que forman parte de clases medias altamente heterogéneas y con una movilidad social muy volátil, deberán desarrollar estrategias familiares de cuidados en el marco de regímenes de bienestar de proteccionismo informal, fuertemente familiarista. La familia en su función de articuladora o ensambladora de recursos que provienen de la esfera familiar realiza una asignación de recursos que contribuye en muchos casos a acentuar la desigualdades de género.

Las mujeres se hacen cargo del cuidado en general y del cuidado de los adultos mayores en particular, mediante “ajustes”, conciliación entre los tiempos de trabajo productivo y reproductivo. Estas estrategias conciliatorias son: prácticas privadas que amortiguan la ausencia de políticas públicas y de una organización social que haga suyas las responsabilidades actualmente privadas. (Camacho, 2005)

Las familias pueden ser también consideradas como unidades articuladoras (M Franzoni 2009), y también como de ensamblaje (Sojo, 2007) con el mercado y el estado. Como señala MartínezFrazzoni (2008) “Las distintas prácticas de asignación de recursos se combinan a partir de decisiones tomadas en el marco de interdependencias familiares y estructuras de oportunidades, en gran medida dadas por los mercados laborales y la inversión pública. Así, las familias trasladan jerarquías y asimetrías al ámbito del mercado y el Estado. De este modo, la familia busca compensar las “fallas” que tanto el mercado como las políticas públicas tienen para asignar recursos a través del intercambio mercantil y la asignación colectiva, respectivamente, y lo hace por medio del trabajo no remunerado y desde las relaciones de poder que la estructuran, en general, y la división sexual del trabajo, en particular.(Franzoni , 2008,p. 49- 50)

En este sentido Sojo (2007) plantea que “El bienestar material de las personas se alcanza a partir de un complejo ensamblaje de recursos obtenidos en el mercado de trabajo — principal fuente de ingresos de los hogares, con otros vinculados a las prestaciones de los

sistemas de protección social, con las políticas sociales y con la infraestructura social a que se tiene acceso. Tal ensamblaje ocurre sobre todo en el ámbito doméstico, que a su vez genera recursos que se distribuyen de manera desigual y específica entre sus miembros, de acuerdo con una división del trabajo y con la microfísica del poder doméstico relacionada con el sistema sexo-género. (Sojo,2007, p. 157)

En tanto que desde el Estado como plantea Jelin existen estrechas relaciones entre las decisiones que se toman en las familias, en la propia sociedad y en las políticas públicas. Para el Estado no es indiferente que las familias opten por tener menos hijos y que las mujeres decidan acceder al mercado de trabajo, dividiendo su tiempo entre el cuidado de sus hijos o de adultos mayores y su actividad profesional. Estas y otras decisiones, así como las pautas de comportamiento de las familias, suponen cambios en la demanda de los bienes y servicios públicos, y deberían modificar las políticas públicas en un sentido o en otro “(Jelin, 2005).

Torrado también señala “La familia es la sede donde se opera la determinación de la posición social de una parte muy considerable de los agentes pertenecientes a una sociedad concreta. Desde este punto de vista, la familia es también una unidad de análisis privilegiada en el estudio de estructura de clases sociales y, por lo tanto, una unidad pertinente en el nivel macroestructural” (Torrado, 1998).

Las familias en tanto mediadoras entre estructura y subjetividad poseen prácticas que facilitan la reproducción social. Estas prácticas se desarrollan puertas adentro del hogar y de forma cotidiana, lo cual facilita su naturalización.

2.3.4 Las estrategias familiares de vida como mecanismo de asignación de recursos

En el caso de tener que sobrellevar el sostenimiento de adultos mayores el capital familiar se ve seriamente comprometido. De qué manera afectará al núcleo familiar, depende de las estrategias familiares de vida que se implementen. Dichas estrategias son “...aquellos comportamientos de los agentes sociales que estando determinados por su posición social

(pertenencia de clase) se relacionan con la formación y mantenimiento de unidades domésticas en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros.” (Torrado, 1982, p.28).

Otro aspecto a señalar en cuanto a las estrategias familiares de vida, tal como las plantea Torrado, es que “cada clase y estrato social ... que siendo socialmente condicionado por factores económicos, ideológicos, culturales, jurídicos, políticos, etc. contribuyen a la reposición o reproducción de cada clase o estrato social” (Torrado, 2006,p.18)

Coincidimos con la autora respecto a que la familia “con base en las condiciones de existencia que les impone su pertenencia de clase, las unidades familiares de cada clase social desarrollan estrategias de supervivencia encaminadas a asegurar la reproducción material y social del grupo y cada uno de sus miembros. Los principales aspectos de estas estrategias son, por un lado, la adopción de la división interna del trabajo por sexo y edad... considerada como más adecuada para la subsistencia del grupo. El comportamiento demográfico de los individuos sólo es inteligible a la luz de las estrategias de supervivencia de la familia a la que pertenece” (Torrado, 2006,p. 35) .

Las estrategias familiares de vida, mediante las cuales las clases asignan los recursos para el cuidado de adultos mayores, se realizan principalmente a través de la designación de alguna mujer de la familia como cuidadora principal, este rol es otorgado atendiendo a la división familiar del trabajo, el allegamiento residencial, y la relación de parentesco. Las mujeres llevan adelante estas tareas en el marco del trabajo reproductivo.

2.3.5 El cuidado asistencial como parte del trabajo de reproducción

La teoría feminista ha realizado importantes aportes que han posicionado al trabajo reproductivo como un elemento relevante no solo en términos de sustento de la vida, sino también en sus aspectos económicos, por sus aportes a la producción y reproducción del

capitalismo. Entre varias investigadoras se pueden mencionar los aportes de :Durán (1986, 1991);Carrasco (1991, 2002,2004); Izquierdo (1988, 1993); Ramos (1990); Miguélez-Torns (1992), Balbo, (1978, 1990); Murillo (1996); Hochschild (1989); Borderías (1996); Crompton (2006-2010); Perez Orozco (2002); Flores - Guerrero (2013); Gargallo (2006); Jelin (1994); Ezquerria (2011); Federici y Fortunati (1987) ; Federi(2010).

La vida cotidiana de todos los seres humanos se sustenta en un sin número de acciones que se desarrollan en el ámbito doméstico y que posibilitan desde el alimento hasta el sostén emocional para el mantenimiento de la vida. Gran parte de estas tareas son desempeñadas por las mujeres del hogar y estas acciones de cuidado son conceptualizadas como trabajo reproductivo. Siguiendo la conceptualización de Torns “Se lo denomina «trabajo de la reproducción» para diferenciarlo del trabajo de la producción (de bienes y servicios), su alcance abarca las actividades relacionadas con la gestión y el mantenimiento de la infraestructura del hogar y las derivadas de la atención y cuidado (en su más amplia acepción) de los miembros de la familia”. No está remunerado mediante un salario, es un trabajo eminentemente femenino y permanece invisible incluso a los ojos de las personas que lo llevan a cabo. Esta dedicación no es idéntica para todas las mujeres, porque varía según los distintos momentos de su ciclo de vida y según su clase social. Aumenta si se vive en régimen de dedicación exclusiva o de doble presencia. El trabajo reproductivo comprende no sólo la realización de una serie de tareas múltiples y en muchos casos simultáneas sino también que incluye elementos subjetivos y una multiplicidad de lazos interpersonales afectivos y también conflictivos y contradictorios que se conjugan, dándole características muy particulares. (Torns, 2008, p. 96/97)

El trabajo de cuidados, si bien es parte del trabajo reproductivo que realizan las mujeres, posee determinadas particularidades. Según Amáis Pérez Orozco (2002) el trabajo de cuidados, rompe con los límites del espacio doméstico, resalta sus componentes materiales e inmateriales. En primer lugar, es un trabajo mayoritariamente hecho por mujeres; en segundo lugar, es un trabajo que se guía por una lógica del cuidado, es decir, su objetivo directo es la satisfacción de necesidades. Además, es un trabajo que implica un fuerte componente afectivo y relacional; no se trata únicamente de prestar un servicio, sino que se

presta un servicio a alguien, se crean redes sociales, hay emociones implicadas. Este fuerte componente inmaterial hace muy difícil o imposible encontrar un sustituto de mercado para este trabajo o para ciertas dimensiones de él.

Con la mención al componente afectivo de este tipo de trabajo no queremos establecer una relación lineal entre trabajo de cuidados y que este sea un trabajo “hecho por amor”. La retórica del altruismo en el hogar ha servido para maquillar las relaciones de poder envueltas en lo doméstico, lo rutinario de muchas tareas, las dimensiones de la obligatoriedad y la coacción. Además del componente afectivo y relacional, es un trabajo que se caracteriza por la realización de múltiples tareas al mismo tiempo, por un componente de gestión constante de tiempos y espacios y por la polivalencia de los conocimientos necesarios. Es un trabajo donde la diferenciación entre tiempo de vida y tiempo de trabajo es sumamente dificultosa, más aún cuando se combina con diferentes formas de trabajo remunerado. En todos estos sentidos, se caracteriza por la transversalidad y simultaneidad de las tareas.

El trabajo de cuidados al ser realizado de manera simultánea con el trabajo productivo ocasiona una enorme demanda y carga para la mujer que los realiza, Carrasco (2003), explica que “mientras existía el tipo tradicional de familia junto al modelo de producción fordista y los trabajos de mujeres y hombres aparecían como paralelos e independientes, el nexo entre el cuidado de la vida y la producción capitalista permanecía oculto y toda la actividad que realizaban las mujeres en casa -cuidado físico y psicológico de la vida humana- se hacía invisible. Pero cuando las mujeres pasan a realizar los dos trabajos y viven en su propio cuerpo la enorme tensión que significa el solapamiento de tiempos y el continuo desplazamiento de un espacio a otro, entonces es cuando el conflicto de intereses entre los distintos trabajos comienza a hacerse visible. De esta manera, la tensión vivida por las mujeres no es sino reflejo de la otra contradicción mucho más profunda: la que existe entre la producción capitalista y el bienestar humano, entre el objetivo del beneficio y el objetivo del cuidado de la vida” (Carrasco, 2003, p. 26-27)

El aporte del pensamiento feminista respecto al trabajo reproductivo es visibilizar que, además de producir bienes y servicios, también se reproducen personas. Señalar que ambos procesos no están escindidos, que la producción solo nos importa en la medida en que reproduce vida. La reproducción es la lente desde la que mirar el conjunto, el eje transversal. Y no hay contradicción entre el objetivo de “vivir bien” y la sostenibilidad”, (A. Pérez, 2012).

Si bien gran parte de la literatura respecto a trabajo de cuidados hace referencia al cuidado de niños, adolescente, etc., en el caso del cuidado de adultos mayores el tema se torna aún más complejo, en primer lugar porque desde la más cruel lógica capitalista los viejos ya no son parte del mercado laboral, son muchos más costosos en términos de seguridad social y porque a diferencia de los niños que pueden ser escolarizados desde edades tempranas, existe poca infraestructura social que los pueda contener aunque sea unas horas al día-y cuando la hay, es acotada y muy onerosa-que permita alojarlos temporal o definitivamente mientras los otros miembros de la familia realizan sus tareas. Este tipo de cuidado se brinda en general, cuando los adultos mayores por una enfermedad o accidente dejan de ser autoválidos y requieren de cuidados constantes, es decir se acentúa la dependencia y por consiguiente las demandas de cuidados, es por eso que se lo denominado cuidado asistencial (Murillo, 2003,p.168)

Los adultos mayores pueden permanecer enfermos o ir sufriendo un proceso de deterioro crónico – en muchos casos muy severo- por lapsos de muchos años. Una mujer adulta que a los 45 años debe hacerse cargo del cuidado de sus padres, puede tener 65 años cuando estos fallezcan. Este dato no es menor si sumamos que en este estadio de la vida la gran mayoría tiene hijos jóvenes y adolescentes, nietos, un hogar y su trabajo/s también a cargo, etc., en los cuales tiene que realizar tareas de provisión y cuidado.

El trabajo de cuidado asistencial coloca a la mujer que lo brinda en un rol que no se define por su presencia en el espacio: dentro/fuera del hospital, cohabitando en el mismo domicilio o no “el sujeto que cuida, en una síntesis especial geoméricamente imposible de localizar, sigue cuidando y supervisando el cuidado desde cualquier lugar y momento. Los tiempos

mínimos de descanso se utilizan para organizar los próximos cuidados” (Murillo, 2003). Tanto como la provisión directa de cuidados y compañía, como la gestión de la logística necesaria si el cuidado es tercerizado, en ambos casos implica una donación de tiempo personal al tener que estar siempre en situación de alerta y disponibilidad.

Balbo (1978) ha acuñado el concepto “de doble presencia” para describir este tipo de situación, que da cuenta de estas estrategias cotidianas de mujeres que deben compatibilizar su actividad laboral con el trabajo doméstico y de cuidados en tiempos que son a su vez sincrónicos. Izquierdo (2003), señala que sería tal vez más adecuado hacer referencia a una doble presencia-ausencia. Por la dificultad de compatibilizar durante mucho tiempo las obligaciones laborales y de cuidados

2.3.6 Los tiempos del cuidado

El trabajo reproductivo de cuidado asistencial es llevado a cabo, en el caso de muchas mujeres, en forma simultáneas con largas jornadas de trabajo productivo, lo cual conlleva una enorme cantidad de dedicación en horas y esfuerzos. El tiempo y como es utilizado por las mujeres nos brinda elemento para poder comprender la dinámica diarias en las cuales se efectiviza tanto las tareas del cuidado como la gestión del cuidado.

El INDEC realizó en el 2013 la “Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo”, durante el último trimestre de 2013, entre ciudadanas y ciudadanos mayores de 18 años, representativos del 80 por ciento del país, el relevamiento fue llevado a cabo entre más de 65 mil personas. Algunos de sus datos más significativos para nuestra investigación se detallan a continuación:

En Argentina, entre los miembros de las familias, son las mujeres quienes más se responsabilizan por estas tareas domésticas. Las mujeres de entre 30 y 59 son las que dedican más tiempo a estas tareas, es decir, aquellas que se encuentran en sus años económicamente activos. Los varones de la misma franja etaria son también los más abocados a ese trabajo, pero con una participación 30% menor (el 61,3% de ellos). Las

mujeres que dedican mayor cantidad de horas al trabajo doméstico son aquellas en relación de pareja estable, sea formal o informal (el 95,3% de ellas lo hace), seguidas por las jefas de hogar (el 89 %) y las hijas, hijastras o nueras (79,8%).

El 88,9 % de las mujeres encuestadas realiza trabajo doméstico no remunerado, contra el 57,9% de los varones. La brecha es menor en Tierra del Fuego (91,7% de mujeres y 75,5% de varones), mientras que se incrementa notablemente en Salta, donde estas tareas son realizadas por el 85,2 % de las mujeres y el 46,6 % de los varones. En la Ciudad de Buenos Aires, las mujeres tienen una tasa de participación del 88,1% y los varones del 62,6%. La medición en horas también muestra fuertes desigualdades: en promedio, por día, las mujeres dedican 5,7 horas a las actividades domésticas no remuneradas, mientras que los varones dedican 2 horas cada jornada, menos de la mitad.

En cuanto a tasas de participación y horas promedio dedicadas al trabajo doméstico no remunerado según sexo y presencia de mayores de 64 años en el hogar, por jurisdicción, se destaca que en los casos con un mayor de 64 años en el hogar, las mujeres participan en un 83,2%, mientras que los varones lo hacen en un 54,2%. Con dos mayores y más las mujeres participan en un 81,3%, mientras que los varones lo hacen en un 50,9%.

Para Mendoza los datos en cuanto a las tasas de participación y horas promedio dedicadas al trabajo doméstico no remunerado según sexo y presencia de mayores de 64 años en el hogar, son los siguientes: en los casos con un mayor de 64 años, las mujeres participan en un 83,4%, mientras que los varones lo hacen en un 63,4%. Con dos mayores y más las mujeres participan en un 86,5%, mientras que los varones lo hacen en un 48,3%.

Las mujeres de clases medias tercerizan parte de las tareas domésticas en otras mujeres por vía de una diversidad de contratos o vínculos laborales y también familiares. Pero esto no las releva de las actividades de cuidado, las que están incorporadas al mercado laboral en muy pocos casos pueden desatenderse de las tareas y los cuidados del hogar, las mujeres siguen realizando actividades de gestión (planificación de tareas, comidas, compras, horarios, gastos, etc.) que implican un alargamiento de sus jornadas laborales y una simultaneidad de actividades.

Respecto al traspaso de las actividades del hogar hacia otro miembro de la familia, se realiza siguiendo mandatos sexistas. Las hijas le dedican 5,5 horas por día al trabajo no remunerado dentro del hogar, mientras que los hijos, 2,7 horas, según lo relevado en la primera Encuesta Sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo, presentada por el INDEC, el 10 de julio del 2014. Este dato es para hijas mayores de 18 años, entre las adolescentes 13% de cada 100 realiza trabajo doméstico intenso que interfiere con su aprendizaje.

En la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), del tercer trimestre de 2012, del INDEC, se constató que el 3,3% de las niñas argentinas, de 5 a 13 años realizan trabajo doméstico intenso –considerado trabajo infantil– durante diez horas o más a la semana que, principalmente, tiene que ver con el cuidado de sus hermanos e implica una barrera para poder estudiar. En cambio, entre los varones de su misma edad el 2% no puede ir a la escuela porque su mamá no tiene con quién dejar a sus otros hijos (una tarea indelegable del Estado a través de la puesta en marcha de jardines maternales). Pero en la pubertad la desigualdad recrudece. El 13% de las chicas de 14 a 17 años le dedica 15 horas o más a la crianza de sus hijos o sus hermanos/as, que es el parámetro del trabajo infantil en la Argentina para esa edad. La diferencia con los varones es mayor, ya que el 5,1% de los pibes de su edad tiene esa carga dentro del hogar, (Peke 2014).

Los datos precedentes nos permiten inferir que las mujeres en nuestro país estamos en presencia de un patriarcado público, esta denominación acuñada por Walby (1997) “da cuenta de que ha tenido lugar un movimiento, de una forma privada a una forma pública de patriarcado, de mujeres principalmente confinadas al ámbito del hogar y con trabajo no remunerado (patriarcado doméstico o privado), a mujeres insertas en el mercado laboral y la vida política (patriarcado público). Mientras que en el patriarcado doméstico los «beneficiarios» principales del trabajo de las mujeres son hombres, bajo el patriarcado público el producto de la segregación y la subordinación es “apropiado colectivamente”. Patriarcado doméstico y patriarcado público aluden a formas de desigualdad y no implican que el movimiento de uno a otro conlleve, necesariamente, mayor equidad de género”. *citado por* Martínez Franzoni, &Voorend (2009).

El régimen de bienestar familiarista refuerza una visión fuertemente ligada a valores patriarcales, que se sostienen por el ascendente que en muchos sectores sociales tiene iglesia católica. El Estado también contribuye, en muchos casos, en reforzar estos valores, una de las políticas de más alto impacto: la asignación universal por hijo, está sostenida por las actividades de cuidados que las familias –en general madres- deben cumplimentar para poder seguir percibiendo la asignación. La asignación es un derecho de los niños y una obligación a cumplir y demostrar por parte de las familias, en el caso de otro plan que ya no se encuentra en vigencia, Jefes y jefas de hogar la contraprestación era realizada fuera del ámbito doméstico y en muchos casos permitió terminalidad educativa e incorporación al mercado de trabajo de muchas mujeres.

Como ya hemos mencionado fenómenos como la reducción del tamaño de las familias ha transformado las relaciones de parentesco, los cambios y ampliación de los ciclo de vida, los tipos de jefatura del hogar, el número y espaciamiento de los hijos, la incorporación creciente de las mujeres en el mercado laboral, tensionan las relaciones de género puertas adentro de las familias, y son el marco en el cual cada las familias adoptara una estrategia familiar para proveer el cuidado asistencial de sus adultos mayores.

Las estrategias familiares son visibles cuando podemos “mirar” hogar adentro y dar cuenta de la asociación que se produce entre la distribución desigual del trabajo doméstico y las asimetrías de género en el mercado laboral. Conocer la dinámica de funcionamiento intrafamiliar nos permitirá entender y conocer que los proceso de empobrecimiento también tienen un anclaje ligado a la asignación de recurso en las familias, que se articulan y potencian con el mercado y las arquitecturas de los sistemas de seguridad social (Aguirre, 2009).

El enfoque amplio propuesto desde la economía feminista permite analizar con mayor claridad y rigor la pobreza específica de las mujeres. El modelo masculino de trabajo en el mercado no es generalizable, ya que implica libertad de tiempos y acciones, lo cual no es compatible –ni conciliable- con responsabilidad sobre el cuidado de las personas, sobre

todo con aquellas que no tienen capacidad de realizar las acciones habituales de la vida cotidiana (Carrasco 2013).

...los hombres tienden a vivir el tiempo de trabajo (sólo asumido como actividad laboral) de forma diacrónica y en función de sí mismos; mientras que las mujeres viven sincrónicamente los tiempos de sus trabajos (la actividad laboral y el de la reproducción) y casi siempre en función de los demás.(Carrasquer Y Torns, 2012, p.10)

En el próximo capítulo analizaremos los relatos de vida de mujeres cuidadoras. Cuáles son las estrategias de cuidados y el impacto en su vida personal y laboral . Las necesidades y exigencia a las cuales han tenido que adaptarse en tanto cuidadoras asistenciales de algún familiar directo.

CAPITULO 3

3.2 La mujer cuidadora o el Sísifo de cuidado

En este capítulo intentaremos conocer y comprender las estrategias familiares mediante las cuales se satisface las demandas y necesidades de cuidados asistenciales a los adultos mayores en las familias. Realizaremos una descripción y análisis a partir de los relatos de las mujeres entrevistadas⁷, el interés se focalizo en las formas en las cuales estas mujeres brindan cuidados y las implicancias personales de esta tarea.

En el marco teórico la hicimos referencia que la categoría de regímenes de bienestar desarrolladas originalmente por Esping-Andersen, nos aportaba elementos para profundizar en la comprensión de la relación entre envejecimiento, género y cuidados. En el trabajo de campo indagamos respecto a la asignación de recursos que realizan las familias de acuerdo al régimen de bienestar vigente, como señalamos en el capítulo anterior en Argentina el régimen de bienestar, con el cual los individuos deben asumir los riesgos que implican los diversos momentos de su vida , es fuertemente familiarista. Las necesidades de cuidados asistenciales de los adultos mayores es provista por diversas estrategias familiares, enmarcadas por su pertenecía de clases, la estructura familiar que poseen y la distribución de las tareas al interior del grupo familiar conforme a los arreglos familiares,

⁷Hacemos referencia a los relatos biográficos en el sentido acuñado por Bertaux (1988), en tanto el trabajo de campo no recabo la experiencia biográfica total de las entrevistadas, sino aspectos puntuales, recorridos parciales de su vida que eran relevantes para nuestra investigación.

que se manifiestan en las estrategias familiares de vida que se implementan para la atención del cuidado asistencial.

Las entrevistas fueron diseñadas a fin de obtener una descripción que permita reconstruir las experiencias personales de cuidado a nivel micro social. Los relatos permiten vislumbrar el mundo del cuidado, los actos cotidianos, los mandatos, los arreglos familiares, el amor y el hartazgo. Los relatos de estas mujeres cuidadoras nos permitieron comprender los mecanismos de asignación de recursos que realiza la familia conforme el género, la clase y las trayectorias familiares y personales, el ciclo de vida que atraviesa la familia y la mujer.

Las mujeres entrevistadas fueron seleccionadas teniendo como primer requisito que desarrollaran trabajos de cuidados asistenciales desde un año o más.

Para constatar su pertenencia de clases requirió información respecto a su condición de ocupación, y también de otros aspectos personales (edad, nivel educativo, composición del grupo familiar). Respecto a la tarea de cuidado, se le solicitó a las entrevistadas datos respecto a su relación con el adulto mayor, si cuida a su madre, padre, suegra, suegro. Si existe cohabitación o los adultos mayores viven en otro domicilio solos o con otro familiar o empleada/o. Cuenta tiempo años y cantidad de horas diarias que cuida/acompaña a su madre/padre. Las gestiones que debe realizar por atención médica u organizar al personal que cuida en el domicilio a los adultos mayores.

Para conocer los mecanismos familiares de asignación de cuidados, solicitamos la descripción más detallada posible respecto al porque fue ella la persona del grupo familiar que asume las responsabilidades del cuidado. También se profundizó en las entrevistas respecto a las múltiples tareas que implica el cuidado. El tiempo que el cuidado demanda y como estas actividades son sobrellevadas con el empleo, las necesidades personales y del hogar familiar de la cuidadora.

En el siguiente cuadro se hace una breve descripción del perfil socioeconómico y familiar a de las entrevistadas

Andrea	Edad	47 años
	Ocupación	Docente
	A quien cuida	A sus dos padres
	Grupo familiar	Casada. Dos hijos. Adolescentes
Beatriz	Edad	58 años
	Ocupación	Docente. Directora
	A quien cuida?	A sus dos padres
	Grupo familiar	Casada. Dos hijos adultos viven con e ella
Claudia	Edad	41 años
	Ocupación	Comerciante Autónoma. Artista plástica. Taller propio
	A quien cuida?	A su suegra y a la tía del marido
	Grupo familiar	Su esposo
Eliana	Edad	36
	Ocupación	Profesional- autónoma. Odontóloga
	A quien cuida?	Su padre
	Grupo familiar	Esposos dos hijos pequeños
Felisa	Edad	50 años
	Ocupación	Empresaria. Dueña PyMes. Chef. Empresa propia. Cinco empleados
	A quien cuida?	Madre
	Grupo familiar	Soltera
Gabriela	Edad	32 años
	Ocupación	Abogada
	A quien cuida?	Su madre
	Grupo familiar	Soltera. Hermano. Padre
Juana	Edad	52 años
	Ocupación	Prof. Enfermera-Jefa
	A quien cuida?	Suegro
	Grupo familiar	Esposo. Hijos adultos
Laura	Edad	48 años
	Ocupación	Dueña de una Pyme
	A quien cuida?	Madre y Padre
	Grupo familiar	Divorciada. 3 hijos adolescentes. Hermano
Marta	Edad	44 años
	Ocupación	Docente
	A quien cuida?	Madre
	Grupo familiar	Soltera. Hermana

3.3 El análisis temático de las entrevistas

Cumplida la etapa de recolección y transcripción del trabajo de campo, se consideró pertinente una primera aproximación para realizar el análisis. De la lectura de todas las entrevistas fuimos rescatando ejes discursivos que aparecían recurrentemente en lo que las entrevistadas relataban respecto de su experiencia de cuidados. La búsqueda de significaciones se realiza a partir de lo que las entrevistadas dicen, relata y de diversas formas manifiestan. Partiendo de la consideración que el lenguaje expresa lo social, consideramos que el análisis de relatos como método de investigación social posee dos supuestos fundamentales: 1) El conocimiento de la intersubjetividad social nos permite conocimiento indirecto del orden social, la intersubjetividad es producto del orden social y es mediante la intersubjetividad social cómo el orden social se constituye y funciona; 2) el análisis de los discursos nos permiten conocer la intersubjetividad social, porque los discursos las contienen y porque es mediante las prácticas discursivas como es producida (Ruiz, Ruiz 2009;5).

Los relatos nos permiten un acercamiento a las prácticas concretas de cuidados de adultos mayores y a la interacción que ellas conllevan. Desde una abordaje sociológico toda práctica social, dotada de sentido subjetivo, nos permite dar cuenta de sentidos colectivos producto de creencias, valores y roles pre establecidos que son socialmente otorgados. Existe en nuestra sociedad un espacio de sentidos compartidos respecto al lugar que las mujeres tenemos en las tareas de cuidados, la prácticas discursivas nos permiten un conocimiento y comprensión de la esta realidad social.

El primer paso del análisis fue el textual, centrándonos fundamentalmente en el plano del enunciado. Del análisis del contenido de cada una de las entrevistas se fueron desprendiendo “prácticas” y “vivencias” comunes, que nos permitieron conocer las estrategias familiares de cuidados asistenciales y las demandas y costos personales que estas implican para las mujeres cuidadoras.

Los relatos expresan los conflictos, angustias y el agotamiento que es parte de su cotidianeidad. Las crisis personales, de pareja. También las múltiples demandas laborales que deben ser conjugadas en un mismo tiempo con las familiares y las de cuidado en enfermedades que se cronifican. Los mandatos sociales que constriñen a cuidar y a resignarse. El amor, el abandono y las luchas de poder al interior de cada familia

Del trabajo de lectura de las entrevistas logramos reconocer dos instancias significativas. La primera, el momento “bisagra” cuando una enfermedad repentina y /o un agravamiento de dolencias crónicas hace necesario cuidados asistenciales de forma casi permanente. La segunda, cuando la familia establece las estrategias de cuidados y “asigna” el rol de cuidador principal a uno de sus miembros. De la descripción de las instancias concretas y cotidianas de cuidado, pudimos establecer cuatro núcleos temáticos comunes: el primero el tiempo y los tiempos del cuidado necesarios para brindar cuidado personal al adulto mayor. El segundo la doble presencia-ausencia de la cuidadora, la organización y conciliación del tiempo de trabajo productivo, con el reproductivo de su vida y su hogar, más las demandas del cuidado asistencial del AM. El tercero, el malestar del cuidado. “los costos del amor” las renunciaciones y pérdidas del tiempo personal, los efectos en el cuerpo y en la psiquis de la cuidadora. Y el cuarto el cuidado como “don” o como deber de “reciprocidad”, los mandatos culturales y familiares que naturalizan el deber de cuidar como un acto, privado, doméstico, familiar, que debe ser desempeñado por alguna de las mujeres de la familia.

3.2.1 El punto de inflexión o el momento bisagra

Los relatos describen las situaciones particulares los hitos, que marcan el inicio de necesidad y demanda de cuidados. En general estos momentos tienen que ver con la aparición de enfermedades discapacitantes y crónicas, accidentes, deterioro propio del envejecimiento. Las cuidadoras van alternando (algunas durante muchos años) rutinas de

cuidados más o menos intensas, acorde a las complicaciones o mejoras del estado de salud de los adultos mayores.

Andrea *“Hace un año ya comenzaron los cuidados y visitas más seguidas, luego con la internación estuve 3 meses cuidándola intensivamente desde ayudarla a higienizarse, hacerle compañía, curarle las heridas, hacer las tareas domésticas, comprar remedios y hablar con el médico.*

Beatriz quien cuida a su padre y su madre nos dice *“Hace cinco años me hago cargo del cuidado de ellos, mi madre tiene fibrilado el corazón por lo tanto es una paciente anti coagulada, con obesidad y deterioro mental, ...mi papá operado de cadera y dos veces de cabeza ,también esta ve limitado en su motricidad.*

Claudia también identifica claramente el momento en el cual la enfermedad de su suegra le cambia toda su vida. *Yo vivo con mi marido en el departamento de mi suegra, que también vive con su hermana (tía). Tuvimos que venirnos a vivir con ella porque a mi suegra le dio una suba alta de presión y mi tía no podía sola con los cuidados, porque son muy mayores las dos .Hace 3 años que con mi marido y yo nos encargamos de cuidar a las dos, turnándonos según las necesidades y tiempos de cada uno.*

Marta ,44 años, soltera, cuida ahora a su mama, viven en la misma casa, su madre ha sufrido un ACV, también cuidó a su padre que murió de cáncer. Nos relata cómo lleva adelante el cuidado de su madre *“ cambia todo, fue un giro de180 grados, es una cachetada que te da la vida y hay muchas cosas, pero uno tiene que estar muy bien parado en la realidad, más que nada, porque apenas pasa, todo el mundo te critica, todo el mundo te dice porque no hice esto, porque lo otro, porque no la llevaste acá, porque no la llevaste allá y no tienen idea de lo que... en segundos se transforma la vida, segundos que un minuto te conocía y al otro no puede hilvanar una frase. Los primeros quince días fueron muy duros, muy duros, para las dos. En eso que mi hermana vino y se quedó conmigo y yo*

la cuidaba de día y ella la cuidaba de noche y fue muy duro porque no sabíamos, entre las dos teníamos que ir aprendiendo.

3.2.3 Las estrategias familiares de asignación del cuidado

Es importante señalar que no todas las mujeres de una familia “cuidan”, en general existe una cuidadora principal. De las entrevistas se desprende que este rol es asignado y asumido teniendo en cuenta diversos aspectos: disponibilidad horaria, cercanía al domicilio y aspectos más subjetivos ligadas a las lógicas afectivas y de poder que se conjugan en el ámbito doméstico. En general, la primera variable que interviene es la de género, siempre es alguna de las mujeres de la familia la que deberá cuidar. El compartir la vivienda o cercanía espacial con el domicilio familiar es otro de los elementos que contribuye a la asignación. También la conformación del grupo familiar, el ser soltera, no tener hijos, o que los hijos sean adolescentes o adultos, parece ser otro elemento importante al determinar quién será la cuidadora principal.

Andrea (47 años docente) “Yo vivo a 50 km de la casa de mis padres y salía del trabajo en los momentos más críticos y viajaba todos los días a cuidarla y atenderla ya que mi papá y mi hermano trabajan. Mi hermana vive en Brasil y sólo yo podía hacerme cargo de sus cuidados porque ella se encontraba muy débil, con drenajes, asustada y sola, yo me tuve que hacer cargo de contenerla y ayudarla en su recuperación emocional. Actualmente los cuidados son menos frecuentes e intensos pero seguimos con la incertidumbre de que va a pasar acompañándola y cuidándola en todo momento. La que más está presente soy yo mientras los hombres trabajan. Hay una empleada que realiza las tareas de limpieza mientras yo la acompaño al médico, la cuido y la contengo.

En los dichos de Andrea es claro, transparente, la imposibilidad de poder asumir las múltiples y diversas tareas que realizamos las mujeres como trabajo. Sea este productivo, reproductivo, asistencial. La frase “ellos trabajan” en referencia a su hermano y su padre invisibiliza que ella también trabaja. Al comienzo de la entrevista nos había contado que trabaja desde las 7 de la mañana hasta las 15 horas, todos los días de la semana y que tiene

otras actividades en la tarde, algunos días de la semana. Además tiene su hogar con su esposo y dos hijas, una de 18 años, estudiante universitaria, otra hija de 10 años. Y que vive a cincuenta kilómetros de sus padres. Es claro que su condición de mujer es la que determina que ella y no los hombres de la familia se ocupen del cuidado.

Beatriz (58 años, docente. Directora) *“Mis tareas son de acompañarlos después de salir de mi trabajo, voy a la casa de ellos, preparamos la merienda, compartimos todo el tiempo libre que me queda. También colaboro con su alimentación, llevándoles lo que cocino en casa. Mi hermano se encarga de llevarlos al médico y los lleva a su casa los domingos y a fiestas familiares para que ellos no se sientan tan solos e integrados a la familia. Y mi hermana que vive en Buenos Aires, cuando viene a visitarlos, nos ayuda a nosotros dos en el cuidado de ellos. No existe una asignación de tareas, pero yo soy la única que está todo el tiempo pendiente de su cuidado”*.

De la narración de Beatriz, quien es directora de una escuela, llama la atención cuando menciona *“compartimos todo el tiempo libre que me queda”*. En otra instancia de la entrevista cuenta *“Mi trabajo me demanda, 8 horas y más, ya que en el colegio trabajo 6 horas y en la noche hago la parte administrativa en mi casa, después que toda mi familia se ha ido a dormir. También me ocupo de mis hijos y mi marido en los pocos momentos que me quedan libres, teniendo mucha ayuda de mi esposo que colabora en las tareas del hogar como las compras diarias para que yo prepare la comida y el control de mis hijos”*. ¿Cual es tiempo libre al cual hace referencia? Obviamente, el único tiempo que interpreta como tiempo de trabajo es el realiza como trabajo productivo, su ocupación rentada. Es para ella, como para gran cantidad de las mujeres y la sociedad en general, muy difícil poder reconocer las múltiples dimensiones del trabajo reproductivo y de cuidados, que tiene un importante valor social y económico invisible en la esfera doméstica. También es claro que sí hay una asignación de tareas. Su hermano limita su colaboración al traslado o visitas familiares, su hermana vive lejos. Es ella la que debe asumir el cuidado.

Las estrategias familiares de cuidado construyen un espacio de apoyos intergeneracionales, sustentado en una coerción afectiva y moral sobre quien asume cuidar. El

restos de los miembros de la familia aparecen en los relatos ligados a actividades recreativas (*llevarlos a comer los fines de semana, paseos*) o en situaciones de crisis (internaciones, operaciones), la cotidianeidad del cuidado es responsabilidad exclusiva de la cuidadora principal.

Las entrevistas nos han permitido el acercamiento a diversas formas de arreglos familiares que intervienen en la cotidianeidad del cuidado asistencial, arreglos familiares en lo que confluyen reciprocidades, afecto y obligación y en muchos casos tensión y conflicto.

El rol de la cuidadora principal, se asumen como algo natural. Con el sostenimiento en el tiempo de la necesidad de cuidado van apareciendo las dificultades que comienzan a presentarse en la vida cotidiana y la realización personal y laboral de estas mujeres

3.2.3 Los núcleos temáticos

3.2.4 El tiempo y los tiempos del cuidado

Entrevistadora– ¿Graciela cuántas horas trabajas por día?

Marta – (Risas) ¿Cuántas horas tiene el día?

Hay una superposición de tiempos de cuidados, en años, meses, y otro tiempo más cotidiano, el del día a día, que hace referencia a la multiplicidad de tareas, gestiones que son necesarias diariamente. Estos tiempos se van acumulando en el cuerpo y la psiquis de las cuidadoras, se expresan en cansancio, hartazgo, enfermedad, culpa, enojo.

Felisa relata (50 años, empresaria): *Mi mamá vive conmigo y tuve que irme a convivir con ella para cuidarla, ya que tuvo tres operaciones del corazón, además sufre de escoliosis por lo tanto tiene problemas de movilidad y tiene que usar bastón. No puedo dejarla sola. Yo me encargo de todas las tareas domésticas, más cobrar su jubilación, trámites bancarios, turnos médicos, acompañarla a sus controles y acompañarla constantemente*

con sus problemas de senilidad y para que no se sienta sola. Necesita cuidados constantemente y yo me encuentro sola realizando todas esas tareas, no hay ningún familiar que me ayude a cuidarla, sólo hay una persona encargada de la limpieza que la cuida mientras no estoy. Laboralmente me siento limitada por esta situación, ya que no puedo expandirme en mi negocio con nuevas oportunidades que se presentan a diario. No me alcanza el tiempo y no estoy en condiciones para complicarme en estos momentos.

En tanto Eliana,(36 años, profesional, autónoma), no convive con su padre. Nos cuenta, que su padre comienza a deprimirse con la muerte a su madre. *“Siempre fue muy dependiente de mi mamá, cuando ella falleció, hace una poco más de un año, fue un golpe muy duro para todos, pero especialmente para él. Mi papá es como casi todo el hombre mayor..., era muy dependiente de mi mamá, no sabía nada de la casa, te digo que ni se compraba él la ropa. Y de a poco es como que se ha ido apagando, es muy demandante a su manera. No come o come muy poco, pelea todo el tiempo con la señora que limpia en la casa, casi no quiere ver a sus amigos, constantemente nos llama a mi o a mi hermana para preguntar por todo, desde cómo se prende el horno en más. Es agotador, entre él y todas mis actividades, los chicos, mi casa.*

Gabriela (32 años, profesional, autónoma) abogada, cuenta respecto a su madre, hace dos años después de una operación de riñones la cual es exitosa, comienza su deterioro mental, alzheimer. *Fue un proceso que se desencadena con la operación, los médicos te explican que tal vez el stress desencadena la enfermedad y mil cosas, la verdad que es muy triste, físicamente está bien, pero es aterrador ver como se angustia al no conocernos, no me imagino lo que debe ser despertar y no saber dónde y con quién estas! Hay días que cree que mi papá, es decir su marido, es su padre. Yo te diría que más que cuidar a mi mamá yo lo que hago es acompañar a mi papá, él la cuida, pero está agotado. Es un estado de vigilia casi constante. Hay que cuidar que no se escape, que no prenda el gas, que no guarde comida debajo del colchón o en el placard. Vamos a un grupo de familiares con enfermos de alzhéimer, ayuda, contiene. Yo me encargo de las compras, trámites, me he*

tenido que mudar cerca, porque me iba a volver loca entre viajes, trabajo , PAMI, supermercado, etc .

3.2.5 La doble presencia-ausencia⁸

Soledad Murillo (2003), describe que el rol de la cuidadora, no se define simplemente por su presencia en el espacio: dentro o fuera del hospital, cohabitando o no en el mismo domicilio del adulto mayor...”el sujeto que cuida, en una síntesis especial geométricamente imposible de localizar, sigue cuidando y supervisando el cuidado desde cualquier lugar y momento. Los tiempos mínimos de descanso se utilizan para organizar los próximos cuidados”. Sean estos la provisión directa de cuidados y compañía, realizar tareas específicas, como cocinar, compras o la gestión de la logística necesaria si el cuidado es tercerizado en otra/s personas. En ambos casos implica una donación de su tiempo personal al tener que estar siempre en situación de alerta y disponibilidad para llevar adelante no solo el cuidado asistencial del adultos mayor, sino para conjugarlo con las otras actividades de su vida: Trabajar, cuidado y atención de sus hijos, esposos, hogares.

Andrea afirma “...Influye mucho en mi trabajo, porque siempre estoy pendiente de lo que pasa, llamando por teléfono a mi casa y controlando que todo esté bien.

Claudia (41 años, autónoma,), por su parte expresa: Yo me di cuenta que quería hacer todo sin delegar tareas a nadie, creyendo que podía, pero emocionalmente me generaba mucho daño ver el deterioro de ella.....Mi trabajo me demanda 6 horas y todo ese tiempo estaba pensando en ella, si estaba bien o si necesitaba algo, aunque sabía que estaba acompañada. Claudia, es artista plástica y en relación a ello dice “Mi vida personal se ve muy afectada, relegada, donde quisiera hacer más por los míos, pero no me dan los

⁸Balbo (1978) ha acuñado el concepto “de doble presencia” para describir estrategias cotidianas de mujeres que deben compatibilizar su actividad laboral con el trabajo doméstico y de cuidados en tiempos que son a su vez sincrónicos. María Jesús Izquierdo (2003), señala que sería tal vez más adecuado hacer referencia a una doble presencia-ausencia. Por la dificultad de compatibilizar durante mucho tiempo las obligaciones laborales y de cuidados.

tiempos. Mi desarrollo laboral se limitó sólo a cumplir mi horario de trabajo quitándome bastante mi creatividad para realizarme en lo que me gusta que es el arte..”.

Felisa relata al respecto: “ *Mi trabajo me demanda 8 horas diarias y en esas horas le llamo constantemente para ver cómo está y me siento con muchas más obligaciones porque tengo que tener la mente puesta en sus necesidades todo el tiempo (hace 4 años que cuida a su madre).*

Marta (44 años docente) dice sobre esto: “*Mi rendimiento laboral se ve afectado por toda esta situación, sobre todo en la parte de concentración, comprensión y oratoria. Demoro en contestar una pregunta, por ejemplo.*

Gabriela cuenta:”*Me limita mucho mi desarrollo laboral tener a mi mamá ya mayor y con problemas de salud ya que me lleva tiempo ir a verla, cuidarla, hacer sus trámites de cobro, médicos, acompañarla a hacerse sus estudios, pago de boletas y también me produce cansancio y hartazgo, se que suena mal, pero es así...”.*

Eliana, relata: “*...hay días que salgo del consultorio, paso a buscar a mi papá, voy a buscar los chicos al colegio y “todos” vamos al supermercado. Te puedes imaginar que es un caos. Pero como todavía no sé cómo hacer para estar en dos o más lugares al mismo tiempo, improviso. Hago lo que puedo y más! Y bueno...así voy por los pasillos del super tratando de no perderlo a él o a uno de los niños, mi papá quejándose por todo: precios, marcas! Los niños que quieren esto y aquello. Y yo que trato de recordar que tengo en mi casa y que me hace falta! y ver también la lista de cosas que dio marta (la señora que ayuda con la limpieza y cocina en la casa de su padre). Si no fuera agotador sería chistoso. Como cualquier madre trabajo, tengo las cosas de mi casa, mis hijos, mi marido y ahora también mi papá!!ya es demasiado!! ! Decí que con mi hermana nos acompañamos en esta que nos ha tocado!*

3.2.6 El malestar del cuidado. “los costos del amor”

A medida que la enfermedad se va cronificando la situación se hace cada vez más difícil e insostenible en el tiempo. Todas las entrevistadas manifiestan lo complicado de poder continuar con otros aspectos de su vida. El cansancio y la falta de tiempo acaban aislando, en muchos casos, a la cuidadora principal. Los relatos también muestran sentimientos de culpabilidad y angustia originados por su condición de cuidadores, la propia situación acaba desbordándole y aparecen enfermedades, como depresión, ansiedad, agotamiento, obesidad.

En todas las entrevistas se hace referencia a la imposibilidad de disponer de tiempo suficiente para sí misma. La dificultad para compatibilizar cuidados y otras responsabilidades. Su vida social trastocada o casi nula. Falta de intimidad Consecuencias en su situación laboral. Su salud personal deteriorada.

Como plantea García – Calvente (2004) cuidar tiene componentes objetivos y subjetivos. “La sobrecarga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol cuidador. El tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña la cuidadora y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados son ejemplos de indicadores de sobrecarga objetiva utilizados frecuentemente. La sobrecarga subjetiva se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional de la cuidadora ante la experiencia de cuidar.

Algunos autores hacen referencia a estas instancias con la expresión “la vida privada de sí”. Jesús izquierdo (2003). El cuerpo, la psiquis de las mujeres van convirtiéndose en el “síntoma”, la expresión de una contradicción que no es en modo alguno personal o individual, sino que evidencia contradicciones estructurales, propias del régimen de bienestar vigente en nuestra sociedad, que hace recaer este cuidado en las familias, particularmente en las mujeres. Ellas son las que deben absorber los costos reproductivos. Todas las entrevistadas manifiestan o bien diversos síntomas y/o enfermedades físicas y

mentales, como así también el dolor del deterioro de vínculos de parejas, familiares, amistades que la prolongación del cuidado sumado a todas las actividades que realizan que van siendo sostenidas con la vida de cada una de las mujeres.

- *“No tengo vida personal, no salgo ni me reúno con amigos, no llevo una vida social activa y tampoco tengo el afecto de un hombre que me acompañe en estos momentos ni tiempo para buscarlo. Mi vida se ve totalmente afectada por esta situación de cuidar a mi familia sola. Espero que esto pase pronto, que no sufran y que mi vida vuelva a retomar su curso pudiendo dedicarme algo de tiempo para mi mejoría espiritual y psíquica.”(Laura, 48 años)*

Laboralmente me siento limitada por esta situación de cuidado de mi madre, ya que no puedo expandirme en mi negocio con nuevas oportunidades que se presentan a diario. No me alcanza el tiempo y no estoy en condiciones para complicarme en estos momentos.

Mi vida personal, sentimental, se ven afectadas, ya que no puedo tener una relación estable de larga duración ya que no tengo tiempo por mis actividades laborales y de cuidadora . (Felisa, 58 años).

“El problema de salud de mi madre hace que esté más cansada, preocupada, ocupada y desconcentrada lo cual influye en el desarrollo de mis tareas laborales. Mi vida personal se ve afectada porque descuido a mi familia dejando a mis hijas solas y mis afectos de pareja también se ven afectados ya que me trae muchos problemas y desencuentros, no tengo tiempo de estar con él.”(Andrea, 47 años).

“Como consecuencia del stress en el que vivo, sufro de insomnio, hipertensión y obesidad y a nivel psicológico tomo antidepresivos y voy al psicólogo y al psiquiatra debido a mi insatisfacción con la vida que estoy llevando.”(Laura, 48 años).

“Mi salud física es buena, pero mi salud mental se ve afectada por el stress laboral y familiar, me siento agotada, angustiada, incomprendida y sensible.”(Beatriz, 58 años)

Soledad Murillo (2003), da cuenta de los costos que el cuidado crónico le cobra al cuerpo y la psiquis de las mujeres cuidadoras. La investigadora describe que cuando aparece la enfermedad hallamos a un sujeto femenino tan volcado en la salud del otro como descuidado en la suya propia. La mejoría o deterioro de aquel que enferma ha ocupado

totalmente su pensamiento: no hay lugar para otros contenidos. El cuidado se confabula con la lógica del desprendimiento de sí: todo gira en torno a quien nos lo reclama. Cuando se cronifica la enfermedad termina por saquear en tiempo y dedicación a quien lo prodiga. Los relatos manifiestan claramente el abandono de la propia vida, del auto cuidado que terminan afectando el cuerpo, los afectos, el trabajo

3.2.7 El cuidado como don el cuidado como “don” o “reciprocidad”

Las estrategias familiares de cuidado se diseñan teniendo en cuenta una lógica subyacente de que lo que se entiende por “el buen cuidado” (Lagareta, 2008). En nuestro país dado el régimen de bienestar familiarista vigente, continua en actuando una lógica que algunos autores denominan “esquemas de cuidado basado en la lógica del don contra don: “se los debemos” “cuidar como nos cuidaron” “por todo lo que me ha dado en la vida”. Es claro que el mandato de devolución de todo lo brindado es más fuerte para las hijas mujeres, los hijos varones o bien ayudan en lo económico o algún fin de semana invitan a comer o pasar el día al padre o madre.

Andrea, (54 años).Hace 10 años cuida a su mama. *“La mayoría de las hijas mujeres nos tenemos que hacer cargo de cuidar a nuestros padres como nos cuidaron a nosotros, nuestra tarea es más complicada que la de los hombres, ya que ellos se limitan a trabajar y aportes económicos, y las mujeres nos encargamos del cuidado y atención física y psíquica de ellos”*

Claudia (41 años) expresa *“Mi vida personal de pareja no se ve afectada porque lo hago por amor a mi marido, nuestra relación es segura y fuerte y entre los dos nos complementamos para sostenernos mutuamente y poder darles amor a la tía y a mi suegra. Mi marido es hijo único y su familia vive lejos para enfrentar esta situación. A los dos nos deja como mensaje que tenemos que tener actitud de servicio y abrir el corazón para aceptar tan dolorosa situación y la satisfacción de brindarles nuestros cuidados y nuestro amor.*

Beatriz (58 años) *“Ellos se sienten todavía autosuficientes y que pueden estar solos no preguntan si yo estoy bien realizando todo lo que hago, si afecta a mi familia, lo ven como una vuelta de la vida ya que ellos siempre estuvieron conmigo en todos los momentos buenos y malos, me nace cuidarlos por amor. Son anti geriátricos y no quieren que los saquen de la casa hasta el día de su muerte, son muy firmes en sus ideas. Me siento resignada a cuidar de mis padres sola hasta sus últimos días, ya que ellos reclaman mi presencia y la reciben como si hubiese llegado la súper mujer, ellos son felices con mi presencia”*.

Marta expone: *me auto exijo mucho, que no puedo tampoco evitarlo porque es lo que hay y es lo que tengo y tengo que cuidar, a parte, por qué yo no quise tomarme la bendita licencia psiquiátrica que todo el mundo me decía, porque yo... yo no quería renunciar a todo lo mío. Porque si yo ya me tomaba la licencia, una licencia tan larga, era adueñarme yo completamente del problema y qué iba a pasar, si ya trabajando como trabajo, teniendo la gente que tengo y todo, mi hermana va acomodando su vida, imagínate si yo me hubiese quedado los seis meses que te dan, o no sé cuánto, no sé, porque yo nunca la he necesitado, eh... ahí sí hubiera perdido toda mi vida directamente, me hubiese quedado enclaustrada en mi casa, eh... no estoy responsabilizando de esto a mi mamá, pero es la realidad o sea sucedió por ella . Entonces no quise, ahí fui egoísta y pensé en mí y dije no, yo voy a renunciar a todo, porque a mí me hace bien estar con los chicos, porque amo lo que hago y porque me hace bien estar con los profes, con los chicos .*

Las entrevistadas más jóvenes manifiestan una postura más crítica respecto al este deber ser del cuidado :

Eliana *“ Yo entiendo que es mi padre, pero me subleva esta obligación de tener que hacerme cargo, de tener que vivir pendiente de sus necesidades. Y me pregunto y yo? Y cuando hay un tiempo para mí? Cuando puedo hacer lo que quiero sin sentir que todo va a explotar si yo no estoy para sostenerlo. Con un discurso similar Gabriela, Abogada, manifiesta que hay días que lo tomo mejor, pero muchas veces siento enojo, no me resigno, siento rabia. Sé que parece egoísta, pero me cuesta ver en esa mujer que no me*

reconoce a mi mamá. Mi papá no acepta la idea de un geriátrico , creo que me da pena por él, por ella, por mi y también porque muchas veces extraño a mi mamá, a la familia que teníamos.

3.2.8 Algunas consideraciones particulares

En los apartados anteriores describimos los núcleos temáticos comunes que fue posible identificar. En este punto queremos hacer referencia a las diferencias que percibimos. En las entrevistadas más jóvenes se desprende de sus relatos, una cuota menor de deber ser respecto al cuidado a largo plazo, la opción de la institucionalización en un geriátrico es evaluado como una algo posible. Es claro que al ser más jóvenes 30 y 32 años se encuentran en un momento de su ciclo de vida en el cual están en pleno proceso de crianza de hijos pequeños y/ o bien en momento de consolidación de una profesión y/ o de una pareja. En todas la entrevistas fue posible percibir en las mujeres más jóvenes, una mayor posibilidad de plantearse sus necesidades personales, expresada desde el enojo o el cuestionamiento a la situación de cuidadora como destino inmutable.

Otro aspecto diferenciador tiene que ver con las mujeres con pareja y ocupaciones con mejores remuneraciones terciarizan en el personal contratado las actividades de cuidado directo, quedando a su cargo las actividades de gestión de la logística referidas a los aspectos ligados a trámites como médicos, obra social, organización de las personas contratadas para el cuidado . También presentan mayor disponibilidad de tiempo para actividades recreativas y de capacitación. Igualmente. Los relatos expresan el cansancio por la situación y la tristeza por el deterioro de sus familiares.

Las mujeres sin pareja y sin hijos o con hijos adultos ponen de manifiesto en sus relatos, que la extensión del tiempo de cuidado las fue obligando a mudarse a la casa de su madre/padre o a lugares más cercanos. La cohabitabilidad o cercanía a la residencia del adulto mayor aparece claramente como una estrategia de adaptación al cuidado asistencial.

Las mujeres de mayor edad, cuyos hijos ya son adultos, son las que dedican mucho más tiempo al cuidado del familiar dependiente. En estos relatos aparece más fuerte el discurso

del cuidado como un deber. La edad y la situación de nido vacío en su propio hogar, podrían ser aspectos a seguir indagando no solo desde la necesidad y demanda de los adultos mayores, sino desde las prácticas de estas mujeres para las cuáles ocuparse de otros es parte del sentido de sus vidas.

4. La pobreza de tiempo o el tiempo como variable de empobrecimiento

La pobreza y los fenómenos de empobrecimiento reconocen orígenes diversos que pueden ser fruto de elementos externos como crisis económicas y/o profundas transformaciones el envejecimiento demográfico. El cuidado de adultos mayores, con su demanda de tiempo y tiempos, coloca en riesgo de empobrecimiento a las familias. La pobreza de tiempo se refiere a la carencia que los hogares sufre debido a que sus miembros trabajan en exceso o no tienen recursos humanos suficientes para cubrir sus requerimientos de trabajo doméstico. Esto tendrá como consecuencia la desatención o abandono de otras actividades, como el estudio, la convivencia familiar, o el tiempo libre en general. (Araceli Damian, 2003,p 35)

Kabeer (1998) señala que la pobreza puede ser vista de una manera dual: como privación de necesidades básicas y privación de los medios para satisfacerlas. Las mujeres son pobres en la medida que no cuentan con el tiempo disponible para buscar las formas más apropiadas para satisfacer sus necesidades. Además de la pobreza de ingresos para las mujeres adquiere relevancia medir la pobreza de tiempo. La dinámica de la pobreza requiere de un análisis del concepto de tiempo. Ello parece mucho más importante en el caso de las mujeres dado que parte importante de su trabajo – el trabajo doméstico- no es valorizado monetariamente, pero puede medirse en términos de tiempo.

4.1 El déficit de tiempo como otra forma de empobrecimiento

El PNUD en el año 2012 presenta el documento: La interrelación entre los déficits de tiempo y de ingreso: Revisando la medición de la pobreza para la generación de respuestas de política, con la autoría de Antonopoulos, Masterson y Zacharias. Este trabajo postula la necesidad de incorporar a las mediciones de pobreza una mirada bidimensional que registre conjuntamente las brechas de ingreso y los déficits de tiempo.

El trabajo citado parte de cuestionar que la línea de pobreza, porque no incluye los “déficits de tiempo”⁹ demostrando que para algunos segmentos de la población estos déficits de tiempo literalmente *generan pobreza*, pero son invisibles en las mediciones oficiales, que solo evalúan la pobreza por ingreso.

Las autoras utilizan como propuesta una de una medida con un umbral modificado de pobreza de ingreso definido por la metodología LIMTIP^{10 11}. La utilización del indicador modifica la magnitud de la población de pobres ocultos. Para Argentina (Buenos Aires), con datos al año 2011, los pobres por LIMTIP alcanza un 11,1% de la población, en tanto que si solamente se analiza línea de pobreza los valores son del 6,2% .

Otros aspectos del informe relevantes para nuestro trabajo son: los hogares ocupados (con por lo menos un adulto ocupado) son más propensos a incurrir en déficits de tiempo, (pero no más pobres por ingresos) que aquellos hogares cuyos miembros no tienen empleo.

Las estructuras de los hogares es también un variable que influye. Los hogares encabezados por mujeres se encuentran tasas más altas de pobreza. Del mismo modo que entre los hogares con niños menores de seis años. La brecha entre los índices de pobreza de ingreso

⁹ Toda persona cuenta con 168 horas de tiempo total en una semana (24 horas x 7 días). Si la suma de las horas semanales que cada persona destina a: (i) cuidado personal mínimo requerido, (ii) empleo (como se reporta en los datos) y (iii) la porción del requisito de tiempo de producción doméstica según el nivel de pobreza que le corresponde a esa persona excede la cantidad total de horas que tiene una semana (168), se considera que esta persona, y el hogar al que pertenece, es incapaz de cumplir el requisito de tiempo de producción doméstica según el nivel de pobreza, es decir, tiene un déficit de tiempo.

¹⁰ La Medida de Pobreza de Ingreso y Tiempo del Instituto Levy (LIMTIP, por sus siglas en inglés) que propone este documento es una medida bidimensional que registra conjuntamente las brechas de ingreso y los déficits de tiempo

¹¹ En los anexos se realiza una breve descripción de la construcción metodológica del indicador.

oficiales y medidos por LIMTIP para los hogares encabezados por mujeres es grande: en Argentina 17,2% vs. 27%.

La mayoría de las mujeres que tienen déficits de tiempo tenían trabajos remunerados — situación muy semejante a la de los hombres— pero con una doble restricción: están sujetas a la restricción de tiempo de empleo y además a la restricción de tiempo de trabajo doméstico. Las personas empleadas constituyen una proporción mayor de pobres ubicados debajo de la línea de pobreza LIMTIP que debajo de la línea de pobreza oficial.

Si se mide con la metodología LIMTIP, la pobreza se extiende más allá de los ocupados ubicados en los quintiles inferiores de la distribución de ingresos laborales, por lo menos mucho más que la medición oficial de la pobreza. Si se ajustan las líneas oficiales de pobreza en función de los déficits de tiempo, habrá más pobres, los cuales son empleados que se ubican en niveles más altos de la distribución de ingresos provenientes del mercado de trabajo.

El informe también consideró la incidencia global y de género en la pobreza de tiempo y de ingreso por tipo de empleo. En Argentina existen diferencias relativamente pequeñas en los índices de pobreza de hombres y mujeres en diferentes categorías ocupacionales, en las mujeres que trabajan por cuenta propia era mayor la probabilidad de que tuvieran una combinación de pobreza de ingreso y de tiempo; sin embargo, el número de hombres era mayor, porque la mayoría de los ocupados por cuenta propia son hombres.

Entre las y los trabajadores asalariados no registrados, por otra parte, el número de mujeres con déficit de ingreso superaba al de los hombres. Por último, un hallazgo importante del trabajo citado, es que para el caso argentino el grupo más numeroso de la población pobre de ingreso LIMTIP (hombres y mujeres) estaba constituido por trabajadores asalariados registrados.

Los resultados del informe contribuyen a reafirmar nuestros supuestos de investigación, respecto a la necesidad de profundizar estudios de reproducción y movilidad social que

incorporen el tiempo como variable de empobrecimiento. Los perfiles señalados por el documento, el género, estructura del hogar, ocupación, quintiles a los cuales pertenecen las trabajadoras, proveen de un amplio material de análisis.

Es importante señalar que el trabajo mencionado en ningún momento hace referencia al tiempo que demanda el cuidado asistencial de adultos mayores. Otro dato invisibilizado en el registro del uso del tiempo es el dedicado al cuidado en otros hogares. Hemos podido conocer por medio de las entrevistas que las mujeres cuidadoras no solo proveen cuidados a su familia en su hogar, sino también que atienden numerosos requisitos de cuidados en el domicilio de sus padres/madres, lo cual también les demanda tiempo de viajes y traslados. Esta sobrecarga de horas no es analizada como déficit de tiempo, por lo cual es razonable suponer que las mujeres cuidadoras de adultos mayores poseen mayores niveles de pobreza de tiempo.

Las crisis económicas son fácilmente visibilizadas socialmente por el mercado, el estado y también por la familia. El poder analizar el aumento del envejecimiento demográfico, como una probabilidad cierta de riesgo de empobrecimiento lo es en mucho menor medida, particularmente, sus aspectos ligados al cuidado son percibido como algo individual, domestico que debe ser resuelto en el ámbito privado de las familias.

Se invisibiliza una fuerte transferencia de tiempos y recursos desde la familia y desde la mujer hacia la sociedad toda. Esta condición ha sido denunciada y estudiada por el pensamiento feminista, el cual denomina a este tipo de tareas como trabajo de cuidados y a su impacto general como economía del cuidado. Los cambios demográficos en curso agravan aún más las demandas de cuidados que deben ser cubiertas por las mujeres.

El cuidado asistencia de adultos mayores tiene un componente mucho menos gratificante que el cuidado de niños, no se cuida para la vida, sino que se acompañe el deterioro de los seres queridos hasta la muerte. Se conjugan amor y cansancio, querer seguir teniéndolos como parte de la vida y también añorar un tiempo personal, un espacio para su propia vida. La privatización del cuidado, se acentúa en regímenes familiaristas como el vigente en nuestra sociedad. Es claro que las falencias de los sistemas de protección en la atención

mediante la seguridad social de las diversas necesidades de cuidados. Los costos sociales de las transformaciones demográficas están siendo soportados mayoritariamente en ámbito familiar por las mujeres, convirtiendo la precarización del cuidado en una nueva forma de riesgo social.

Las mujeres de clase media, en nuestro caso en estudio, están pagando con su tiempo los costos que no están siendo cubiertos por los sistemas de protección. El amor, el don, el sacrificio personal en la atención de los adultos mayores encubren riesgos que afectan las posibilidades de movilidad social. La falta de tiempo, el cansancio, la simultaneidad de actividades y tareas de trabajo productivo y reproductivo impacta en las posibilidades y modalidades de inserción laboral de las mujeres a cargo de adultos mayores.

Es imprescindible hacer visible que nuevas realidades sociales, como el envejecimiento masivo, requieren la modificación de los sistemas de protección, de nuevos pactos intergeneracionales, de cuestionamientos de mandatos de amor. El estado debe brindar políticas públicas con perspectiva de género, a fin de no reforzar aún más las desigualdades y permitir que el cuidar y/o la inserción laboral sea una decisión libre y no el producto de mandatos. Es necesario “La politización del cuidado, lo que implica marcar una frontera con la trampa emocional de la piedad y la compasión. El cuidado no es un asunto de sentimientos y de prácticas entre próximos, es un encadenamiento de actividades cuya organización produce desigualdades no solo de acceso a los cuidados, sino también de acceso a las capacidades de vida y de poder.” (Sánchez y Palacio , 2013)

Reflexiones finales:

Al comenzar el presente trabajo nos planteamos indagar las consecuencias que el aumento del envejecimiento demográfico y su necesario correlato de una mayor demanda de cuidados, pueden tener en mujeres de sectores medios. Partimos del supuesto que más allá de los procesos estructurales – desempleo, precarización, caída del salario real- existen dentro de la dinámica familiar situaciones ligadas a las trayectorias vitales, como el proceso

de envejecimiento de uno o varios de sus miembros que conjugados con procesos macro económicos pueden colocar a estos sectores en condiciones de inclusión social frágil con alto riesgo de descenso social.

Con el objeto de indagar respecto a los sistemas de protección social trabajamos con el concepto de régimen de bienestar vigente. En el caso de Argentina las características de la articulación entre estado, mercado, familia permiten denominarlo como productivista informal, con fuerte componentes familiaristas al momento de atender los riesgos.

Las características de este régimen de bienestar proveen, mediante la asignación de recursos, una determinada estructura con la cual las familias y los individuos afrontan las demandas y necesidades de cuidados de los adultos mayores. A fin de conocer dicha asignación de recursos se describió las características actuales de las clases medias, con una conformación altamente heterogénea y con una movilidad social en muchos casos frágil, este dato es más significativo en sus estratos más bajos.

En cuanto a las familias observamos que se ha modificado su composición, menor número de integrantes, más jefaturas familiares, mayor incorporación de mujeres al mercado laboral. La actual crisis de cuidado combina crecimiento masivo del envejecimiento poblacional con los cambios en la conformación y estructura de las familias. Las transformaciones mencionadas, van conformando nuevos patrones de dependencia, en particular en los sectores medios. Más adultos mayores, menos cantidad de familiares, más años de vida y aumento de la discapacidad. Más mujeres insertas el mercado laboral. Las familias cumplen una función de articuladora o ensambladora en asignación de recursos, distribuyendo las cargas de cuidado de manera desigual en el marco de una división del trabajo y de la microfísica del poder domésticas

Las mujeres se encargaran del cuidado de los adultos mayores mediante estrategias familiares de vida, entre los tiempos de trabajo productivo y reproductivo. Estas estrategias, son sostenidas con el tiempo brindado, donado, por estas mujeres, según los mandatos del régimen familiarista vigente en nuestra sociedad. Son prácticas privadas que

amortiguan la ausencia de políticas públicas y de una organización social que haga suyas las responsabilidades actualmente derivadas al ámbito privado del hogar y la familia.

Del análisis de las entrevistas se desprenden claramente, la doble presencia o ausencia que viven estas mujeres. Es notable cómo se imprime en su cuerpo síntomas claros del stress de la cuidadora, los mandatos de amor y cuidado sellado por la incorporación de una cultura e ideología que hace del “amor y la entrega” virtudes innatas de la mujer que la preparan para cuidar. Un tema recurrente en las entrevistas es la escasez de tiempo, que las afecta tanto en su vida laboral como privada. Es en este aspecto que vemos que aparece claramente el riesgo de empobrecimiento. Consideramos necesario hacer hincapié en la importancia de incorporar la escasez de tiempo como una variable de alto valor explicativo para entender y atender los procesos de empobrecimiento.

Es claro que el aumento de la dependencia y menos tiempo, establecen una relación / conjunción, que hace cada vez más frágil la participación laboral, se evidencia en la pocas posibilidades de realizar perfeccionamiento o de ampliar sus emprendimientos personales, dan gratuitamente buena parte de su tiempo, y en algunos casos también de sus ingresos para colaborar con el gastos de alimentos o contratación de servicio doméstico o cuidadoras rentadas.

La mayor demanda de tiempo y tiempos de cuidado, coloca a estas mujeres en riesgo de empobrecimiento, por déficit de tiempos y por la poca disponibilidad no solo horaria sino también mental y psicológica para capacitarse, crear, disfrutar de espacios recreativos, etc.

Es imprescindible una nueva gestión del cuidado de los adultos mayores que atienda a los cambios producidos y los que vendrán, para lo cual es necesario la constitución de nuevos arreglos familiares en el reparto del trabajo tanto del productivo como el reproductivo, que mejore el acceso a las estructuras de oportunidades, a más disponibilidad de tiempo, de recursos. El aporte del Estado, debiera tender hacia el diseño de políticas públicas, que atiendan a las transformaciones demográficas en actuales. En el mismo sentido, al interior de la estructura familiar se debe comenzar a repensar las mayores demandas de trabajos de

cuidado a fin de redistribuir y asumir colectivamente los cambios que ya están entre nosotros.



Bibliografía

- Arriagada, I. (2009). La diversidad y desigualdad de las familias latinoamericana. Universidad de Caldas

- Aguirre, R. (2009). Parte I Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado. Las bases invisibles del bienestar social, 23.
- Auyero, J. (2000). Desde abajo: la transformación de las identidades sociales. M. Svampa (Ed.). Biblos.
- Ángeles, F., Liliana, R., & Tena Guerrero, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión (Dossier).
- Antonopoulos, R; Masterson T y Zacharias A (2012). La interrelación entre los déficits de tiempo y de ingreso: Revisando la medición de la pobreza para la generación de respuestas de política. Cuadernos: “Atando cabos, Deshaciendo nudos”, PNUD, a través de su Área Práctica de Género.
- Arceo, E. O. (2003). Argentina en la periferia próspera: Renta internacional, dominación oligárquica y modo de acumulación. Universidad Nacional de Quilmes Ediciones.
- Arceo, N. (2008). Empleo y salarios en la Argentina: una visión de largo plazo. Capital Intelectual.
- Ariño, M. (2010). Transformaciones en el mercado de trabajo (pea, empleo, salarios, ingresos). El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002), ed. EDHASA, Buenos Aires.[Links].
- Arlegui, M. A. (2009). Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente a la vejez en contextos vulnerables. In Buenos Aires: XXVII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Arriagada, I. (2005). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. Revista de la CEPAL.
- Arriagada Irma 2007 .Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina en Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros (CEPAL)Santiago de Chile.

- Arriagada, I., & Sojo, A. (2012). Las clases medias en América Latina: algunas conjeturas desde la perspectiva de género. *Pensamiento iberoamericano*, (10), 221-244.
- Aranibar Paula Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE Santiago de Chile, diciembre de 2001
- Aspiazu, E. (2014). Conciliación entre trabajo y responsabilidades familiares: una revisión teórica con enfoque de género. *Investigium IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, (1), 177-194.
- Bankirer M (2010) Composición de la población y envejecimiento en Torrado,S - El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002) TomoI Modelos de acumulación , regímenes de gobierno y estructura social. Ediciones edhasa. Buenos Aires Argentina.
- Basualdo, E. M. (2006). Estudios de historia económica argentina: desde mediados del siglo XX a la actualidad. FLACSO.
- Bello;C . Marchena, E, 2011 Hogares Vulnerables: Un estudio sobre los hogares Monoparentales y Unipersonales en Mendoza. Tesis de licenciatura FCPyS. Licenciatura en Sociología
- Bengoa, C. C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía*/Care as the backbone of a new economy. *Cuadernos de relaciones laborales*, 31(1), 39.
- Bertranou, F., & Paz, J. A. (2007). Políticas y programas de protección al desempleo en Argentina. OIT.
- Benigni, M., Lieutier, A., & Ludmer, G. (2012). Evolución reciente de sistema previsional argentino y su impacto en la pobreza de los adultos mayores1. *Avances legislativos y demandas a los sistemas públicos de protección*, 197.
- Bertaux (1997) Los relatos de vida. Perspectiva etnometodológica. Editorial Bellaterra 2005.

- BoccardoBosoni, G. (2012). Cambios recientes en la estructura social de Argentina, Brasil y Chile (1980-2010). *Revista de la Carrera de Sociología. Entramados y Perspectivas*, (2), 43-70.
- Carrasco, C., Borderías, C., &Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados. *Historia, teoría y.*
- Carrasco, C. (2006). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de Economía Crítica*, 5, 39-64.
- Cecchini, S., &Uthoff, A. (2007). Reducción de la pobreza, tendencias demográficas, familias y mercado de trabajo en América Latina. CEPAL.
- CEPAL 2004 Población, Envejecimiento Y Desarrollo. Comisión Económica para América Latina. *Panorama social de América Latina, 2004 (LC/ L.2220-P/E)*. Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Damián, A. (2003). La pobreza de tiempo. Una revisión metodológica. *Estudios Demográficos y urbanos*, 127-162.
- Dalle, P. (2012). Cambios recientes en la estratificación social en Argentina (2003-2011). *Inflexiones y dinámicas emergentes de movilidad social.Argumentos. Revista de crítica social*, (14).
- Danani, C., &Hintze, S. (2010). Reformas y contrarreformas de la protección social: la Seguridad Social en la Argentina en la Primera Década del Siglo. *Reflexión política*, 12(24), 18-29.
- Daude, C. (2012). Educación, clases medias y movilidad social en América Latina. *Pensamiento iberoamericano*, (10), 29-48.
- D'Elia, V. (2007). Pobreza en adultos mayores: Evolución y determinantes a partir del Plan de Inclusión Previsional. *Anales XLII Reunión Anual de la AAEP, Bahía Blanca, Noviembre De* Ipola, E., Torrado, S., León, A., & Carreón, J. M. (1976). *Teoría y método para el estudio de la estructura de clases sociales: con un análisis concreto*, Chile, 1970. Centro Latinoamericano de Demografía, Escuela Latinoamericana de Sociología de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

- DEIE (2012). Gobierno de la Provincia de Mendoza. Encuesta de condiciones de vida. Adultos mayores. <http://www.deie.mendoza.gov.ar/tematicas/>
- Del Cueto Carla y Mariana Luzzi La estructura social en perspectiva. Transformaciones sociales en Argentina, 1983-2013 en observatoriolatinoamericano12-grupo grapo, Democracia (2008)DOSSIER ARGENTINA: 30 años de democracia. Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe. UBA .Buenos Aires, noviembre 2013.
- Del Valle, A. H. (2014). Bienestar, familia y problemas de cuidados en América Latina. Emancipação, 13(3), 27-45.
- Ezquerra, S. (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. Investigaciones feministas, 2, 175-187.
- Esping-Andersen, G. (2001). Reestructuración de la protección social. Nuevas estrategias de reforma en los países adelantados. Rolando Franco (coord.) Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia. México: Siglo XXI y CEPAL, 202-216.
- Ezquerra, S. (2011). Miradas feministas a los efectos de la crisis. Viento Sur, 114, 91-98. Estudio, U. Intergeneracional En América Latina?. Repositorio Universitario Digital del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, 271.
- Franzoni, J. M. (2008). ¿Arañando bienestar?: trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- González Ollino, D. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe.
- Filgueira Fernando 2008Estructura de riesgo y arquitectura de bienestar Titulo, - El desarrollo maniatado en América Latina : estados superficiales y desigualdades profundas En: Buenos Aires Lugar CLACSO Editorial/Editor Fecha Colección CLACSO-CROP
- Franzoni, Martínez J., & Voorend, K. (2009). Sistemas de patriarcado y regímenes de bienestar en América Latina.¿ Una cosa lleva a la otra?.

- Franzoni, Martínez J., & Voorend, K. (2009). Sistemas de patriarcado y regímenes de bienestar en América Latina. ¿ Una cosa lleva a la otra?.
- Franzoni Martínez, J. (2008). Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familias. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica/UNDP. Los Regímenes de Bienestar en el ocaso de la modernización conservadora.
- Franzoni, J. M. (2005). La pieza que faltaba: uso del tiempo y regímenes de bienestar en América Latina. Nueva Soicidad, 199, 35-52
- Franzoni, y Camacho (2006) Del trabajo al trabajo... orientaciones hacia el trabajo remunerado de las mujeres en Costa Rica. PNUD-INAMU, número 1, 55 páginas.
- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia.
- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia.
- García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta sanitaria, 18, 83-92.
- Gargallo, F. (2006). Ideas feministas latinoamericanas, historia de las ideas.
- HalperinWeisburd, L.(dir.)(2009)". -Compilador/ao. Editor/a Autor (es) Cuestiones de género, mercado laboral y políticas sociales en América Latina. El caso Argentino", Documentos de Trabajo N° 13, CEPED-UBA, Buenos Aires.
- Huenchuan Sandra. 2013. Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe .La hora de avanzar hacia la igualdad. (CEPAL) Santiago de Chile .
- INDEC Gacetilla de Prensa 29 de diciembre de 2011
- Izquierdo, M. J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado.

- Jelin, Elizabeth (2005), “Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas”, Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Irma Arriagada (ed.), serie
- Jelin, E. (1994). Familia: crisis y después.. Vivir en familia, 23-48.
- Lagareta Iza, M.. (2008). El tiempo donado en el ámbito doméstico1. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados/Time donated within the household. Thoughts for the analysis of housework and housecare. Cuadernos de relaciones laborales, 26(2), 45.),
- Martínez, A. (2010). Hacia la Convergencia entre Empleo y Familia Un Análisis de la Política Pública de Fomento a la Participación Laboral de la Mujer: Programa de Estancias Infantiles en México.
- Martínez Gómez, Ciro, Tim Miller. Paulo Saad Participación laboral femenina y bono de género en América Latina . CEPAL – Colección Documentos de proyectos Participación laboral femenina y bono de género en América Latina. Naciones Unidas, Santiago de Chile diciembre de 2013
- Milosavljevic, V. (2007). Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina. Cepal.
- Minteguiaga, A., & Ubasart-González, G. (2014). Menos mercado, igual familia. Bienestar y cuidados en el Ecuador de la Revolución Ciudadana. Íconos-Revista de Ciencias Sociales, 18(50), 77-96.
- Molina Derteano, P. (2013). Primeras aproximaciones para el estudio de los procesos de estratificación en los aglomerados urbanos en Argentina. *Revista Confluencia*, (13), 55-82.
- Mora y Araujo, M. (2010). Vulnerabilidad de las clases medias en América Latina: competitividad individual y posición social. En: Clases medias y desarrollo en América Latina. Santiago: CEPAL; Fundación CIDOB, 2010. LC/L. 3240. p. 143-172.
- Montaña, S., & Calderón Magaña, C. (2010). El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. CEPAL.

- Monteverde, M., Noronha, K., Palloni, A., & Ageletti, K. (2008). Costos individuales esperados de cuidados de larga duración en Buenos Aires, México y Puerto Rico. In E. Peláez (Ed.), 3rd Conference of the Latin American Population Association, Córdoba, Argentina (pp. 24-26).
- Murillo, Soledad (1995). "Espacio doméstico: el uso del tiempo" en El espacio según el género ¿Un uso diferencial? Constanza Tobío y Concha Henche, Ed., pp 133-140. Madrid: Comunidad de Madrid. 1996 El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio. Madrid: Siglo XXI.
- Neffa, J. C. (2006). Teorías económicas sobre el mercado de trabajo. Fondo de Cultura Económica.
- Observatorio social (2014) Informe 44. Economía Social y Solidaria: Alcances, Desafíos y Límites [h](#)
- Paramio, L. (2010). Economía y política de las clases medias en América Latina. Nueva Sociedad, 209.
- Paramio, L. (2012). Clases medias, política y democracia. Pensamiento Iberoamericano, 10, 273-29.
- Pérez Orozco, A. (2012). Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida. Investigaciones feministas, 2, 29-53 Pérez Orozco, A., & Del Río, S. (2002). La economía desde el feminismo: trabajos y cuidados. Rescaldos. Revista de diálogo social, (7).
- Peke Luciana (2014). Una pesada herencia. Suplemento Diario Página 12 , VIERNES, 18 DE JULIO
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Redondo, N. (2003). Envejecimiento y pobreza en la Argentina al finalizar una década de reformas en la relación entre Estado y sociedad. In Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social (Vol. 51).

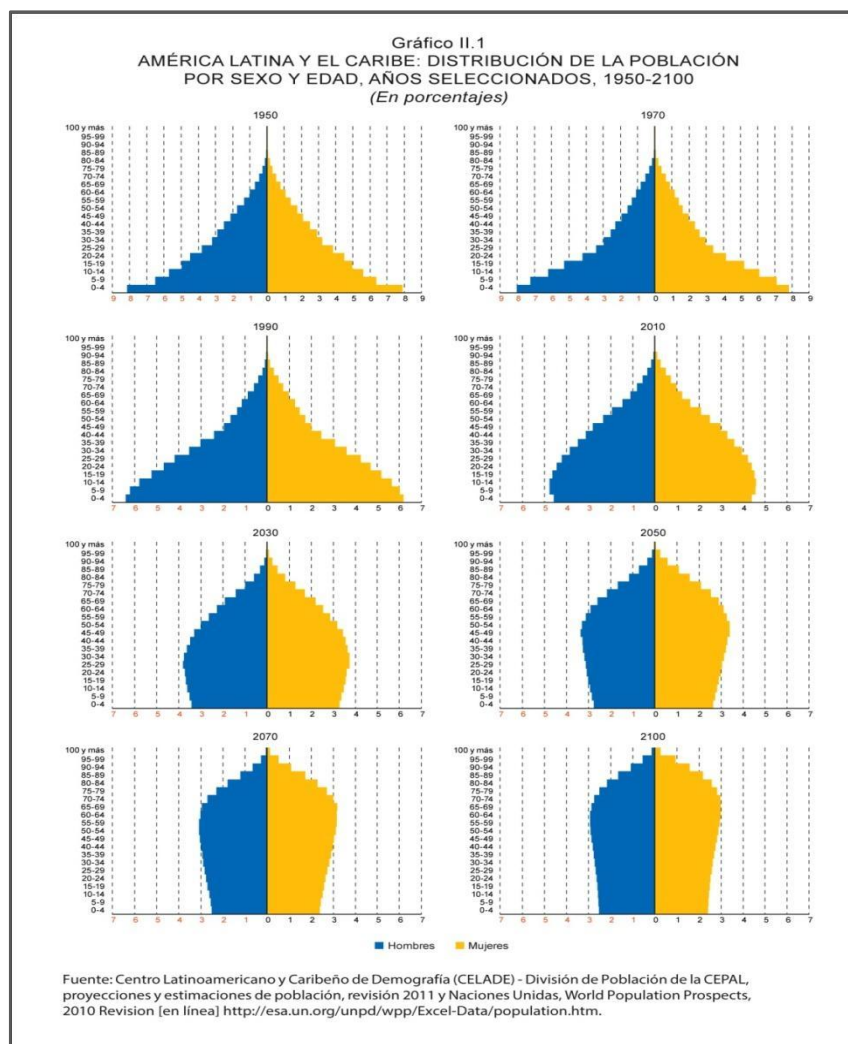
- Rojas, W. D. V. Ni prósperos ni pobres. Condiciones de bienestar precario en hogares estratos medios: Chile y Costa Rica.
- Sacco, N. (2013) Cuestiones teórico-metodológicas para el abordaje de la relación transición demográfica-clases sociales. XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Bahía Blanca.
- Salas, M. M., & Sáinz, J. P. P. (2006). De la vulnerabilidad social al riesgo de empobrecimiento de los sectores medios: un giro conceptual y metodológico. *Estudios sociológicos*, 99-138.
- Sánchez, Gloria Inés, María Cristina Palacio. 2013. Cuidado familiar, orden discursivo hegemónico y contrahegemónico. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia* 5: 29-45.
- Serie informes de coyuntura del observatorio social. Informe 43. Desigualdades de género en el mercado laboral en Argentina 2014.
<http://www.observatoriosocial.com.ar/es/investigacion/informes-de-coyuntura>
- Sojo, A. (2005). Estado, mercado y familia: el haz del bienestar social como objeto de política. versión revisada de ponencia presentada en la Reunión de expertos de la CEPAL “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”, Santiago de Chile.
- Sojo, A. (2007). 4. Cohesión social, género y regímenes de bienestar en América latina y el Caribe: elementos para la discusión. Archivo recuperado de internet el, 27.
- Svampa, M. (2000). Clases medias, cuestión social y nuevos marcos de sociabilidad. *Punto de vista*, 67, 34-40.
- Torrado, S. (2007): “Transición de la fecundidad. Los hijos ¿cuándo? ¿cuántos?” en Torrado (2007), op. cit.
- El costo social del ajuste: (Argentina, 1976-2002). Edhasa, 2010.
- Torrado, S. (1992). Estructura social de la Argentina. Ediciones de la Flor, Buenos Aires.
- Torrado, S.. (1982). El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina. Cuadernos del CEUR.

- Torrado, S. (2003). Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000). De LA Flor SRL Ediciones.
- Torrado, S. (2004). Argentina: Escenarios demográficos hacia 2025. SECYT. Plan estratégico de Mediano Plazo de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, SECYT, Observatorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.
- Torrado, S. (2007). Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Buenos Aires, Edhasa,(pág. 13-65).
- Torns, Pilar, C., T., Tejero, E., & Romero, A. (1998). El trabajo reproductivo. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Sociologia. España.
- TornsTeresa(2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales, no 15, p. 53-73
- Vaggione, J. (1993). Clases Medias y la teoría marxista. Criterios para su delerminación. Anuario del Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales. Editorial Advocatus, 367-391.
- Wortman, A. (2010). Las clases medias argentinas, 1960-2008. Franco, Hopenhayn y León.
- Wright, E. O. (1995). Análisis de clase. Julio Carabaña (comp.) Desigualdad y clases sociales. Un seminario en torno a Erik Olin Wright. Madrid. Fundación Argentarias–Visor distribuciones.
- Yañez, L...(2013) Movilidad social y clases medias en Mendoza. Un análisis de trayectorias familiares Seminario Internacional Movilidad y Cambio Social en América Latina ISSN 2362-4094
<http://seminariosms.fahce.unlp.edu.ar/sceyms/sceyms-2013/actas-2013/Yanez.pdf>



ANEXO

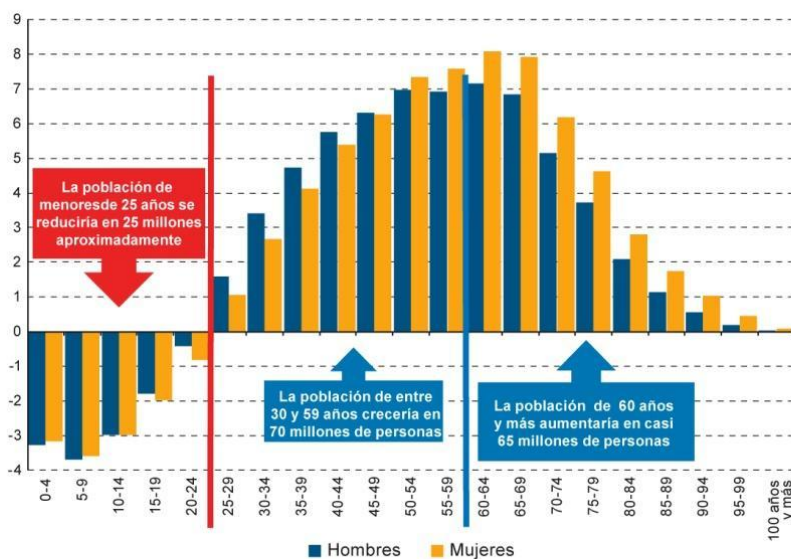
1. Pirámides de Población para América Latina



CELADE, A. L. (2012). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100

2. Estimaciones de crecimiento demográfico 2010-2030- AL y El Caribe

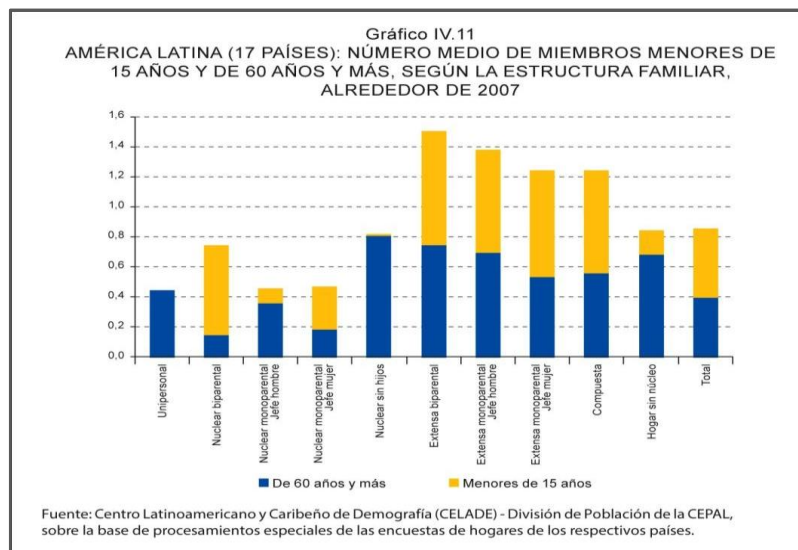
Gráfico II.8
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN
 POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 2010-2030
 (En millones de personas)



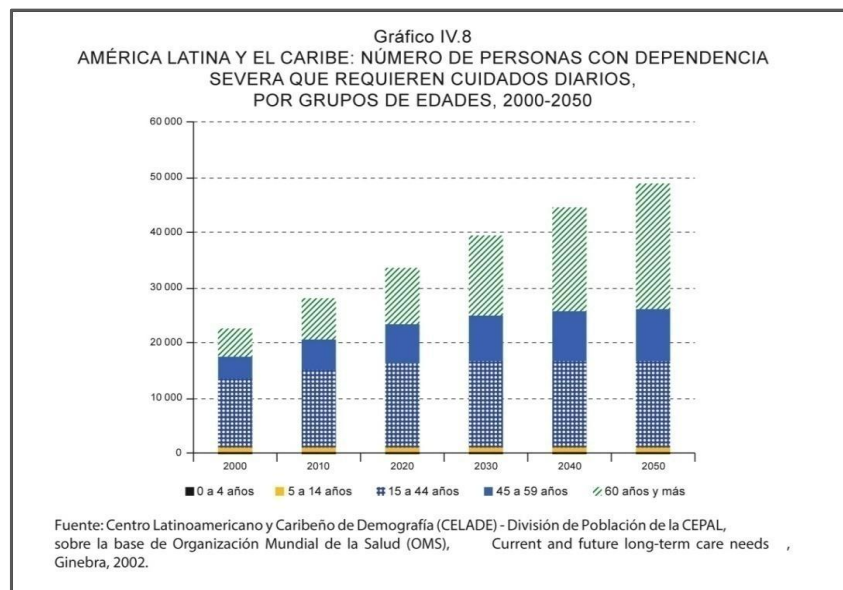
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, proyecciones y estimaciones de población, revisión 2011; y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2010 Revision [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

CELADE, A. L. (2012). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100

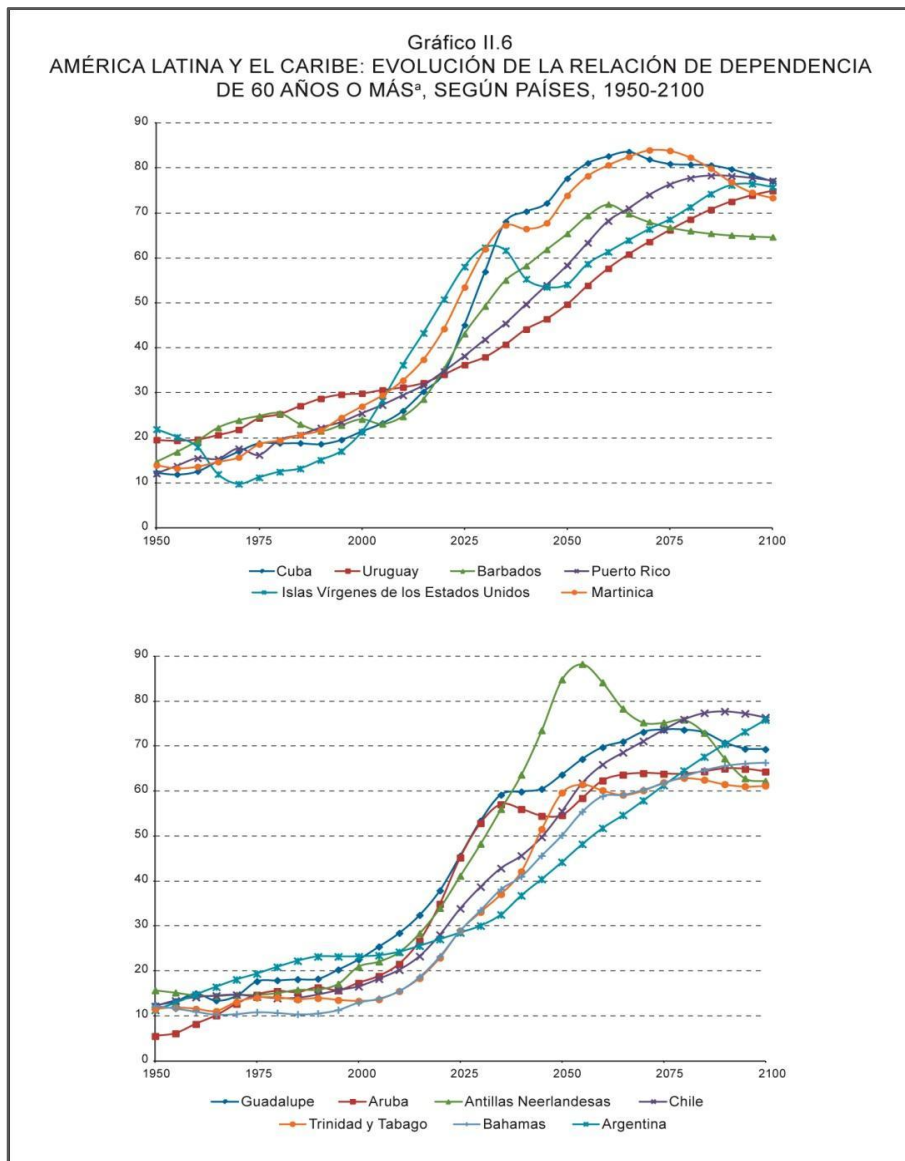
3. Estimaciones y proyecciones demográficas para AL y El Caribe



CELADE, A. L. (2012). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100



4. Relación de dependencia en AL y El Caribe



CELADE, A. L. (2012). estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100

5. Mendoza. Datos de Población

5.1 Población de 65 años y más según departamento. Mendoza. 2012. DEIE. Encuesta condiciones de Vida (2013)

Departamento	Población de 65 años y más	
	Abs	%
Total	182.804	10,2
Capital	17.261	14,8
General Alvear	6.352	13,4
Godoy Cruz	24.184	12,4
Guaymallén	29.522	10,1
Junín	4.005	10,3
La Paz	934	9,1
Las Heras	17.986	8,6
Lavalle	2.547	6,6
Luján	10.274	8,3
Maipú	15.272	8,6
Malargüe	1.932	6,7
Rivadavia	6.478	11,2
San Carlos	2.976	8,8
San Martín	13.103	10,8
San Rafael	22.324	11,6
Santa Rosa	1.515	9,0
Tunuyán	4.151	8,1
Tupungato	1.988	5,9

5.2 Población de 65 años y más por tenencia de jubilación según Departamento Mendoza. Año 2012.

Departamento	Jubilación o pensión		
	Total	Sí	No
Total	100	91,8	8,2
Capital	100	86,6	13,4
General Alvear	100	94,9	5,1
Godoy Cruz	100	92,9	7,1
Guaymallén	100	89,7	10,3
Junín	100	91,0	9,0
La Paz	100	93,3	6,7
Las Heras	100	91,0	9,0
Lavalle	100	91,4	8,6
Luján	100	93,3	6,7
Maipú	100	91,5	8,5
Malargüe	100	95,7	4,3
Rivadavia	100	94,5	5,5
San Carlos	100	94,5	5,5
San Martín	100	91,1	8,9
San Rafael	100	96,8	3,2
Santa Rosa	100	90,1	9,9
Tunuyán	100	90,9	9,1
Tupungato	100	91,7	8,3

Fuente: DEIE. Encuesta de Condiciones de Vida 2012.

**5,3 Población de 65 años y más por cobertura social o plan médico por departamento.
Mendoza año 2012**

Departamento	Tota l	Con cobertura	Sin cobertura
Total	100	96,7	3,3
Capital	100	97,3	2,7
General Alvear	100	97,4	2,6
Godoy Cruz	100	95,9	4,1
Guaymallén	100	97,5	2,5
Junín	100	98,6	1,4
La Paz	100	96,7	3,3
Las Heras	100	96,4	3,6
Lavalle	100	93,4	6,6
Luján	100	97,8	2,2
Maipú	100	94,6	5,4
Malargüe	100	96,3	3,7
Rivadavia	100	98,0	2,0
San Carlos	100	96,1	3,9
San Martín	100	97,3	2,7
San Rafael	100	97,0	3,0
Santa Rosa	100	95,3	4,7
Tunuyán	100	95,7	4,3
Tupungato	100	91,0	9,0

Fuente: DEIE. Encuesta de Condiciones de Vida 2012.

5.4 Población de 65 años y más con al menos un componente de NBI
Según departamento. Mendoza. Año 2012.

Departamento	Sin NBI	Con al menos un componente de NBI
Total	97,3	2,7
Capital	100,0	0,0
General Alvear	94,4	5,6
Godoy Cruz	100,0	0,0
Guaymallén	97,3	2,7
Junín	97,2	2,8
La Paz	91,6	8,4
Las Heras	98,6	1,4
Lavalle	88,7	11,3
Luján	98,4	1,6
Maipú	96,0	4,0
Malargüe	94,3	5,7
Rivadavia	96,2	3,8
San Carlos	97,7	2,3
San Martín	96,3	3,7
San Rafael	95,2	4,8
Santa Rosa	92,5	7,5
Tunuyán	98,2	1,8
Tupungato	93,1	6,9

Fuente: Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas en base datos del Censo Nacional de Población, 2010

5.5 Índice de dependencia potencia por sexo y departamento

Estructura por sexo y edad

Índice de dependencia potencial e Índice de envejecimiento por sexo según departamento
Mendoza. Año 2010

Departamento	Total	Índice de dependencia potencial			Índice de envejecimiento		
		Total	Jóvenes	Ancianos	Total	Varones	Mujeres
		%			%		
Total provincial	1.738.929	56,0	40,0	16,0	40,0	33,1	47,2
Capital	115.041	49,2	27,1	22,1	81,8	60,5	103,3
General Alvear	46.429	62,4	40,6	21,8	53,6	45,0	62,8
Godoy Cruz	191.903	54,5	35,4	19,1	53,9	41,3	67,0
Guaymallén	283.803	54,7	39,0	15,7	40,2	32,0	48,7
Junín	37.859	55,0	39,0	16,0	41,1	35,9	46,5
La Paz	10.012	57,2	43,0	14,3	33,3	31,1	35,6
Las Heras	203.666	56,8	43,3	13,5	31,1	25,0	37,5
Lavalle	36.738	60,9	50,2	10,7	21,3	21,2	21,4
Luján de Cuyo	119.888	55,5	42,5	12,9	30,4	26,8	34,1
Maipú	172.332	55,4	42,0	13,4	31,8	26,9	37,0
Malargüe	27.660	54,9	44,5	10,5	23,5	21,7	25,3
Rivadavia	56.373	59,0	41,2	17,8	43,2	38,1	48,5
San Carlos	32.631	56,8	42,9	13,8	32,2	30,6	33,9
San Martín	118.220	58,5	41,5	17,1	41,2	35,2	47,4
San Rafael	188.018	57,9	39,6	18,3	46,3	39,5	53,3
Santa Rosa	16.374	59,0	44,8	14,3	31,9	31,5	32,3
Tunuyán	49.458	58,4	45,6	12,8	28,1	25,5	30,7
Tupungato	32.524	59,3	49,9	9,3	18,7	18,4	19,0

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Índice de Dependencia Potencial: Es un indicador de dependencia económica potencial; mide la población en edades "teóricamente" inactivas en relación a la población en edades "teóricamente" activas.

6. Síntesis de la metodología utilizada para la construcción del indicador de Medida de Pobreza de Ingreso y Tiempo del Instituto Levy (LIMTIP, por sus siglas en inglés).

El PNUD en el año 2012 presenta el documento: La interrelación entre los déficits de tiempo y de ingreso: Revisando la medición de la pobreza para la generación de respuestas de política, con la autoría de Antonopoulos, Masterson y Zacharias. Es una medida bidimensional que registra conjuntamente las brechas de ingreso y los déficits de tiempo [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/2EA3CB1F85ACCDE505257C1900674977/\\$FILE/atando_cabos_3_esp%C3%B1ol_050213.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/2EA3CB1F85ACCDE505257C1900674977/$FILE/atando_cabos_3_esp%C3%B1ol_050213.pdf)

Las autoras utilizan como medida un umbral modificado de pobreza de ingreso definido por la metodología LIMTIP¹², la metodología utilizada para la construcción del indicador se realiza mediante:

- a) **La** Identificación de un “requisito de tiempo mínimo según el nivel de pobreza” para la producción doméstica. Evaluación para determinar si cada hogar tiene o no miembros adultos con tiempo suficiente para satisfacer los requisitos de tiempo según el nivel de pobreza. Tomando como base los criterios de las encuestas oficiales de uso del tiempo elaboradas para el País.

- b) Una vez que se identifican los hogares con déficit de tiempo, debe evaluarse si ese déficit induce o no la pobreza. Para ello se requiere, en primer lugar, monetizar su déficit de tiempo y subsecuentemente sumarlo al umbral oficial de pobreza de ingreso. Este umbral modificado de ingreso es el umbral de ingreso LIMTIP del hogar. En otras palabras, si el hogar no puede pagar por el cuidado de sus hijos para sustituir el déficit de tiempo del hogar (sin “forzar” al hogar a privarse de alguna

¹² La Medida de Pobreza de Ingreso y Tiempo del Instituto Levy (LIMTIP, por sus siglas en inglés) que propone este documento es una medida bidimensional que registra conjuntamente las brechas de ingreso y los déficits de tiempo

otra compra esencial en el mercado que forma parte de la canasta a nivel de pobreza), puede llegarse a la conclusión de que los déficits de tiempo se manifiestan como una privación —es decir, inducen a la pobreza. En todo el trabajo las referencias a las acciones de cuidados se limitan a referencias respecto a los niños, en particular menores de seis años, el tiempo de cuidado destinado a los adultos mayores no es estimado.

d) Al obtener acceso a perfiles de ingreso y tiempo, se estimaron nuevos índices de pobreza (LIMTIP) a nivel individual y del hogar. Por consiguiente, la incidencia de la pobreza según LIMTIP difiere del cálculo estándar porque suma a las cifras oficiales los “pobres ocultos”, es decir, las personas con ingresos más altos que el umbral oficial de pobreza pero no lo suficientemente altos para poder comprar sustitutos para sus déficits de tiempo. En el caso del trabajo de cuidados, hemos hecho referencia a que por sus características, al implicar afecto, es un tipo de cuidado es difícil de sustituir.

Las estimaciones de pobreza según LIMTIP, se basa , por un lado , en los ingresos, reflejan los ingresos actuales provenientes del trabajo más los impuestos redistributivos y las transferencias de ingresos y , por el otro, en los requisitos de producción doméstica actuales. Tomando como datos, entre otras cosas, los niveles actuales de bienes públicos y servicios de previsión social. Considerando los niveles prevalecientes de ingreso y previsión social, el efecto inductor de pobreza de los déficits de tiempo que enfrentan las personas y los hogares es significativo. La pobreza oculta existe y afecta por igual a mujeres, hombres y niños.



Entrevistas

Las entrevistas que se presentan a continuación han sido sintetizadas, dejando solamente los aspectos más relevantes para la investigación. También se han omitido, en algunos relatos, la descripción pormenorizada de los aspectos ligados a las enfermedades que padecen los adultos mayores.

Entrevista N 1 ANDREA

Edad 47 años

Ocupación: profesora de teatro en escuela y Licenciada en arte dramático

Nivel de instrucción: Licenciada en arte dramático.

Madre edad 71 años, ama de casa, primaria completa.

Padre edad 75 años, comerciante de materiales eléctricos, primaria completa.

Esposo edad 47 años vendedor de internet en empresa, terciario completo.

Hija edad 18 años, estudiando pre de ingeniería, secundaria completa.

Hija edad 10 años, estudiante de nivel primario.

Hermana 50 años, artista plástica, profesora de artes visuales, universitario completo

Hermano 42 años, comerciante de materiales eléctricos, secundaria incompleta.

Cuñado 54 años gerente en empresa petrolera en Brasil, universitario completo.

Cuñada 41 años, comerciante de accesorios, secundario completo.

Mis padres viven solos en su casa, mi mamá se enfermó en julio de este año, comenzó con un dolor muy fuerte y cuando le hicieron los estudios estaba muy anémica, se descompensa y la internan en una clínica, le hacen transfusión de sangre pero vuelve a descompensarse y termina siendo operada de la vesícula y ahí descubren los médicos que tenía un tumor arriba de la vesícula y deciden no tocar nada y sólo hacer una limpieza. Actualmente se encuentra en observación, con controles permanentes y medicados, y además con una dieta estricta y permanente.

Hace un año ya comenzaron los cuidados y visitas más seguidas, luego con la internación estuve 3 meses cuidándola intensivamente desde ayudarla a higienizarse, hacerle compañía, curarle las heridas, hacer las tareas domésticas, comprar remedios y hablar con el médico. Yo vivo a 50 km de la casa de mis padres y salía del trabajo en los momentos más críticos y viajaba todos los días a cuidarla y atenderla ya que mi papá y mi hermano trabajan y mi hermana vive en Brasil y sólo yo podía hacerme cargo de sus cuidados porque ella se encontraba muy débil, con drenajes, asustada y sola, yo me tuve que hacer cargo de contenerla y ayudarla en su recuperación emocional. Actualmente los cuidados son menos frecuentes e intensos pero seguimos con la incertidumbre de que va a pasar acompañándola y cuidándola en todo momento. La que más está presente soy yo mientras los hombres trabajan. Hay una empleada que realiza las tareas de limpieza mientras yo la acompaño al médico, la cuido y la contengo. Ella está muy sola ya que trabajan todos horarios de comercio. No hay nadie contratado para su cuidado personal. No hemos pensado en ningún momento llevarla a un geriátrico ya que entre todos colaboramos en su atención.

También me ocupo del cuidado de mis hijos y de mi esposo. Trabajo desde las 7 hs de la mañana hasta las 15 hs todos los días de la semana y tengo otras actividades en la tarde algunos días de la semana.

En algunas oportunidades los fines de semana tengo algunas actividades recreativas como visitar amigos o ir al gimnasio, pero día de semana se me hace imposible hacer algo recreativo.

El año pasado tuve mi última capacitación con el programa Conectar igualdad.

Mi única enfermedad es anemia pero me encuentro mal de salud ya que estoy medicada con hierro desde el mes de mayo.

El problema de salud de mi madre hace que esté más cansada, preocupada, ocupada y desconcentrada lo cual influye en el desarrollo de mis tareas laborales.

Mi vida personal se ve afectada porque descuido a mi familia dejando a mis hijas solas y mis afectos de pareja también se ven afectados ya que me trae muchos problemas y desencuentros, no tengo tiempo de estar con él.

Con mi hermana es una relación a la distancia ya que vive en Brasil pero siempre estamos conectadas y tomando decisiones juntas aunque estemos lejos.

Con mi hermano tenemos poca relación pero también tenemos peleas con respecto a las decisiones a tomar con respecto a nuestra madre, él quiere decidir por mis padres y a mi me parece que sus actitudes son déspotas.

Mi cuñado se encuentra en Brasil y mi cuñada no participa en nada.

Mis hijas me ayudan mucho en estos momentos cumpliendo con sus obligaciones, ayudando con las tareas de la casa y cuidándose mutuamente. Mi hija menor bajó mucho su rendimiento escolar este año por el problema de salud de mi madre y se encuentra muy dispersa.

En estos momentos es cuando se consolidan o se rompen vínculos familiares. Uno siente que se revierte la situación de la vida porque ellos siempre cuidaron de mi y lo siguen haciendo a pesar del momento en que estamos viviendo en la familia y no lo siento como una obligación tener que cuidar de ella, si no como algo natural de la vida.

Para mí este año ha sido muy fuerte por lo que me pasó.. conocí el miedo a la muerte y la preparación para enfrentarla.

Observación de la entrevistadora: la mamá de Analía tiene cáncer pero en ningún momento ella nombra esa palabra.. la tiene como negada en su vocabulario.

ENTREVISTA 2 BEATRIZ

Edad: 58 años.

Ocupación: docente, directora de escuela primaria.

Universitario completo. Profesora de educación primaria.

Madre: Susana, 85 años, ama de casa, primaria completa.

Padre: Arnaldo, 89 años, jubilado como supervisor general de escuelas. Secundario completo.

Esposo: Hugo, 61 años, comerciante independiente, secundario completo.

Hijo: Leandro, 23 años, estudiante ingeniería química, universitario incompleto.

Hijo: Julián, 22 años, estudiante ingeniería civil, universitario incompleto.

Hermano: Mario, 61 años, empresario con 150 empleados, universitario incompleto.

Hermana: María Eugenia, 53 años, directora de escuelas, educación para adultos, universitario completo.

Cuñada: Agustina, 61 años, ama de casa, universitario incompleto.

Cuñado: Luis, 58 años, profesor de educación física en escuela primaria, universitario completo.

Mis padres viven solos, cerca de casa y yo me hago cargo de sus cuidados, les hago la limpieza, lavo, voy al supermercado, a la farmacia, ellos no permiten que otra persona ajena a la familia los cuide. Ellos se sienten todavía autosuficientes y que pueden estar solos.

Hace cinco años me hago cargo del cuidado de ellos, mi madre tiene fibrilado el corazón por lo tanto es una paciente anti coagulada, con obesidad y deterioro mental, por lo cual, a veces, pierde la memoria, al punto de no recordar a mi papá y se desubica con la casa, tiene problemas de tiempo y espacio, mi papá operado de cadera y dos veces de cabeza debido a golpes en que se cayó y se le formaron coágulos en su cabeza y por su artrosis y cadera operada se ve limitado en su motricidad.

Mis tareas son de acompañarlos después de salir de mi trabajo, voy a la casa de ellos, preparamos la merienda, compartimos todo el tiempo libre que me queda.

También colaboro con su alimentación, llevándoles lo que cocino en casa.

Mi hermano se encarga de llevarlos al médico y los lleva a su casa los domingos y a fiestas familiares para que ellos no se sientan tan solos e integrados a la familia.

Y mi hermana que vive en Buenos Aires, cuando viene a visitarlos, nos ayuda a nosotros dos en el cuidado de ellos.

No existe una asignación de tareas, pero yo soy la única que está todo el tiempo pendiente de su cuidado.

No hay personal que los cuide porque ellos no aceptan a nadie en casa que no sea de la familia, no preguntan si yo estoy bien realizando todo lo que hago, si afecta a mi familia, lo ven como una vuelta de la vida ya que ellos siempre estuvieron conmigo en todos los momentos buenos y malos, me nace cuidarlos por amor.

Son anti geriátricos y no quieren que los saquen de la casa hasta el día de su muerte, son muy firmes en sus ideas apoyándose uno al otro desde los 13 años, según cuenta mi mamá.

También me ocupo de mis hijos y mi marido en los pocos momentos que me quedan libres, teniendo mucha ayuda de mi esposo que colabora en las tareas del hogar como las compras diarias para que yo prepare la comida y el control de mis hijos.

Mi trabajo me demanda, 8 horas y más, ya que en el colegio trabajo 6 horas y en la noche hago la parte administrativa en mi casa, después que toda mi familia se ha ido a dormir.

No me queda tiempo para mí, no hago ninguna actividad recreativa, sólo andar en bicicleta que para mí es un placer y en lo que me movilizo hasta la casa de ellos.

Mi última capacitación fue el año pasado (2013) y fue el de “Secretario escolar”.

Mi salud física es buena, pero mi salud mental se ve afectada por el stress laboral y familiar, me siento agotada, angustiada, incomprendida y sensible.

Mi rendimiento laboral se ve afectado por toda esta situación, sobre todo en la parte de concentración, comprensión y oratoria. Demoro en contestar una pregunta, por ejemplo.

Mi vida personal se ve muy afectada, relegada, donde quisiera hacer más por los míos, pero no me dan los tiempos. Mis hijos se respaldan en su papá por eso me siento relegada cuando hago mi autocrítica; ¿quiénes están primero? Estoy descuidando mi familia por cuidar a mis padres y preparándome para el día después que ya no estén, los reclamos de mis hijos y de mi marido. Mi pareja se ve afectada hasta en las vacaciones de verano, en que no trabajo, porque nunca estoy en condiciones de divertirme y estar bien, teniendo a mis padres enfermos.

Mi relación con mis hermanos son de respeto y cordiales, al igual que con mis cuñados. Cabe aclarar que tengo más afinidad con mi hermana, con quien comparto todo lo bueno y malo que me sucede.

Me siento resignada a cuidar de mis padres sola hasta sus últimos días, ya que ellos reclaman mi presencia y la reciben como si hubiese llegado la súper mujer, ellos son felices con mi presencia.

ENTREVISTA 3 CLAUDIA

Edad: 41 años.

Ocupación: artista plástica. Talleres propio

Nivel de instrucción: Universitario completo.

Madre: Susana, 66 años, ama de casa, primario completa.

Padre: Leandro, 68 años, mozo en restaurant, primario completo.

Esposo: Gustavo, 55 años, comerciante (restaurant), con 7 empleados, universitario completo.

Hijos: no tiene.

Hermana: Claudia, 44 años, empleada en spa, masajista, secundario incompleto.

Hermano: Armando, 42 años, empleado en estación de servicio (encargado), primario completo.

Hermano: Juan Manuel, 25 años, vendedor de motos en comercio, secundario incompleto.

Cuñados: no tiene, es hijo único.

Suegra: Carmen, 81 años, jubilada, comerciante, primaria completa.

Tía: Josefina, 78 años, jubilada, docente de teatro (artista), universitario incompleto.

Yo vivo con mi marido en el departamento de mi suegra que también vive con su hermana (tía). Tuvimos que venimos a vivir con ella porque a mi suegra le dio una suba alta de presión y mi tía no podía sola con los cuidados, porque son muy mayores.

Hace 3 años que con mi marido y yo nos encargamos de cuidar a las dos, turnándonos según las necesidades y tiempos de cada uno. Hace 15 días tomamos la decisión de internar a mi suegra porque deja de caminar, hay que darle de comer en la boca, no traga bien porque no coordina los movimientos ya que tiene mal de Parkinson y demencia senil. Durante estos 3 años, además de mi trabajo, tuve que hacerme cargo de la casa y del cuidado intensivo de mi suegra y mi marido acompañando a su tía para que no decaiga y tener que tener a las dos enfermas.

Tuve que empezar a dormir con ella por los cuidados sanitarios, no pudiendo descansar bien y estar pendiente de ella. Aseo personal (ella ya se sentía muy incómoda que la vieran desnuda), alimentarla, darle sus medicaciones. Todo el tiempo que estaba en casa estaba a su servicio.

Hace 1 mes tomamos la decisión de llevarla a geriátrico por el deterioro tan repentino de salud, donde necesitaba cuidados más específicos como una sonda gástrica y nos pareció

que ya solos no podíamos cuidarla lo suficiente y a la vez mi tía estaba cada vez peor al ver el deterioro de su hermana.

Ella aceptó ir al geriátrico creyendo que es una clínica donde van a mejorar su calidad de vida, aunque actualmente ella espera su mejoría para volver a casa y nosotros sabemos que no va a volver y que su enfermedad es irreversible.

Siempre mi marido y yo fuimos los únicos en atenderlas y cuidarlas a las dos desde hace 3 años. Nunca tuvo personal contratado para su cuidado, sólo una empleada doméstica para la limpieza.

En el geriátrico Rejuvenecer, hay 3 enfermeros, un encargado, y un dueño que está presente también. Entre los 3 enfermeros la cuidan en diferentes turnos.

Día por medio vamos a visitarla y ella se pone muy contenta, nos dice que está bien, que estemos tranquilos.

Pregunta qué dice el médico y que hasta cuándo va a estar en la clínica porque ella se siente mejor aunque no camine.

Ella de ánimo se ve mejor que cuando estaba en casa, está más erguida, más atenta con el entorno, conversa más, pero extraña a la familia que somos nosotros y a veces pide regresar a su casa. El costo mensual del geriátrico es \$6000 que lo sustentamos entre todos. Ahora además estamos más atentos a la Tía y a nuestros trabajos y tenemos un poco más de tiempo para nosotros y las salidas a cenar con la tía para distraerla. Yo me di cuenta que quería hacer todo sin delegar tareas a nadie, creyendo que podía, pero emocionalmente me generaba mucho daño ver el deterioro de ella. Con mucho dolor y agotados, tanto mi marido como yo dijimos no somos la Madre Teresa de Calcuta para verla sufrir tanto y sabíamos que en otro lugar los cuidados físico y emocionales iban a ser mejores.

Mi trabajo me demanda 6 horas y todo ese tiempo estaba pensando en ella, si estaba bien o si necesitaba algo, aunque sabía que estaba acompañada.

En estos 3 años, se fueron disminuyendo de a poco las actividades recreativas y nos quedamos sin vida social.

No pude realizar ninguna capacitación últimamente, postergué todo en estos años.

Mi salud está bien, pero me siento bastante agotada y ansiosa.

Mi desarrollo laboral se limitó sólo a cumplir mi horario de trabajo quitándome bastante mi creatividad para realizarme en lo que me gusta que es el arte.

Mi vida personal de pareja no se ve afectada porque lo hago por amor a mi marido, nuestra relación es segura y fuerte y entre los dos nos complementamos para sostenernos mutuamente y poder darles amor a la tía y a mi suegra.

Mi marido es hijo único y su familia vive lejos para enfrentar esta situación.

A los dos nos deja como mensaje que tenemos que tener actitud de servicio y abrir el corazón para aceptar tan dolorosa situación y la satisfacción de brindarles nuestros cuidados y nuestro amor.

ENTREVISTA ELIANA

Edad: 32 años

Ocupación: odontóloga Autónoma.

Cuida a su padre

Esposo hijos pequeños

Entrevista odontóloga 37 años

Valeria, casada tres hijos en edad escolar primaria, marido medico. Hermana en Chile. Hermano constructor. Separado tres hijos grandes

Cuida a su padre, diabetes, hipertensión, depresión 73 años enviudo hace menos de dos años. Vive en otra casa ingeniero, Dependencia, no sabe hacer nada por sí mismo.

Mucha rotación de empleadas, lo hace como mecanismo para que yo este pendiente de él, con mi madre siempre fueron muy unidos, ella era docente universitaria, viajaban, ella lo atendía y le bancaba el carácter, mal carácter. A su vez siempre pensé que eso era una cuota de poder que ella tenía sobre él. Le organizaba desde que ponerse hasta que comer, las salidas eran de matrimonios, o con mis tías hermanas de mi mamá, socializaban mucho de esa manera.

Mi madre murió de repente, un paro cardiaco. Para él eso fue muy duro. Nadie lo esperaba por supuesto. Y él se vino abajo, mal. No sabía nada del manejo de la casa, hasta te diría que ni de su plata, mi mamá administraba las jubilaciones y un par de alquileres.

Con la muerte de mi mama también se fue quedando mas solo, los otras parejas lo siguen invitando o mis tías pero no quiere casi salir.

Siempre fue muy dependiente de mi mamá, cuando ella falleció, hace una poco más de un año, fue un golpe muy duro para todos, pero especialmente para él. Mi papá es como casi todo el hombre mayor..., era muy dependiente de mi mama, no sabía nada de la casa, te digo que ni se compraba él la ropa. Y de a poco es como que se ha ido apagando, es muy demandante a su manera. No come o come muy poco, pelea todo el tiempo con la señora que limpia en la casa, casi no quiere ver a sus amigos, constantemente nos llama a mi o a mi hermana para preguntar por todo, desde cómo se prende el horno en más. Es agotador, entre él y todas mis actividades, los chicos, mi casa.

Se ha vuelto cada vez más demandante. Imagínate yo entre los tres niños. Mi marido, el consultorio. Es una locura. Me llama mil veces o se hace el enojado o el deprimido, cada día es algo distinto. Yo me siento agobiada, son demasiadas cosas. Lo de los niños , ya lo teníamos medianamente arreglado con mi marido, horarios, según sus turnos en el hospital y su consultorio.

Yo también, entre el consultorio y también hacer algo de cursos, hay muchas cosas de innovación en materiales y técnicas y tengo que estar al día.

Como te decía, con la muerte de mi mamá nos cambio la vida a todos, principalmente a mi papa por supuesto. Ella me daba una mano con los chicos, cosas como ir a buscarlos o quedarse si se me complicaba algo en el consultorio o a mi marido. Y encima a toda mi pena, y mis cargas de horarios y gente se suma atender a mi papa. Ya sé que no suena muy bien, lo quiero, pero me siento superada. Muchas veces que me cansa, termino

descargando mi enojo con mi familia. La paciencia que ocupo en él , es la que yo no tengo con ellos.

Yo he dejado de hacer algunas cosas como ir al club, me gusta hacer algo de gimnasia, me distendía, ahora voy tarde, mal y nunca.

Ahora siento que tengo casi dos casas, porque también tengo que ayudar al menos con ver qué cosas necesita, por ejemplo de sus cosas personales, camisas, zapatos...

Y también ver que no consuma cosas que le hagan mal por su diabetes, pero muchas veces lo hace ... que puedo hacer? Me da pena que está deprimido, me da pena él, me doy pena yo también muchas veces. Porque a veces el cansancio, el enojo, no me dejan cuidarlo. Hace casi dos años que me siento como en una batidora, todo da vuelta a mil.

Hay días que salgo del consultorio, paso a buscar a mi papá, voy a buscar los chicos al colegio y “todos” vamos al supermercado. Te puedes imaginar que es un caos. Pero como todavía no sé cómo hacer para estar en dos o más lugares al mismo tiempo, improviso. Hago lo que puedo y más! Y bueno...así voy por los pasillos del super tratando de no perderlo a él o a uno de los niños, mi papá quejándose por todo: precios, marcas! Los niños que quieren esto y aquello. Y yo que trato de recordar que tengo en mi casa y que me hace falta! y ver también la lista de cosas que dio marta (la señora que ayuda con la limpieza y cocina en la casa de su padre). Si no fuera agotador sería chistoso. Como cualquier madre trabajo, tengo las cosas de mi casa, mis hijos, mi marido y ahora también mi papá!!ya es demasiado!! ! Decí que con mi hermana nos acompañamos en esta que nos ha tocado!.

Mi marido pobre, el también lo acompaña, y mi hermano. Pero viste como son los hombres? Mi papa espera cosas de mí. Que lo cuide como mi mama, no entiende que yo tengo mi familia. Igual me preocupa su depresión, por ahí te cuenta más de una vez las cosas y yo ya me persigo, que si es demencia o esas cosas. El médico dice que no, que es normal que tal vez esta mucho tiempo solo, y ahí me vuelve a agarrar la culpa.... Pero es que ya no se cómo estirar más las horas o los días.

Yo entiendo que es mi padre, pero me subleva esta obligación de tener que hacerme cargo, de tener que vivir pendiente de sus necesidades. Y me pregunto y yo? Y cuando hay un tiempo para mi? Cuando puedo hacer lo que quiero sin sentir que todo va a explotar si yo no estoy para sostenerlo.

También soy joven, tengo un marido joven, salimos menos, yo siempre estoy cansada o de mal humor.. Es que para los chicos estas como más preparadas, también es cansador, pero es otra cosa.

Para hacerme cargo de mi papa, la verdad que nunca imagine que tan pronto fuera a pasar. Todos sabemos que van a envejecer , pero no te das cuenta que también envejecen rápido, los chicos crecen rápido, los padres envejecen rápido, y ahí estamos los hijos... bueno las hijas en general como jamón del sándwich. Entre ser madr, hija, dentista y atinar con tener una buen clientela para vivir medianamente bien. Por suerte no depende económicamente de nosotros, sino ya estaría loca... más loca.

ENTREVISTA 5 FELISA

Edad: 50 años.

Ocupación: Chef con una empresa de catering con 6 empleados.

Nivel de instrucción: terciario completo.

Madre: Julia, 79 años, jubilada empleada pública, jefa en Ministerio de Turismo, terciario incompleto.

Esposo: soltera.

Hijos: no tiene.

Hermano: Sergio, fallecido.

Cuñados: no tiene.

Mi mamá vive conmigo y tuve que irme a convivir con ella para cuidarla, ya que tuvo 3 operaciones del corazón, donde le realizaron 3 bypass y además sufre de escoliosis por lo tanto tiene problemas de movilidad y tiene que usar bastón. No puedo dejarla sola porque por su edad tiene pérdida de memoria y su movilidad es muy reducida.

Yo me encargo de todas las tareas domésticas, más cobrar su jubilación, trámites bancarios, turnos médicos, acompañarla a sus controles y acompañarla constantemente con sus problemas de senilidad y para que no se sienta sola. Necesita cuidados constantemente y yo me encuentro sola realizando todas esas tareas, no hay ningún familiar que me ayude a cuidarla, sólo hay una persona encargada de la limpieza que la cuida mientras yo trabajo desde hace 4 años, que es el momento donde ella empieza a decaer por su edad y yo tengo que irme a vivir con ella. Ella eligió a la persona que colabora en la casa y cuida de ella cuando no estoy. Yo pago el sueldo de ella.

No se me ocurre en estos momentos llevarla a un geriátrico, salvo que se agraven los problemas de su senilidad como mal de Alzheimer o demencia senil o que ya pierda totalmente su movilidad.

No me ocupo del cuidado de otros miembros de la familia.

Mi trabajo me demanda 8 horas diarias y en esas horas le llamo constantemente para ver cómo está y me siento con muchas más obligaciones porque tengo que tener la mente puesta en sus necesidades todo el tiempo.

Trato de hacerme un poco de tiempo cuando ella duerme en la noche y me reúno con mis amigos en sus casas o voy a algún espectáculo para poder distraerme un poco del día a día.

No he tenido tiempo para realizar ninguna capacitación, ya que no tengo tiempo entre mi trabajo y el cuidado de mi madre.

Físicamente me siento bien pero voy a un psicólogo semanalmente porque lo necesito y obtengo un mejor estado emocional para aceptar todo lo que me toca aceptar en la vida. Ya hace varios años que recibo esta ayuda psicológica.

Laboralmente me siento limitada por esta situación de cuidado de mi madre, ya que no puedo expandirme en mi negocio con nuevas oportunidades que se presentan a diario. No me alcanza el tiempo y no estoy en condiciones para complicarme en estos momentos.

Mi vida personal, sentimental, se ven afectadas, ya que no puedo tener una relación estable de larga duración ya que no tengo tiempo por mis actividades laborales y de cuidadora.

Salvo algunos parientes que viene a visitar y a saludar, no hay nadie, pero ninguno se hace cargo de su cuidado, ya que ellos cuentan con la misma edad de mi madre.

Mi sentimiento es que mi mami es la única persona cercana que tengo con vida y trato de cuidarla, y al principio me costó mucho pensar que o era lo único que mi mamá tenía y lo llegué a ver como una obligación, pero al estar en tratamiento psicológico, me ayudó mucho a mantener un balance emocional y verlo desde otro punto de vista, un equilibrio que uno acepta con más cariño.

Ella sufrió un golpe emocional muy fuerte al perder a su hijo (mi hermano) en una situación desafortunada (suicidio) y desde ahí se apoyó mucho en mí y ahora, después de varios años ha empezado a aceptar y a vivir de otra forma la muerte de mi hermano. Al principio estuvo con un poco de depresión, pero ya salió de ese estado.

No me siento estresada por la situación, sino que lo he asumido como una etapa de mi vida que tengo que afrontar.

ENTREVISTA 4 GABRIELA

Abogada

32 años

Autónoma

Padre. Jubilado de bancario. Terciario completo

Madre. Jubilada de docente.

Hermano. Universitario completo. Casado

Soltera.

Gabriela nos relata que ella ayuda a su padre a cuidar a su madre, el padre es en realidad el cuidador principal de su madre, pero ella cuida y acompaña a su padre. Hace dos años mi mamá después de una operación de riñones la cual es exitosa, comienza su deterioro

mental, alzhéimer. Fue un proceso que se desencadena con la operación, los médicos te explican que tal vez el stress desencadenó la enfermedad y mil cosas, la verdad que es muy triste, físicamente está bien, pero es aterrador ver como se angustia al no conocernos, no me imagino lo que debe ser despertar y no saber dónde y con quién estas! Hay días que creo que mi papá, es decir su marido, es su padre. Yo te diría que más que cuidar a mi mami yo lo que hago es acompañar a mi papá, él la cuida, pero está agotado. Es un estado de vigilia casi constante. Hay que cuidar que no se escape, que no prenda el gas, que no guarde comida debajo del colchón o en el placard. Vamos a un grupo de familiares con enfermos de alzhéimer, ayuda, contiene. Me tuve que mudar cerca, porque me iba a volver loca entre trabajo, viajes, PAMI, supermercado, etc .

La verdad que es muy difícil de saber cuánto te puede cambiar la vida una enfermedad, esto empezó hace cinco años y cada vez el deterioro de mi madre es más severo y mi se ha ido también envejeciendo mucho, yo supongo que también tanto estar pendiente de mi madre, casi no la puede dejar sola. Las cosas de la casa, limpieza y hacer orden lo hace una chica. El cocina y se encarga del cuidado personal de mi mamá. Yo le ayudo a bañarla, hay días que ella está mejor y otros que son muy difíciles y yo voy casi todos los días.

Ir me agota, pero me tranquiliza, anda a saber si lo hago de buena o por culpa, pero es como que nunca estoy del todo tranquila. Me limita mucho mi desarrollo laboral tener a mi mamá ya mayor y con problemas de salud ya que me lleva tiempo ir a verla, cuidarla, hacer sus trámites de cobro, médicos, acompañarla a hacerse sus estudios, pago de boletas y también me produce cansancio y hartazgo, se que suena mal, pero es así.

Hay días que lo tomo mejor, pero muchas veces siento enojo, no me resigno, siento rabia. Sé que parece egoísta, pero me cuesta ver en esa mujer que no me reconoce a mi mamá. Mi papá no acepta la idea de un geriátrico , creo que me da pena por él, por ella, por mi y también porque muchas veces extraño a mi mamá, a la familia que teníamos.

ENTREVISTA 7 JUANA

Edad: 52 años.

Ocupación: Jefe de Unidad del Hospital Español.

Nivel de instrucción: Universitario completo. Licenciatura en Enfermería.

Madre: Alicia, fallecida, ama de casa, primaria incompleta.

Padre: Osvaldo, fallecido, letrista, primaria completa.

Hermano: Roque, fallecido, letrista, primaria completa.

Hermana: Cristina, 62 años, ama de casa, secundario completo.

Hermana: Rosita, 58 años, cuida enfermos, secundario completo.

Hermana: Verónica, 48 años, profesora, docente, doctorado en Comunicación Social.

Hermana: Andrea, 47 años, preventista, secundario completo.

Esposo: Ricardo, 57 años, docente, Lic. en Educación Física, universitario completo.

Hijos: Natalio, 20 años, estudiante de Comunicación Social.

Hija: Alicia, 17 años, estudiante, pre de diseño gráfico.

Hermano: Sergio, fallecido.

Cuñada: Marta, 62 años, diseñadora de interiores, universitario incompleto.

Cuñada: Estela, 60 años, ceramista, universitario incompleto.

Cuñada: Isabella, 58 años, ama de casa, universitario incompleto.

Cuñado: Federico, 44 años, Ingeniero en robótica (electrónica), universitario completo.

Suegro: Ricardo, 89 años, jubilado de la Fuerza Aérea, terciario completo.

Yo vivo con mi esposo y mis hijos en la casa de mi suegro que es diabético, insulino dependiente, tiene hipertensión, trastornos de visión, tiene cataratas Parkinson. Hace 12 años que vivimos con él y lo cuidamos hace 8 años desde que falleció mi suegra. Yo lo cuido con su higiene, compra de medicamentos, hacerle la comida, con mis cuñadas nos vamos turnando para llevarlo al médico. No lo podemos dejar solo porque le dan picos de hipoglucemia, se le baja la presión, se adormece, se duerme. En ocasiones dolores precordiales en los que le duele el pecho como si fuese un infarto, tiene una alimentación especial y hay que estar atento de que se controle la glucemia y que se inyecte la insulina

porque él se olvida. El Parkinson lo afecta en la movilidad de la mano izquierda y hay que ayudarlo a que se vista y para otras actividades, como bañarlo.

Lo hacemos entre todos los que vivimos en la casa, pero yo soy la que controlo que todo se realice en la casa.

Yo me encargo de cuidarlo, alimentarlo bien, el control de sus remedios y mi hijo o mi marido lo bañan por una cuestión de intimidad de él. También mi esposo y yo vamos al cajero a cobrar su jubilación. Y los fines de semana come con sus hijas en la casa de ellas.

Tenemos una empleada doméstica que le da el desayuno y hace la limpieza de la casa y siempre está atenta a lo que necesita, pero no está para su cuidado exclusivo. Ella está desde que falleció mi suegra, el pago lo hace una parte él y otra parte nosotros.

Nunca hemos pensado en llevarlo a un geriátrico porque él dice que primero se pega un tiro antes de ir a un geriátrico.

También me ocupo del cuidado de mi marido y de mis hijos.

Mi trabajo es de lunes a viernes 6 horas por día y este año también fui jefa de trabajos prácticos en la escuela de enfermería por un lapso de 2 meses. Cada día que pasa nos vamos ocupando más de él, porque vamos viendo cómo se va deteriorando. Influye en nuestras vidas su enfermedad porque siempre nos turnamos para cuidarlo y tenemos que tomar vacaciones en distintos momentos porque no lo podemos dejar solo.

Tres veces a la semana hago ejercicio físico para cuidar mi salud y también me junto con unas amigas y pintamos bandejas, etc.

Me capacité en setiembre yendo a un congreso de infectología, nada más.

Yo hace poco tiempo, hice una crisis hipertensiva y actualmente me cuido con dieta y ejercicio físico. Hice psicoterapia durante 3 años y estuve con un estado depresivo medicado y desde hace un año y medio ya no estoy más medicada por ese tema.

Se me limita en mi trabajo porque estoy más alerta y pendiente de que todo esté bien en casa y también me quita tiempo para que yo me pueda realizar y estar mejor.

En mi vida personal, nos hemos unido entre todos los de la casa más sus hijas para organizarnos mejor. Con mi pareja a veces tenemos problemas de roles, ya que todo se me hace cargo a mí y tengo que hablar para reajustar cuales son las tareas y roles de cada uno.

Mis hijos son bastantes colaboradores por la edad que tienen, pero también a veces tenemos que hablar para designar las tareas de cada uno.

Mi relación con mis cuñadas es buena, pero muchas veces me molesta que quieran imponer cosas cuando nosotros nos hacemos cargo de su cuidado mayoritariamente y con mis hermanas me siento contenida ya que ellas viene a verme por lo que yo tengo poco tiempo para salir.

Siento que me tengo que preparar más para cuidarlo con sus enfermedades, en informarme en la enfermedad de Parkinson. Y siempre hablamos para estar preparados con mi esposo y mis hijos para el día que él fallezca no decaer nosotros y más mis hijos que tiene muy buena relación.

Yo no siento su cuidado como un peso, porque a él lo veo como un padre y lo seguiré cuidando hasta el final.

Entrevista 5 Laura

Edad: 48 años.

Ocupación: Comerciante, vidriería con 7 empleados a cargo.

Nivel de instrucción: Estudios universitarios incompletos.

Madre: Elisa, 70 años, jubilada de vendedor en comercio, secundario incompleto.

Padre: Alfredo, 77 años, jubilado de comerciante autónomo, secundario incompleto.

Esposo: Separada hace 11 años.

Hijo: Julián, 16 años, estudiante, secundario incompleto.

Hijo: Damián, 14 años, estudiante secundario incompleto.

Hermano: Alfredo, 51 años, empleado en mi empresa como encargado de obras, secundario incompleto.

Cuñados: no tengo, mi hermano es separado.

Yo me separé hace 11 años y me vine a vivir con mis padres porque no podía trabajar y dejar a mis hijos solos. Cuando mi papá se enfermó hace 8 años, yo tuve que hacerme cargo de la empresa y ellos que ya estaban jubilados, decidieron dejar de trabajar. Hace 19 años

mi papá comenzó a tener problemas de corazón, 12 infartos y 8 muertes súbitas de una sola vez, todos juntos. Luego estuvo internado varias veces por su problema cardíaco y en un momento le dio septicemia y lo derivaron a nefrología y le encontraron que tenía un problema renal severo y terminó con diálisis 3 veces a la semana, 4 horas por día. Hace 8 años que lo cuido con sus comidas y sus sangrados de la fístula y de su nariz, también cuido de mi mamá que tiene una hernia de iato y le falta el aire cuando respira.

Mi ayuda es poder trabajar en la empresa para generar un ingreso para los gastos del hogar y en mi tiempo dentro del hogar hago la comida, cuido a mis hijos y a mis padres. Todas o la mayoría de las tareas las realizo yo y mi hermano sólo ayuda con su trabajo en la empresa, pero del cuidado de mis padres me encargo yo. Y mis hijos son estudiantes y no los puedo hacer cargo de toda la problemática familiar.

No tenemos servicio personal contratado porque creemos que no es necesario ya que entre nosotros le damos todos los cuidados necesarios y la contención que necesita. Tampoco hemos pensado institucionalizarlo en un geriátrico porque sería muy doloroso para ellos ya que se encuentran lúcidos mentalmente.

También me ocupo del cuidado de mis hijos en los momentos que estoy en casa.

Mi trabajo me demanda 8 horas, horario de comercio y no me queda nada de tiempo para mis actividades recreativas, tampoco he realizado ninguna capacitación y mi vida está totalmente relegada al trabajo y al cuidado de mis padres y de mis hijos.

Como consecuencia del stress en el que vivo, sufro de insomnio, hipertensión y obesidad y a nivel psicológico tomo antidepresivos y voy al psicólogo y al psiquiatra debido a mi insatisfacción con la vida que estoy llevando.

Influye mucho en mi trabajo, porque siempre estoy pendiente de lo que pasa, llamando por teléfono a mi casa y controlando que todo esté bien.

No tengo vida personal, no salgo ni me reúno con amigos, no llevo una vida social activa y tampoco tengo el afecto de un hombre que me acompañe en estos momentos ni tiempo para buscarlo. Mi vida se ve totalmente afectada por esta situación de cuidar a mi familia sola.

La relación con mi hermano es pésima, ya que no nos entendemos laboralmente y él no se hace cargo en absoluto

De colaborar con el cuidado físico, psíquico y económico de nuestros padres.

Espero que esto pase pronto, que no sufran y que mi vida vuelva a retomar su curso pudiendo dedicarme algo de tiempo para mi mejoría espiritual y psíquica.

(Ella cuando comienza con los compromisos laborales y de cuidado de sus padres, comienza a beber alcohol como escapándose de la realidad ante tanta presión).

ENTREVISTA MARTA

44 años C

Docente, soy profesora de enseñanza primaria intraescolar y tengo un cargo a nivel administrativo en el nivel superior

mamá 75 años ama de casa. Primaria completa

Padre, fallecido director técnico de obras, hacía planos, también universitario

M – Mi papá era. Mi papá fue el primer maestro mayor de obra de acá de San Martín, de la universidad.

hermana 49 años profesora de labores y manuales

M – No, terciario, terciario. Puede dar clases y todo, aunque en este momento sigue siendo ama de casa.

E – Aha ¿Cuñado?

M – Tengo uno, el esposo de ella y el hermano de mi novio.

E – Bien. No de tu familia. ¿Qué hace tu cuñado?

M – Es mecánico.

E - ¿La edad de él?

M – Eh, dos años menor que mi hermana. Cuarenta y siete.

E – Bien ¿Tu estado civil,

M – Soltera.

E - ¿Hijos?

M – Ninguno.

E – Bueno vamos a charlar un poquito sobre las tareas de cuidado, si me querés contar de tu mamá o de tu papi, si querés que empecemos por tu papá, si te tocó ocuparte de tu papá

M – Sí, de mi papá me tocó ocuparme, el pasó durante diez años por cuatro cáncer y bueno como siempre yo he vivido con ellos, siempre he estado yo al cuidado de ellos, más que nada acompañándolos, llevándolos, trayéndolos. Este... así es que... me tocaba acompañarlo con la medicación porque pasó por cuatro cáncer, por quimio, por radio, por todo lo que te imaginés para su cuidado del cáncer. Siempre salió adelante y falleció por el epoc, porque cuando era joven fumaba mucho y a los cuarenta y cinco años se le enquistó un pulmón y se le declaró el epoc y de allí siguió viviendo con un pulmón hasta que falleció y así y todo pasó por las cuatro enfermedades

a tu hermana ella con tu papá les ayudó un poco. Un poco, ella iba por ejemplo los días que el papi se hacía radio, ella iba a Medicina Nuclear, estaba ahí mientras mi papá, que mi papá iba todos los días en una trafic de Osep y volvía y lo dejaban en casa

Respecto a su madre, al año y medio de estar solita, más o menos a mediados del año pasado. Yo empecé a notar que ella por ahí se quedaba muy calladita. El 14 de febrero del 2013 que le da el A.C.V. y estaba lo más bien, desayunando conmigo, conversando, cuando empezó a tambalearse,

Le afectó el lóbulo frontal derecho y le afectó el centro del equilibrio por eso no puede caminar sola. Y perdió el control de esfínteres. A los tres días los perdió recién

E - ¿Cómo hacés ahora para cuidarla?

M – Cuando estoy yo en mi casa, luego del trabajo, se va la señora que me la cuida toda la tarde. Tengo dos personas permanentemente con ella, una llega a las ocho de la mañana y se va a las tres de la tarde y la otra llega a las tres de la tarde y se va a las nueve, nueve y media cuando luego yo y después me quedo solita yo con ella atendiéndola, le hago el último cambio de pañales, la medicación le hago todo sola...

E - ¿Y los fines de semana?

M – También sola conmigo.

E - ¿Y cómo hacés para arreglártelas con el peso para moverla, para bañarla?

M – Eh... y he tratado de aprender mucho, eh... con gente. Yo pedí cuando esto pasó que Dios me pusiera la gente que yo necesitaba para ayudarla y bueno... (se larga a llorar)

E - ¿Estás cansada?

M – No sé si cansada, porque es la madre de uno, que se yo, pero sí, más que nada como nuevo todo, anímico, porque son muchas cosas, pero... ella tiene tanta fuerza, que... es tan resiliente, que es como que te impulsa que entonces una no se cae, y obviamente menos delante de ella, pero a veces uno por más que quiera tener la ayuda por su hermana, su única hermana, bueno después de muchas peleas, que yo ya no quiero pelear más, este...

M – De todo. Yo me encargo de todo. Soy la jefa de familia, ama de casa, llevo todo lo que es gastos, todo lo que es su enfermedad y todo eso sí yo sola. Y hasta vendí mi auto para enfrentar esto, mi auto propio, porque no me alcanzaba y yo había hecho todos los trámites al... a los veinte días que a mi mamá le da el A.C.V. yo ya había hecho todos los trámites, tanto en Osep como en el Pami y...

E - ¿Tiene las dos obras sociales?

M – Sí porque cuando mi papá falleció, yo le hice, ella por su jubilación tenía el PAMI y cuando mi papá falleció yo le hice todos los trámites para que ella siguiera teniendo Osep, entonces busqué ayuda por todos lados y... y se demoran tanto que hay que enfrentarlo... eso se hace... como te digo toda esta gente que dios me puso para ayudarme, entre ellos me puso un médico, a los tres días, que me sentó y me dijo mirá Graciela, va a pasar esto, esto, esto, o sea fue tan claro y tan realista que yo caí rápido en la realidad, cosa que no le pasó a mi hermana, es más mi hermana al día de hoy ella piensa que esto, o sea, sí lo vamos a mejorar y ya va a salir y todo, pero la realidad es que...yo que soy la que vivo con mi mamá, sé que no la puedo dejar nunca más sola, que va a necesitar una asistencia permanente, por el sólo hecho de su seguridad misma, porque mi mamá de familia tenía un problemita que no alcanzaba Parkinson, que no es hereditario, es una cuestión genética y ahora con el A.C.V. se le acentuó el parkinson, entonces imagínate que si ella se tiene que mover con un andador, eh... no puede estar haciendo cosas de la casa, ni nada, tiene que tener a alguien que la atiende y la cuide, no la puedo dejar que corra peligro, que le pase algo.

La traje a casa, a los ocho días que le dio el A.C.V. y llegamos a mi casa y al otro día empecé la terapia de forma particular y bueno, gracias a eso ahora ya está caminando, no sola porque no tiene equilibrio, pero sí con el terapeuta camina y además de eso estamos

viendo si puede llegar al andador, pero qué pasa, todo esto ha hecho que ella pierda mucha tonicidad en los músculos tanto de la pierna como el brazo, entonces le pesan, sobre todo la pierna.

E - ¿Y los gastos de todo eso los cubrís con la jubilación de ella?

M – Con la jubilación de ella y con mi sueldo.

No es fácil, este... enfrentar una situación así. O sea yo si se quiere me he quedado sin una vida propia, porque... decí que hasta mi novio entiende la situación y bueno, me acompaña, gracias a dios, pero... tampoco sé hasta cuando, porque es una cuestión que es agotadora y no es fácil de entender, no es fácil, porque el que no lo pasa, no lo entiende, y bueno...

E - ¿Ahí fue cuando decidiste vos en contratar gente que te ayude? ¿Cuándo fue el momento? ¿Cuándo te diste cuenta? Me imagino que cuando le pasó esto, vos tuviste una licencia en tu trabajo.

M – Sí, los diez días de cuidado de enfermo. Para organizarme. Nada más.

E – Ahá ¿y ahí vos tomaste la decisión?

M – Eh, en esos días yo normalicé, porque te digo que a los tres días este médico me sentó y fue tan claro, que yo hoy estoy tan agradecida porque me atendió tan bien, que... o sea yo... nunca pensé que mañana se pasa, o sea yo al vivirla, al darme cuenta de la realidad y bueno, si no organizo, esto mi vida se va junto con esto al tacho, porque, no es por mi madre, pero es una situación que los primeros tres días es desesperante, yo hubiera querido salir corriendo y que nadie más me viera, ni me preguntara nada, porque no quería contestar nada, ni siquiera a mi

E – Ehm... bien... ¿cuántas horas trabajásGraci, por día?

M – (Risas) ¿Cuántas horas tiene el día? Y acá estoy desde la una y media hasta las nueve y media de la noche tres días en la semana y dos más estoy de ocho a once y después de una hasta las nueve y media, muchas horas, muchas horas.

E - ¿Te queda algo de tiempo para actividades recreativas?

M – En este momento no, nada, porque hasta el fin de semana como estoy sola estoy en mi casa con mi mamá, ahí ya me quedo sola y los dos días no viene la gente, y... me manejo sola yo con ella.

M – Y sí, por eso te digo que cambia todo, fue un giro de 180 grados, es una cachetada que te da la vida y hay muchas cosas, pero uno tiene que estar muy bien parado en la realidad, más que nada, porque apenas pasa, todo el mundo te critica, todo el mundo te dice porque no hice esto, porque lo otro, porque no la llevaste acá, porque no la llevaste allá y no tienen idea de lo que... son segundos que se transforma la vida, segundos que un minuto te conocía y al otro año no puede hilvanar una frase. Los primeros quince días fueron muy duros, muy duros, para las dos, en eso que mi hermana vino y se quedó conmigo y yo la cuidaba de día y ella la cuidaba de noche y... y fue muy duro porque no sabíamos, entre las dos teníamos que ir aprendiendo, eh... buscamos, todavía no conseguía nadie, a parte que tenés que empezar a ver, buscar, preguntar, porque no es una cosa que se hace de un día para otro y tengo una prima que trabaja en un geriátrico, también dios me la mandó, y me enseñó como levantarla, como moverla, como darla vuelta, me enseñó mucho, entonces bueno ya, la situación como que uno la va aceptando un poquito más.

E - ¿Pensaste en otras opciones, a parte de los cuidadores, por ejemplo en internarla en un geriátrico o no?

M – No, no porque cuando yo estudiaba en Córdoba yo vivía arriba de un geriátrico, en la pensión y no sé si esto lo escucha alguien de un geriátrico, pero...

E - ¿Cómo te sentís vos?

M – Eh... sola, la realidad, yo me siento muy sola, me gustaría tener más ayuda de mi hermana, pero sé que ella no puede más de lo que hace, eh... y a veces su vida también se le complica tanto que este... fijate que hasta la justifico porque... que se yo, eh... pero sí me siento muy sola de parte de ella, porque nos dejó solas con mi papá y es lo que yo ahora hablé con ella, que yo no le iba a permitir que nos dejara solas otra vez y bueno ella me niega, porque para ella está bien lo que hace ella en la medida que lo hace y entonces tampoco te vas a poner a discutir, por ese lado, yo me siento sola.

E - ¿Y con tu novio, la relación cómo está?

M – Bien, bien gracias a dios, por eso te digo, hasta acá... bien porque a él también le toca vivir la situación con sus padres grandes y también tiene un hermano que tampoco se hace mucho cargo tiene su familia, se ocupa de su familia, es como que en ese sentido los dos nos acompañamos mucho.,

Mi hermana me ayuda en la medida que puede, yo lo agradezco y ella lo sabe, ahora yo me conformo con eso, ya no peleo más. Por qué, porque me di cuenta que me hacía mal a mí. Y ya son muchas situaciones, sin contar las responsabilidades que tengo acá, que me auto exijo mucho, que no puedo tampoco evitarlo porque es lo que hay y es lo que tengo y tengo que cuidar, a parte, por qué yo no quise tomarme la bendita licencia psiquiátrica que todo el mundo me decía, porque yo... yo no quería renunciar a todo lo mío.

E - ¿A qué cosas has renunciado?

M – No puedo decir que soy egoísta, pero... eh... a mí me hace muy bien estar acá, estar con los chicos, no sé, con ustedes, conversar de cualquier cosa, me distrae, me oxigena un poco la mente y me hace bien, me hace feliz estar con los niños, con niños que me dan un abrazo, un beso, que me quieren, todo eso me da mucha energía y yo considero también que soy muy resiliente, porque cuando me caigo, me levanto, no me quedo caída y me parece que esto de seguir, tratar de seguir con mi vida lo más que pueda, por lo menos la laboral, eh... me hace bien a mí, me hace bien a mí. Porque si yo ya me tomaba la licencia, una licencia tan larga, era adueñarme yo completamente del problema y qué iba a pasar, si ya trabajando como trabajo, teniendo la gente que tengo y todo, mi hermana va acomodando su vida, imagínate si yo me hubiese quedado los seis meses que te dan, o no sé cuánto, no sé, porque yo nunca la he necesitado, eh... ahí sí hubiera perdido toda mi vida directamente, me hubiese quedado enclaustrada en mi casa, eh... no estoy responsabilizando de esto a mi mamá, pero es la realidad o sea sucedió por ella Entonces ahí fui egoísta y pensé en mí y dije no, yo voy a renunciar a todo, porque a mí me hace bien estar con los chicos, porque amo lo que hago y porque me hace bien estar con los profes, con los chicos y con eh... inclusive las mismas las chicas grandes me vienen y me respetan, me saludan, el sólo hecho que me digan hola qué tal, ya es como que uno está.

Con respecto al trabajo o a tu carrera ¿has podido hacer capacitaciones, algún curso después de lo de tu mami, tuviste oportunidades en ese tiempo?

M – Y los congresos que hemos hecho acá, sí, los hago y cumplo y aprovecho

E - Te comparás desde antes que tu mamá estuviera enfermita y ahora, eso es lo que quiero que me digas, si has tenido esa posibilidad

M – Y no, no porque tengo muy condicionados los tiempos, a no ser que sea así como lo que vamos a tener el cuatro y el cinco que tengo los horarios, mientras yo sepa que están las personas que me la cuidan... pero ya si es un fin de semana, ya se me complica, porque no vienen a cuidártela y obviamente si vienen es todo pagado