

## Los servicios de cuidado en Argentina

Norma Sanchís



## **COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA: GENERANDO CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN POLÍTICA.**

### **LOS SERVICIOS DE CUIDADO EN ARGENTINA Cambios en las responsabilidades del estado, el sector privado, los hogares y por género, a partir de las reformas de los 90.**

Setiembre 2007

Lic. Norma Sanchís

Equipo Técnico: Lic. Martín Boy  
Lic. Cecilia López Chapato

## **PRESENTACIÓN**

Los nuevos patrones de comercio internacional y las políticas comerciales ¿han contribuido a promover relaciones de género más equitativas en el ámbito público y privado? Con esta pregunta se abre el proyecto de investigación “*Comercio, género y equidad en América Latina: conocimiento para la acción política*” del Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio. El mismo se ha venido desarrollando desde 2006, con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá (IDRC).

Los informes que integran esta serie documental corresponden a la primera fase de la investigación. Sus datos plantean un abordaje de las relaciones de género en dos grandes áreas: comercio internacional y mercado de trabajo, por un lado y funcionamiento de la economía del cuidado, por otro.

Todos reúnen información, que desde diferentes perspectivas, pretende contribuir a reflexionar sobre la interconexión entre los procesos económicos relacionados con el comercio internacional, el mercado laboral y el funcionamiento de la economía del cuidado.

En su calidad de avances de investigación constituyen productos que han permitido ir nucleando las preocupaciones de los diferentes países en torno a estas temáticas, para inducir nuevas preguntas y nuevos debates. En esta parte del proyecto han participado equipos de investigación de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay.

*Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio*

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2. SERVICIOS DE CUIDADO EN ARGENTINA.....</b>	<b>5</b>
2.1. CUIDADO INFANTIL Y SISTEMA EDUCATIVO.....	5
2.2. SERVICIOS DE SALUD Y CUIDADO DE NIÑOS, ANCIANOS Y ENFERMOS.....	13
<b>3. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO EN LOS HOGARES.....</b>	<b>27</b>
3.1. PRESENTACIÓN.....	27
3.2. TIEMPO DEDICADO A ACTIVIDADES DE CUIDADO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO.....	27
3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO.....	28
3.4. TIPO DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DESARROLLADAS EN LOS HOGARES.....	29
3.5. EL TRABAJO DOMÉSTICO REMUNERADO.....	30
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>31</b>
<b>5. ANEXO ESTADÍSTICO.....</b>	<b>33</b>
<b>6. ANEXO METODOLÓGICO.....</b>	<b>35</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES.....</b>	<b>37</b>

## **1. Introducción**

Acompañando las tendencias regionales, durante los 90 la participación de las mujeres en la fuerza laboral en Argentina creció de manera sostenida, impulsada por lo menos en parte por la caída del empleo de los hombres y los ingresos familiares. Entre 1991 y 2003, la tasa de actividad de las mujeres entre 15 y 65 años subió casi 10 puntos porcentuales. La tendencia fue inversa en el caso de los hombres, cuya actividad disminuyó 3 puntos en los mismos años. La tasa de desempleo femenina fue superior a la masculina durante todo este período, pero a partir de 2002 se revierte la tendencia, que se había mantenido durante dos décadas (Giacometti, 2005).

Numerosos estudios dan cuenta de los sesgos persistentes que caracterizan la participación de las mujeres en el mercado de trabajo: nivel de participación económica menor y segregada en determinado tipo de actividades, mayores dificultades para acceder a empleos formales, menor nivel de remuneraciones y menor acceso a la seguridad social, entre otros. Esta inserción laboral desfavorable, se asocia con los roles adscriptos a las mujeres por su condición de género en la esfera reproductiva, y también con el patrón de “hombre proveedor” que moldea y estructura todavía las relaciones laborales y sociales.

Las reformas estructurales de los 90 en Argentina incluyeron la privatización y la descentralización en jurisdicciones provinciales y municipales de servicios que estaban centralizados en el nivel nacional. ¿En qué medida las transformaciones derivaron en un deterioro en la cobertura de servicios de salud y educación por parte de organismos públicos? ¿Qué efectos tuvieron esas transformaciones sobre la segmentación de la oferta privada por nivel de ingresos de la población?. ¿Cuáles fueron los impactos a nivel de los hogares y en la distribución de trabajos por género?

En este informe, se analizan en primer término los impactos derivados de las reformas macroeconómicas en la provisión de servicios de cuidado provenientes tanto del sector público como del sector privado, destinados a la atención de los niños/as, de las personas mayores y discapacitadas, del mantenimiento del hogar, y las repercusiones de esos cambios en la esfera familiar. En segundo término, se analiza la información disponible sobre la distribución de las responsabilidades de cuidado dentro de la estructura familiar y entre varones y mujeres.

## **2. Servicios de cuidado en Argentina.**

### **2.1. Cuidado infantil y sistema educativo.**

De acuerdo con los datos del Censo de 2001, los/as niños/as entre 0 y 14 años representan el 28,3% del total de la población. El incremento intercensal (1991-2001) de este grupo fue de 2,77%<sup>1</sup>.

#### **2.1.1 Normativa existente sobre cuidado infantil**

##### *Guarderías*

La Ley de Contrato de Trabajo (LCT) en su artículo 179 impone a los empleadores la habilitación de salas maternas y guarderías en función del número de trabajadoras ocupadas. Sin embargo, dicha normativa nunca fue reglamentada y, por lo tanto, tiene poca operatividad<sup>2</sup>.

##### *Licencia por enfermedad de los hijos*

La LCT no contiene disposiciones explícitas referidas a períodos de licencia para el cuidado de hijos/as a causa de enfermedades. La única excepción (artículo 183 de la LCT) es la opción de ejercer voluntariamente el estado de excedencia por causa justificada debido a la necesidad de cuidar a un/a hijo/a enfermo/a menor de edad que la trabajadora tenga a su cargo. Esta opción sólo puede ser ejercida por la madre.

##### *Protección de la maternidad.*

La LCT en su artículo 177, garantiza la estabilidad en el empleo a toda mujer durante el período de gestación. La misma es un derecho adquirido desde el momento en que la mujer notifique al empleador la fecha presunta de parto.

Con la existencia de esta notificación, se establece una presunción de despido por causa de embarazo si la terminación del contrato de empleo es dispuesta por el empleador dentro del plazo de siete meses y medio anteriores o posteriores a la fecha del parto. Si la mujer es despedida tiene derecho a percibir una indemnización agravada equivalente a un año de remuneraciones, acumulativa con la indemnización por despido sin causa justa.

El Régimen especial de seguridad social durante el embarazo y la lactancia no está incluido como derecho laboral sino como atributo de la seguridad social (Artículo 75 inciso 23).

##### *Licencias por maternidad o paternidad*

La LCT prohíbe el trabajo de las mujeres que dan a luz durante noventa días<sup>3</sup>. La trabajadora está facultada para requerir la reducción de la licencia anterior al parto y acumular el resto del período de licencia con el descanso posterior al nacimiento. Durante el plazo de licencia por maternidad, el salario de la trabajadora es reemplazado por una asignación familiar de igual monto; es decir, que el costo no lo asume directamente el empleador, sino que opera un

---

<sup>1</sup> Pasó de un total de 9.970.587 en 1991 a 10.247.695 en 2001.

<sup>2</sup> Adicionalmente, la ley N° 11.317 estableció la obligación de los lugares de trabajo de instalar salas maternas y guarderías a partir de cincuenta trabajadoras mayores de dieciocho años y la ley N° 20.582 del año 1973 dispuso la instalación de jardines maternas zonales. No obstante, estas disposiciones no han sido reglamentadas ni implementadas.

<sup>3</sup> Cuarentena y cinco días anteriores, y cuarentena y cinco días posteriores al parto.

programa de seguro social. Para el goce de dicha asignación se requiere una continuidad anterior en el empleo de tres meses. Una vez vencido el período de prohibición del trabajo por maternidad, la trabajadora puede continuar su trabajo u optar por un período de excedencia de hasta 6 meses sin percibir remuneración.

Si la mujer no es admitida una vez finalizado el período de excedencia, la LCT ordena que sea indemnizada como si se tratara de un despido injustificado, salvo que el empleador demuestre la imposibilidad de reincorporarla, con lo cual abonará sólo una indemnización del 25% de lo que hubiera correspondido por despido injustificado. Los plazos de excedencia no se computan como tiempo de servicio, porque esta es una opción “voluntaria” para la trabajadora. En 1999 se hizo extensivo el beneficio del estado de excedencia a las trabajadoras que están bajo el régimen del empleo público. También dentro del sector público, extiende la licencia por maternidad a cien días, incluso para madres adoptivas, y la licencia por paternidad a cinco días, y aumenta al doble los períodos de descanso remunerado para la lactancia. El Convenio Colectivo 214/06 amplía aún más (10 días) la licencia de las trabajadoras estatales en caso de nacimiento múltiple y a partir del tercer hijo. Además, establece un pago<sup>4</sup> para padres o madres de niños entre 45 días y 5 años que asistan a guarderías o jardines maternos, para cubrir su costo.

En el sector privado, se mantiene la licencia establecida por la LCT de 90 días para la madre y 2 días (uno de los cuales debe ser hábil), para el padre. No se establece licencia para la madre adoptiva.

La ley N° 24.715, extiende el período de licencia para las trabajadoras que tengan un/a hijo/a con síndrome de down. La trabajadora tiene derecho a seis meses de licencia sin goce de sueldo desde la fecha de vencimiento del período de prohibición del trabajo por maternidad.

Durante ese plazo percibirá una asignación familiar igual a la remuneración que habría percibido de haber prestado servicios.

La LCT prevé períodos adicionales de descanso para las mujeres que amamantan a sus hijos/as: dos descansos de media hora en el transcurso de la jornada de trabajo por un período no superior a un año posterior a la fecha de nacimiento.

En ningún caso se da al padre la posibilidad de asumir la licencia por nacimiento, o el beneficio de la excedencia en lugar de la madre.

#### *Pensión para madres de familia numerosa*

La Ley N° 23.746 instituyó el derecho de las madres de siete o más hijos a percibir una pensión mensual, inembargable y vitalicia.

#### *Educación:*

En la década de los noventa, junto con importantes aumentos en la matrícula escolar, se produce una reforma en la normativa a partir de la sanción de la Ley Federal de Educación.

La implementación administrativa de la ley se terminó de concretar en 1994, produciéndose la última etapa de transferencia de establecimientos a las respectivas provincias y consolidándose la organización federal y descentralizada del sistema educativo. Quedan así

---

<sup>4</sup> El pago es de hasta \$170 por mes, equivalente a US\$ 55 aproximadamente a Mayo de 2007.

distribuidas las responsabilidades entre los distintos niveles jerárquicos de administración nacional y provinciales.

La ley instituyó una estructura educativa compuesta por el Nivel Inicial, la Enseñanza General Básica (EGB) y el nivel Polimodal que extendió la escolaridad obligatoria a diez años<sup>5</sup>. A juicio de algunos especialistas (Puigross, 1999), la integración de dos años del secundario a la EGB degradó (“primarizó”) en los hechos la calidad de la educación secundaria.

La descentralización de las unidades educativas con las correspondientes transferencias presupuestarias provocó un desempeño desigual e inequitativo.

La recientemente sancionada Ley de Educación Nacional que comenzó a implementarse en 2007, pretende subsanar las deficiencias de la reforma de los 90. Las nuevas disposiciones regresan a la separación tradicional entre el nivel primario y el secundario y extienden la educación obligatoria de 10 a 13 años, incluyendo un año de nivel inicial, siete años de nivel primario y cinco de secundario. Asimismo, buscan mejorar la enseñanza de un segundo idioma y las nuevas tecnologías. Señalan también un aumento del financiamiento educativo y la capacitación docente con actualización permanente.

### **2.1.2 Transformaciones educativas en los 90.**

La calidad y cobertura del sistema educativo fue uno de los debates que atravesó la década de los 90.

Las profundas transformaciones que ha sufrido la Argentina en todos los niveles (político, económico, social, cultural, etc.) en las últimas décadas, afectaron no sólo al mercado laboral, sino también al sistema de educación. El retroceso del Estado, a través de las políticas explícitas (privatizaciones, descentralización) e implícitas (reducciones presupuestarias, reestructuraciones) que se implementaron a inicios de los 90, deterioraron y empobrecieron las instituciones escolares públicas. La Ley Federal de Educación constituyó un intento de dar respuesta a esta situación. En ese marco, la *calidad* de la educación aparece como una cuestión socialmente problematizada y ocupa un lugar central en el debate pedagógico.

Hasta la década del '70 las demandas democratizadoras giraban en torno a aspectos cuantitativos (ampliación de las posibilidades de acceso al sistema educativo). Así, se desarrollan instituciones escolares de distintas calidades, tanto en el sector privado como en el público (Filmus, 1997).

El predominio de un enfoque de mercado, puso en cuestión el tema de la calidad como supuesto necesario, y priorizó los mecanismos de oferta y demanda (situaciones de competencia) que justifican diferenciales de calidad educativa de los distintos establecimientos. Desde esta perspectiva que se basa en la concepción de “calidad total” del mundo empresario, se cuestiona la incapacidad constitutiva del sector público para alcanzar estándares aceptables y para adecuarse a las preferencias de los usuarios (padres, tutores y estudiantes) concebidos como “consumidores”. Los bajos salarios que el Estado paga a los docentes y funcionarios administrativos tenderían a favorecer un desempeño mediocre. Por otro lado, las normas y reglas que rigen el sistema educativo obstaculizan la eficacia en la

---

<sup>5</sup> Esto es: un año de nivel preescolar, siete años de escolaridad primaria y dos de secundaria (Nivel Inicial y EGB).



toma de decisiones y el éxito de los resultados. En función de estas observaciones, los impulsores de un sistema educativo regido por reglas del *libre mercado*, promueven la participación del sector privado que tienda a la superación de las falencias inherentes al Estado. Este enfoque no concibe al proceso pedagógico como un fenómeno social y no atiende la cuestión de la equidad.

Confirmando las presunciones desvalorizadoras, el proceso de descentralización provocó el deterioro de la educación pública sobre todo en las regiones más pobres y en las provincias con mayores déficits presupuestarios.

### **2.1.3 Trabajo docente**

Aproximadamente un 70 % de los trabajadores y trabajadoras docentes se concentran en el sector público, mientras que en el sector privado el porcentaje es de un 22%. Un 7% trabaja en ambos sectores.

El 78% de los cargos docentes están desempeñados por mujeres (algo más de 730.000 mujeres)<sup>6</sup>. A pesar de este predominio contundente, sólo un 20 % de los cargos directivos en secretarías y subsecretarías del nivel nacional relativo a la educación, son ocupados por mujeres (Giacometti, 2005).

Hasta 2005 el piso salarial (salario mínimo que debe percibir cualquier docente en territorio nacional) que establece la Ley de Educación, tuvo muchas dificultades para alcanzarse en las regiones más pobres<sup>7</sup>, con consecuencias de desigualdades remunerativas. A partir de 2006 se aumentó el piso salarial (un equivalente de alrededor de 280 dólares por jornada simple o media jornada), pero además el gobierno nacional comenzó a derivar fondos compensatorios a las provincias que no podían afrontarlo, con objeto de equipararlas. En marzo de 2007 se actualiza nuevamente el piso mínimo en alrededor de 300 dólares y se renueva la compensación desde el presupuesto nacional a las provincias más pobres.

### **2.1.4 Cobertura de los servicios de cuidado infantil (de 0 a 5 años)**

La presencia de niños menores en el hogar está estrechamente relacionada con los niveles de pobreza y las posibilidades de ingreso de sus madres al mercado de trabajo (Giacometti, 2005). Al respecto y considerando la población urbana, el 65% de los hogares sin menores de 5 años no es pobre; en el otro extremo, en aquellos en los que viven 3 o más niños o niñas de hasta 5 años, sólo el 7% no es pobre<sup>8</sup>.

La asistencia de niños pequeños comprende las guarderías o jardines maternas (de 0 a 2 años) y el jardín de infantes (de 3 a 5 años). Cabe mencionar que sólo este último forma parte más plenamente del sistema educativo, mientras que el jardín maternal se ha desarrollado más bien como función asistencial, desestimando su importancia pedagógica y su papel en la organización de los hogares.

---

<sup>6</sup> INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.

<sup>7</sup> Es el caso de las provincias de Misiones, Chaco, Formosa, Corrientes, San Juan, Jujuy, Salta, Tucumán, Entre Ríos, La Rioja y Santiago del Estero, que no contaban con recursos suficientes.

<sup>8</sup> INDEC, EPH mayo 2003.

No se encontraron registros oficiales de la cobertura para el nivel de 0 a 2 años, salvo en lo referente a programas materno infantiles que otorgan asistencia alimentaria a niños y niñas de esas edades y a sus madres: la cobertura alcanza a un 26,1% del total de niños de hasta 2 años, concentrándose la asistencia en el primer quintil de ingreso donde alcanza una cobertura del 46 %<sup>9</sup>.

Para los niños de entre 3 y 4 años la asistencia alimentaria llega a un 34,1 % de la población: un 24,3% de dicha asistencia se efectiviza a través de jardines y guarderías públicas y un 13 % a través de comedores comunitarios.

En cuanto a la escolaridad de niños de 3 y 4 años, sólo 4 de cada 10 (39.1%) asiste a algún establecimiento educativo. Pero la oferta de servicios para niños de esta edad no es uniforme ni tiende a compensar las desigualdades sociales: es notoriamente más baja en las regiones más desfavorecidas y cubre en menor medida a los miembros de los hogares de menor ingreso<sup>10</sup>. Si bien se avanzó en la cobertura de este grupo de edad en los últimos años, los sectores más vulnerables fueron los menos beneficiados por el crecimiento. En algunas regiones del país, la diferencia de cobertura entre el 30% más rico y el 30% más pobre, es hasta 3 o 4 veces más favorable para los de mayores ingresos<sup>11</sup>. Comparando datos de 1998 y 2003, en las regiones más pobres la diferencia se incrementó de manera notoria (Giacometti, sobre datos EPH, 1998 y 2003).

La falta de cobertura de este grupo de edad constituye una fuente de vulnerabilidad en la inserción económica de las mujeres, limitando su movilidad y autonomía en el mercado laboral.

Un análisis comparativo sobre la base de la EPH 1990-2003 (Batiuk e Itzcovich) evidencia que en las edades menores (de escolaridad no obligatoria), el incremento en la cobertura ha sido mucho menor que en los 5 años<sup>12</sup>.

**Cuadro 1:**  
**Asistencia escolar de niños de 3 a 5 años. Total del país y regiones.**

Región	Porcentaje asistencia 3 y 4	Porcentaje asistencia 5
	años	años
Nordeste	17,73	64,29
Noroeste	21,75	70,08
Cuyana	21,85	71,84
Metropolitana	44,64	82,75
Pampeana	49,33	86,69
Patagónica	53,56	80,47
<b>Total país</b>	<b>39,13</b>	<b>78,80</b>

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas. 2001

Como se puede observar, la escolarización de niños de 5 años alcanza a casi 8 de cada 10 en el total nacional, con sensibles diferencias regionales y dentro de las regiones, por provincias<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> Encuesta de Condiciones de Vida (ECV, 2001), SIEMPRO.

<sup>10</sup> En efecto, en las provincias más pobres, la cobertura es sensiblemente inferior: Formosa 13.7%, Salta 16.8%, frente a 54.1% en la Provincia de Buenos Aires o 39.1% en Córdoba.

<sup>11</sup> En el Noreste, la diferencia de cobertura escolar de niños de 3 y 4 años entre el 30% más rico y el 30% más pobre era 3.7 en 2003, en el Noroeste 3.1, mientras en la región Metropolitana era 1.7.

<sup>12</sup> La sala de 3 años sólo aumentó un 15 %, mientras que para la de 4 el aumento es de un 44% y en la sala de 5 el aumento es de un 91 %.

Asimismo, las tasas de asistencia según condición de pobreza muestran que la inasistencia se acentúa en los sectores más pobres. Dentro de la población de 3 y 4 años que no asiste, el 44,2% corresponde al primer quintil de ingreso y el 1,3% al quinto quintil, evidenciándose así que cuanto menor es el ingreso del hogar menor es la tasa de asistencia<sup>14</sup>.

### **2.1.5 Gestión estatal y privada**

Acorde con la obligatoriedad que establece la ley, en la cobertura del nivel preescolar (5 años) se registra una importante primacía del sector estatal para el total del país: un 74,8% de los niños de esa edad concurre a un establecimiento estatal. La gestión pública es más relevante en las regiones periféricas: en el Noreste la cobertura estatal es del 89%, en la Patagonia 89%, en el Noroeste del 86%, en Cuyo del 85%, mientras que en la región Centro es del 70%<sup>15</sup>.

Los relevamientos del Ministerio de Educación para los años 1996 y 2005 permiten ver que no hubo cambios sustantivos en la participación de ambos tipos de gestión en la última década.

**Cuadro 2:**  
**Gestión estatal y privada de la cobertura escolar de niños de 3 a 5 años.**  
**Total país, 1996-2005.**

Gestión	1996			2005		
	3 años	4 años	5 años	3 años	4 años	5 años
<b>Estatal</b>	60,65%	63,12%	75,56%	58,73%	66,49%	74,80%
<b>Privada</b>	39,34%	36,87%	24,37%	41,26%	33,50%	25,19%

*Fuente: elaboración propia sobre Anuario Estadístico 1996, Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa, Red Federal de Información Educativa y Anuario Estadístico 2005 Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Red Federal de Información Educativa.*

A juicio de la Central de Trabajadores de la Educación (CTERA, 2004) el peso significativo de la cobertura privada en las edades menores (3 a 4 años) condiciona el acceso diferencial por niveles de ingreso.

En cuanto a la oferta horaria para el nivel inicial, tanto en el sector estatal como en el privado, la matrícula mayoritaria se concentra en los turnos de media jornada (mañana o tarde), mientras que la jornada doble representa el 2,3% en el sector estatal y el 1,8 % en el sector privado<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> La cobertura en la Provincia de Buenos Aires es del 83.7%, en Córdoba, del 85.9%, pero desciende al 65.6% en Formosa y 66.8% en Salta. Dentro de la región Metropolitana la asistencia a sala de 5 años en el Conurbano Bonaerense es del 80,5%, mientras que para la Ciudad de Buenos Aires el porcentaje llega al 94,3%. A su vez, en los partidos más pobres del Conurbano la cobertura alcanza sólo al 72,9%.

<sup>14</sup> SIEMPRO, ECV, 2001

<sup>15</sup> INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

<sup>16</sup> Anuario Educativo 2005, Ministerio de Educación del MECYT

### 2.1.6 Participación de las organizaciones sociales en la provisión de servicios de cuidado infantil.

Las organizaciones sociales, es decir el heterogéneo espectro de instituciones no gubernamentales y sin fines de lucro, están en alguna medida compensando las tareas del cuidado que no cubre la oferta estatal o privada entre los sectores más pobres. La gran mayoría de ellas opera con un alto nivel de informalidad. No existen relevamientos oficiales más allá del registro que lleva el Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad (CENOC), que permite un acercamiento al perfil de las mismas y una caracterización de la tarea que realizan.

**Cuadro 3:**  
**Cantidad de entidades dedicadas a la niñez diferenciadas por tipo de organización y servicio que presta. Total país.**

	Comedores populares	Apoyo escolar	Copa de leche	Deserción escolar	Educación no formal	Materno infantil	Totales
Asociación civil	314	440	17	48	356	199	1374
Entidad religiosa	44	35	0	3	31	21	178
Grupo Comunitario	174	165	9	18	100	110	576
Fundación	51	82	6	24	110	58	331
<b>Total de entidades</b>	<b>583</b>	<b>722</b>	<b>32</b>	<b>93</b>	<b>587</b>	<b>340</b>	<b>2.357</b>

Registro del CENOC, 2005

Con carácter indicativo, las entrevistas a informantes clave en el conurbano bonaerense coinciden en resaltar un crecimiento de guarderías y jardines comunitarios gestionados por organizaciones sociales en la década del 90<sup>17</sup>, que casi triplicó su número. Por su parte la cobertura también creció hasta cuadruplicarse y la cantidad de personas afectadas a su desarrollo es actualmente entre 3 y 4 veces mayor que a principios de los 90<sup>18</sup>.

Como información adicional, cabe mencionar que el trabajo voluntario de la población de 15 años y más que releva la ECV 2001, está desarrollado en mayor medida por mujeres de todos los quintiles de ingresos, siendo algo mayor la participación de los quintiles de mayores ingresos.

**Cuadro 4:**  
**Población de 15 años y más que realizó trabajo voluntario por quintil de ingreso y sexo**

Sexo	Total	%	1	2	3	4	5	NS/NR
Varones	868.921	39,1	148.635	118.255	124.100	128.628	158.991	190.312
Mujeres	1.352.702	60,9	195.679	205.993	204.292	227.739	239.002	279.997

Fuente: ECV 2001 SIEMPRO

<sup>17</sup> Esta información fue obtenida a través de entrevistas realizadas a informantes clave pertenecientes a: Cáritas Buenos Aires, La Red El Encuentro de José C Paz y la Coordinadora de Jardines Maternales de La Matanza.

<sup>18</sup> La red de CARITAS de zona norte por ejemplo, pasó de tener 11 jardines y guarderías en 1994 a tener 36 en 2006. La Red El Encuentro del partido de José C Paz pasó de tener 7 guarderías y jardines a tener 19 actualmente, y la cobertura se amplió de 800 niños/as en 1990 a 4000 en la actualidad; también el número de personas que trabajan en los jardines y guarderías sufrió una gran modificación pasando de 42 a 300 trabajadores/as, siendo un 95% mujeres.

### 2.1.7 Cobertura de la enseñanza primaria (6-12 años)

En la Argentina el nivel de escolarización primaria es casi universal (cercana al 100%), pero a medida que se avanza en los niveles de escolaridad se van evidenciando heterogeneidades de cobertura, condiciones de accesibilidad y permanencia en el sistema escolar por regiones y por condición de pobreza.

En líneas generales durante los noventa la cobertura de la educación básica aumentó, pero mientras que para la población en situación de pobreza los años de estudio pasaron de 7 en 1995 a 8 en 2003, para la población no pobre en el mismo período el incremento pasó de 9 a 11 años (Giacometti, 2005).

Para todas las regiones la escolarización decrece a medida que aumenta la edad. La región del Noreste presenta los valores más bajos para todos los niveles de educación.

**Cuadro 5:**  
**Tasa neta de escolarización por grupos de edad<sup>19</sup>**

Región	6 a 11 años	12 a 14 años	15 a 17 años
GBA	92,7 %	76,5%	56,5%
Pampeana	93,1 %	72,0%	51,5%
Cuyo	92,3 %	68,4%	44,2%
NEA	91,1%	55,1%	34,8%
Noa	92,2%	63,8%	42,0%
Patagonia	93,1%	66,7%	44,1%
<b>Total</b>	<b>92,5 %</b>	<b>69,6%</b>	<b>48,8%</b>

Fuente : INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001

La cobertura diferenciada por horarios para el nivel primario en 2005 muestra una oferta bastante pobre de jornada doble. Tanto en la gestión estatal como en la privada, la jornada doble representa alrededor del 5,5% de cobertura.

**Cuadro 6:**  
**Cobertura según jornada y tipo de gestión**

Gestión	Total	Jornada y turno					
		Jornada simple					Jornada Doble
		Total	Mañana	Intermedio	Tarde	Vespertino	
Gestión estatal	3.584.609	3.389.588	1.747.316	18.659	1.623.531	82	195.021
Gestión privada	1.013.138	955.783	508.179	382	447.222	-	57.355

Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Relevamiento Anual 2005

La jurisdicción con mayor cantidad de escuelas de jornada completa es la Ciudad de Buenos Aires, que presenta los menores niveles de pobreza y en general los mejores indicadores educativos, a excepción del sur de la ciudad (con mayores índices de pobreza) donde la matrícula de doble jornada también es menor.

<sup>19</sup> Tasa neta de escolarización: relación entre población de un determinado tramo de edad que asiste y el total de población de esa edad.

Según la ECV el 76,9% de educación primaria está cubierto por la gestión estatal y el 22,2% por la gestión privada. El sector privado responde por el 65% de la demanda del quinto quintil de ingreso, mientras que la gestión estatal cubre el 95 % del primer quintil de ingreso.

La proporción entre la cobertura estatal y privada se mantuvo relativamente estable a partir de 1994.

**Cuadro 7:**  
**Cobertura según tipo de gestión.**

Año	Gestión privada %	Gestión estatal %
1994	21.5	78.9
1996	21.0	79,0
2005	19.6	80.4

*Fuente: \_ elaboración propia sobre Censo Nacional de Docentes y Establecimientos Educativos 1994. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Anuario Estadístico 1996 Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Anuario Estadístico 2005 Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa.*

## **2.2. Servicios de salud y cuidado de niños, ancianos y enfermos.**

### **2.2.1 Encuadre general y normativa**

En la Argentina, el acceso gratuito a la salud es un derecho universal, es decir que cualquier persona dentro del territorio nacional puede concurrir a los centros asistenciales y solicitar atención médica. En la medida que existen otras ofertas de cobertura que brindan mayores facilidades de atención, la salud pública queda en los hechos relegada a cubrir la demanda de sectores pobres y precarizados en términos de empleo. De hecho, el empleo formal garantiza el acceso al beneficio de la obra social sindical que incluye cobertura médica. Por otro lado, y a partir de los años ochenta, se consolida la oferta privada de salud independientemente del empleo que la persona tenga, con las denominadas “pre-pagas de salud” y mutuales.

Cabe mencionar que en el contexto de privatización y descentralización de servicios que formaron parte de las reformas estructurales de los 90, las normativas y regulaciones de la salud, (junto con la seguridad social, la educación, el sistema previsional y la estabilidad laboral), tuvieron profundas modificaciones. El desempleo creciente durante los 90, y la pobreza que se amplía y profundiza en los primeros años de la década siguiente (a partir de la crisis de 2001), restringen la disponibilidad de obras sociales asociadas al empleo y concentran el acceso a los servicios pre-pagos en sectores con mayores ingresos.

### **2.2.2 Procesos de reforma en el sector salud**

En la década del noventa el proceso de reforma en el sector salud se caracterizó por la descentralización, es decir que se inició un proceso de “provincialización y municipalización”. Esto se refleja en la ejecución del presupuesto destinado a la salud, que evidencia un fuerte aumento del gasto provincial y municipal y un incremento muy leve en el nivel nacional.

Así, en 1991 se gastaron unos 13 mil millones de dólares (entre el 7 y el 8 % del PBI) en salud. De ese total, el 19 % correspondió al gasto público, siendo tres cuartas partes del

mismo, responsabilidad de las Provincias, 15 % a cargo de los Municipios y el resto (aproximadamente un 12 %) al nivel nacional. El gasto público aumentó entre el 91 y el 93 en un 54 %. Este incremento fue debido al mayor gasto provincial que creció en un 63 % y de los municipios que lo hicieron en un 53 %. El Gasto Nacional en cambio, se mantuvo casi sin variantes con un incremento de sólo 1,9 % (Tafani, 1997).

Junto con la descentralización, en los 90 se propuso la autogestión de las unidades sanitarias del sector público, a través de la venta de servicios a las obras sociales sindicales, dejando abierta la posibilidad de empezar a cobrar bonos de colaboración a los usuarios. Esta nueva modalidad de autogestión no tenía otro destino que el fracaso, ya que las obras sociales tienden a contratar servicios de salud del sector privado y no los provistos por el sector público (Tafani, 1997). En 1980, el 85% de los convenios de las obras sociales se establecían con centros de salud privados y en 1993 esta tendencia se había profundizado, ya que la cifra alcanzaba al 89% de las contrataciones. De esta manera, el proyecto de la autogestión no era viable.

En cuanto a la oferta de salud también se produjeron cambios. Tafani plantea que entre 1980 y 1995 se produjo un incremento del 10% en la cantidad de establecimientos con capacidad de internación y también un aumento de la atención ambulatoria superior al cien por ciento. Esto se debe a que, por un lado, en el sector público se comenzó a fomentar la atención primaria, con un paulatino retroceso de la oferta sanatorial estatal y, por el otro, una ampliación de entidades dedicadas al diagnóstico y de establecimientos con internación en el sector privado.

En lo que hace a la atención ambulatoria, en términos cuantitativos, el sector privado tiene una mayor prestación que el sector público.

Así es como se inicia un proceso de privatización de la oferta de salud, con la consecuente pérdida relativa de la participación del Estado en este ámbito.

En 1980, los centros de salud del sector público representaban el 51% del total, las obras sociales eran el 4%, y los centros privados, el 44%. En 1995, el sector público había disminuido al 43% del total, las obras sociales eran el 1%, y el sector privado representaba el 55% del total de la oferta. Por primera vez la oferta de instituciones pasó a ser mayoritariamente privada.

### ***2.2.3 Segmentación de la población según tipo de cobertura médica.***

Existe una clara segmentación de la población en el acceso al tipo de cobertura médica según su nivel de ingreso. Tanto la obra social como los sistemas de mutual o prepaga tienen mayor incidencia a medida que aumentan los ingresos. Inversamente, el sistema público aumenta su cobertura a medida que descienden los ingresos.

**Cuadro 8:**  
**Población por tipo de cobertura de salud según quintil de ingreso per capita del hogar. Total del país en localidades de 5 mil y más habitantes. En porcentajes.**

Tipo de cobertura	Total <sup>(6)</sup>	Quintil de ingreso per capita del hogar				
		1	2	3	4	5
Población total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Obra Social	40,1	16,7	36,5	48,6	55,8	60,3
PAMI	6,6	3,0	6,8	10,9	9,9	5,8
Mutual o Prepaga	10,0	2,7	5,8	8,8	11,4	23,3
Sector Público	43,2	77,5	50,8	31,6	22,9	10,6

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2001). SIEMPRO.

Coincidente con lo anterior, la cobertura según situación respecto de la línea de pobreza muestra que 7 de cada 10 pobres se atienden en el sistema público. Cabe resaltar que una cuarta parte de los no pobres también utilizan el sistema público para atender su salud.

**Cuadro 9:**  
**Población por tipo de cobertura de salud según la situación de pobreza. Total del país en localidades de 5 mil y más habitantes. En porcentajes.**

Tipo de cobertura	Población Total	Pobre	No Pobre
	100,0	100,0	100,0
Obra social	40,1	22,4	51,9
PAMI	7,0	4,0	9,0
Mutual o prepaga	8,9	3,5	12,5
Sector público	44,0	70,1	26,6

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2001). SIEMPRO.

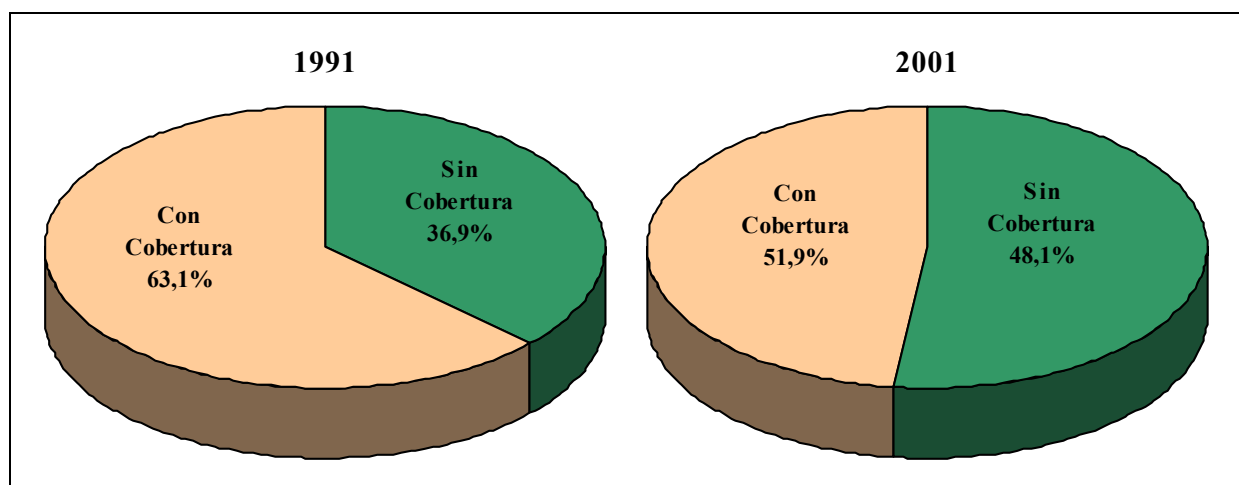
#### 2.2.4 Cambios en el tipo de cobertura médica

La tendencia que marcan los dos últimos censos de la Argentina (1991 y 2001) es el descenso del porcentaje de la población que cuenta con una cobertura médica de obra social o prepaga. En 1991 el 63.1% de la población que vivía en la Argentina, contaba con cobertura médica privada y el 36.9% recurría a la asistencia pública.

Estas proporciones tienden a equipararse durante la década, tal como lo refleja el censo 2001, donde el 51.9% contaba con una cobertura médica privada y el 48.1% atendía su salud sólo a través del sistema público. De esta forma, el sistema público debe dar respuesta en pocos años a una demanda mucho mayor en una etapa en que se descentralizan los servicios que pasan a las jurisdicciones provinciales y municipales.



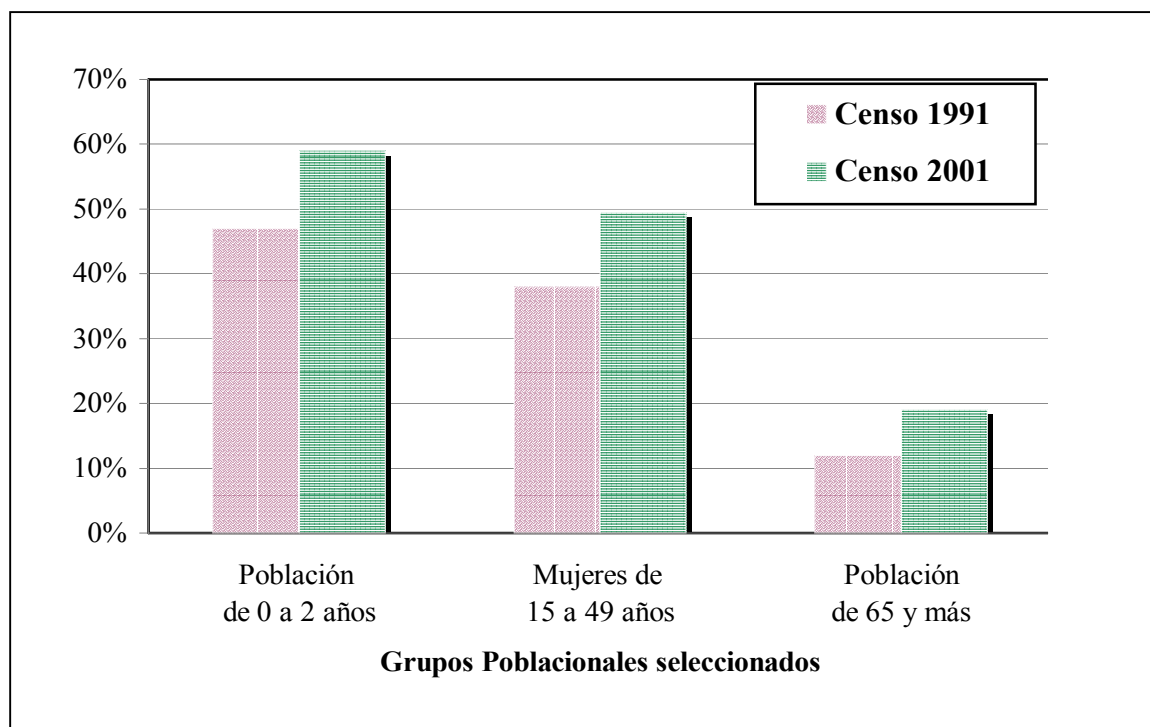
**Gráfico 1:**  
**Población según cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual. Total del país. Años 1991 y 2001.**



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Considerando los tres grupos más demandantes del sistema de salud (los niños de 0 a 2 años, mujeres en edad fértil entre los 15 y los 49 años y mayores de más de 65 años), en todos los casos creció la demanda al sistema público como único proveedor. Pero cabe resaltar que en 2001 casi 6 de cada 10 niños de hasta 2 años eran atendidos por los servicios estatales.

**Gráfico 2: Porcentaje de población sin cobertura por obra social o plan privado o mutual, en grupos poblacionales seleccionados. Total del país. Años 1991 y 2001.**



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

### 2.2.5 Cobertura de los/as niños/as según grupos de edad.

En 2001, el 28.3% de la población, es decir, algo más de 10 millones de personas, tenía entre 0 y 14 años. Sólo el 44.4% de este grupo poseía una cobertura médica proveniente de una obra social, de la medicina pre-paga o mutual. Esta proporción era del 51.9% para el total de la población, lo que se explica por la mayor presencia de niños/as menores en sectores más pobres, junto con niveles más altos de informalidad laboral y ausencia de beneficios sociales.

La proporción de niños/as de 0 a 14 años que sólo tienen acceso a la salud pública creció en 14 puntos porcentuales durante los 90. La precarización del empleo de los padres y el aumento del desempleo en esa década seguramente influyó en la pérdida de cobertura de las obras sociales y los servicios de medicina pre-paga.

**Cuadro 10:**  
**Población de 0-14 años sin cobertura médica privada, según rango de edad. Año 1991 y 2001.**

Rango de edad	1991	Sin cobertura privada	2001	Sin cobertura privada
0-4 años	3349073	45%	1964751	58.7%
5-14 años	6628610	41%	3733238	54.7%
0-14 años	9978683	42%	5697989	55.6%

*Elaboración propia, datos de los Censos Nacionales 1991 y 2001.*

### 2.2.6 Condiciones de acceso a la cobertura de salud.

Los totales nacionales ocultan las heterogeneidades que se presentan entre las distintas provincias. En 1991, y para el total nacional, un tercio de los/as niños/as de 0-14 años sin cobertura médica privada, tenían también alguna necesidad básica insatisfecha (NBI). Considerando las tres jurisdicciones con mayor cobertura médica privada (provincia de Santa Cruz, Ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego), se observa que coinciden con un mejor entorno ambiental (menor proporción de niños/as con NBI). En el otro extremo, las cuatro provincias con menor cobertura médica privada (Formosa, Santiago del Estero, Chaco y Misiones), también detentan las mayores proporciones de niños/as viviendo con NBI. Así, los/as niños/as de 0-14 con mayores requerimientos de asistencia sanitaria, cuentan sólo con el sistema público de salud de las provincias más pobres.

En 2001, y considerando los datos a nivel provincial, persisten las heterogeneidades. Se refuerza la relación entre ausencia de obra social o medicina prepaga, como indicador de la calidad del empleo y nivel de ingresos, junto con la mayor presencia de población con NBI en las provincias más pobres. Al igual que una década atrás, Santa Cruz, Tierra del Fuego y la Ciudad de Buenos Aires tienen las mayores proporciones de cobertura de niños/as de 0 a 14 años (alrededor de 7 de cada 10). En contraposición, y también reiterando lo observado en 1991, Chaco, Formosa y Santiago del Estero son las de menor cobertura privada (no llegan a 3 de cada 10 niños/as). En estas últimas además, la subrepresentación de los/as niños/as con cobertura respecto del total de la población es mucho más marcada.

Cabe resaltar las diferencias interprovinciales: la cobertura privada de los/as niños/as de 0 a 14 años en Santa Cruz es 2.6 veces mayor que en la provincia del Chaco y la de Buenos Aires, es 2.5 veces mayor.

Considerando una condición relevante para la protección de la salud como es el acceso al agua potable, las heterogeneidades provinciales señaladas se correlacionan con la desigual disponibilidad de agua. En las provincias más pobres, como Formosa y Chaco sólo 6 de cada 10 viviendas tienen acceso al agua potable, frente al acceso casi universal en la Ciudad de Buenos Aires, Santa Cruz y Tierra del Fuego. Así, las peores condiciones sanitarias, en las provincias más pobres, se correlacionan con la menor proporción de cobertura de niños/as de 0 a 14 años (Ver cuadro en Anexo Estadístico).

### ***2.2.7 Prestaciones monetarias o en especie que contribuyen al cuidado de los/as niños/as***

En la Argentina la niñez es destinataria de asignaciones familiares a través del empleo formal de sus padres. Bertranou y Bonari (2005) señalan que el sistema de asignaciones familiares surgió en la legislación argentina a mediados de la década del treinta con el subsidio a la maternidad. Con sucesivas reformas y ampliación de cobertura, recién en 1975 se conformó plenamente el sistema. Las cajas mantuvieron su carácter público no estatal y las prestaciones de los pasivos eran cubiertas con los aportes de los activos.

A partir de 1957 las cajas comenzaron a financiarse con un aporte patronal de entre 4% y 5% de la masa salarial, que luego ascendió a 10% y 12%; a mediados de los 80 se redujo a 9%. En 1991 el aporte destinado a asignaciones familiares disminuyó a 7.5% de la masa salarial y se destinó el 1.5% restante a la creación del Fondo Nacional de Empleo. En ese año se disolvieron las cajas y se unificaron las prestaciones de la seguridad social (excepto obras sociales), incluido el sistema de asignaciones familiares, bajo la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

Desde 1985 el sistema de asignaciones familiares cubre la carga familiar de los trabajadores en relación de dependencia, jubilados y pensionados. Si ambos cónyuges poseen un trabajo formal, el beneficio es percibido solamente por uno de ellos. En 1996 se reformó el sistema con el objetivo de lograr mayor equidad. Mediante esta reforma se concentraron los beneficios y se excluyó del sistema de asignaciones familiares a las personas con salarios mayores a \$ 1500, con excepción de subsidios por maternidad o hijo discapacitado, que alcanzan a todos los trabajadores. Si bien el régimen limita el cobro de asignaciones familiares a uno de los cónyuges, los topes se aplican sobre los ingresos individuales, no sobre los ingresos familiares.

Los beneficios del sistema de asignaciones familiares comprenden: nacimiento, maternidad, adopción, matrimonio, prenatal, hijos/as, hijos/as con discapacidad y ayuda escolar. En 2003, de acuerdo con datos de la Cuenta de Inversión, 48.3% de las prestaciones correspondían a asignaciones por hijo/a, 37.3% a ayuda escolar, 7.9% a asignación por cónyuge, 2.8% a asignación prenatal, 1.4% a asignación por nacimiento y 2.4% a asignaciones por matrimonio, maternidad y adopción. El monto difiere por tipo de beneficio cubierto y zona geográfica<sup>20</sup>. El mismo es determinado por el Poder Ejecutivo y en los períodos inflacionarios oscila

---

<sup>20</sup> Al año 2005 los montos variaban entre \$40 y \$ 20 (según la remuneración percibida por el/la trabajadora) por mes y por hijo/a. La asignación por hijo/a con discapacidad variaba entre \$160 y \$80. En ambos casos, en algunas provincias estos montos son superiores.

fuertemente. En la década de los noventa, el gasto en asignaciones familiares osciló entre el 0.4% y el 0.8% del PBI. Al estar vinculado con el empleo de los adultos, en contextos de crecimiento del desempleo y la precarización laboral, el gasto en este tipo de asignaciones tiende a decrecer.

Bertranou y Bonari (2005) citan los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2001, que registra una cobertura de poco más de 30% de los menores de hasta 18 años. Sin embargo, al estar asociada al empleo formal, la cobertura llega sólo al 4.7% de los menores de hogares indigentes. En el grupo pobre no indigente, la cobertura aumenta a 27.9%, y llega casi a la mitad para la población no pobre.

**Cuadro 11:**  
**Cobertura de asignaciones familiares en menores de hasta 18 años, 2001**

	Recibe asignaciones familiares	No recibe asignaciones familiares	Total
<b>Grupo de edad</b>			
0 a 4	32.4	67.6	100.0
5 a 14	32.2	67.8	100.0
15 a 18	26.8	73.2	100.0
<b>Total</b>	<b>31.2</b>	<b>68.8</b>	<b>100.0</b>
<b>Nivel de pobreza</b>			
Indigentes	4.7	95.3	100.0
Pobres no indigentes	27.9	72.1	100.0
No pobres	48.5	51.5	100.0
<b>Total</b>	<b>31.8</b>	<b>68.2</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Bertranou y Bonari (2005), sobre la base de ECV 2001.*

Otra prestación vinculada a la niñez es la “Pensión a Madres de 7 o más hijos”, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. Se inició en 1986 con la Ley N° 23.746 y sus modificatorias y tiene como beneficiarias a las madres de siete o más hijos nacidos con vida o adoptados, cualesquiera fueran la edad, estado civil o nacionalidad de éstos o de su progenitora. El beneficio es monetario a través de una pensión mensual, inembargable y vitalicia cuyo monto es igual al de la jubilación mínima del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP).

Los requisitos para acceder a este beneficio son: no gozar de jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva, no poseer bienes, ingresos ni recursos de otra naturaleza que permitan la subsistencia de la solicitante y grupo conviviente, ser argentina o naturalizada, con una residencia mínima y continua en el país de un año inmediatamente anterior al pedido de pensión, o extranjeras con una residencia mínima y continua en el país de 15 años. La fuente de financiamiento son transferencias internas y al año 2005 el gasto devengado fue de más de setecientos millones de pesos.

### **2.2.8 Programas públicos de salud que atienden a la niñez**

La política de mayor envergadura en el sector salud es el Programa Materno Infante Juvenil. Este programa se creó en 1936 con la Ley N°12.341 y su alcance es nacional.

Entre sus objetivos se encuentran: fortalecer la salud de mujeres en edad fértil, embarazadas, madres, niños y adolescentes de todo el país; reducir la morbi-mortalidad de niños y adolescentes; reducir la mortalidad materna y el bajo peso al nacer; mejorar la atención del parto y del recién nacido; vigilar el crecimiento y el estado nutricional en los menores de 5

años; promover la lactancia materna y recuperar a los niños desnutridos con atención ambulatoria; articular acciones intersectoriales con educación para la promoción integral de la salud en la comunidad.

El programa no tiene costo para la población beneficiaria, que recibe leche fortificada y medicamentos esenciales para la atención del embarazo, parto y enfermedades prevalentes de la infancia, capacitación de los equipos de salud, publicaciones sobre temas relacionados con la salud de la población materno-infantil y juvenil. La ejecución del Programa se realiza en forma descentralizada en las provincias y se financia actualmente con fondos del Tesoro nacional (28.6%) y un crédito del Banco Mundial (71.4%). La cobertura prioriza a la población con menores ingresos. Así, en el primer quintil alcanza a casi la mitad del segmento de 0 a 2 años y a algo más de la cuarta parte de esa población en el segundo quintil. En cuanto a las mujeres embarazadas, el mayor alcance se da también en los dos primeros quintiles.

**Cuadro 12:**  
**Cobertura de programas materno infantiles del sector público durante la gestación y primeros 2 años de vida, según quintil de ingreso per cápita del hogar. Total del país en localidades de 5 mil y más habitantes. En porcentajes.**

Cobertura	Total	Quintil de ingreso per capita del hogar				
		1	2	3	4	5
<b>Población total de 0 a 2 años</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Tasa de cobertura de beneficiarios <sup>(1)</sup>	26,1	46,0	28,5	11,8	5,6	0,5
<b>Total de embarazos</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Tasa de cobertura de beneficiarias	21,8	38,2	22,9	11,4	2,0	0,1

*Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2001). SIEMPRO*

*(1) La tasa de cobertura refiere a la proporción de embarazos que, en relación al respectivo total, recibieron prestaciones de programas materno infantiles del sector público.*

Considerando la población debajo de la línea de pobreza, casi el 80% de la cobertura de los programas materno-infantiles se focaliza en la población pobre.

**Cuadro 13:**  
**Focalización de programas materno infantiles durante la gestación y primeros dos años de vida, según situación de pobreza. Total del país en localidades de 5 mil y más habitantes. En porcentajes.**

Focalización	Pobreza por ingreso		
	Total	Pobre	No pobre
Población total de 0 a 2 años	100,0	79,5	20,5
<b>Total de embarazos</b>	<b>100,0</b>	<b>79,0</b>	<b>21,0</b>

*Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2001). SIEMPRO*

### **2.2.9 Cuidado de ancianos/as**

La proporción de ancianos/as en la población tiene una tendencia creciente. En el período intercensal (1991-2001), los mayores de 65 años aumentaron su peso en la población total en 1 punto porcentual, mientras los mayores de 80 años lo hicieron un 0.5%.

#### **2.2.9.1 Jubilaciones y pensiones**

Las condiciones para acceder al beneficio de la jubilación ordinaria son las siguientes: 65 años de edad los hombres y 60 las mujeres, con 30 años de servicio y 22 de aportes. La insuficiencia en los años de aportes puede ser compensada con sobreedad de los años de servicio faltantes. Existe también la posibilidad de retiro por invalidez total o parcial certificada.

La pensión por fallecimiento corresponde al cónyuge supérstite, a los hijos menores de 18 años de edad (o de 21 años si son estudiantes y sin límite de edad si son inválidos) o a la conviviente viuda, separada o soltera con cinco años de convivencia (que se reducen a dos años si hay hijos comunes).

También se puede acceder a la jubilación por edad avanzada (aunque en este caso la edad mínima es más alta), con beneficios reducidos y menores requisitos en cuanto a contribuciones.

La ley 24.347 estableció una opción de jubilación para amas de casa, pero sólo pueden afiliarse a una AFJP aquellas mujeres que no perciben ninguna remuneración y que pueden abonar el aporte correspondiente.

#### **2.2.9.2 La reforma del sistema previsional**

En el contexto de reformas que iniciaban varios países de América Latina, a mediados de la década del noventa se produjo la reforma en el sistema previsional, dando origen al sistema de capitalización, que se presentó como una alternativa al modelo de reparto administrado por el Estado. Ambos sistemas coexisten y los aportantes pueden optar por uno u otro.

Birgin y Pautassi (2001) sostienen que las reformas previsionales en América Latina significaron un cambio de paradigma y no una mera intervención técnica para solucionar los niveles deficitarios de los distintos sistemas previsionales. Para llevarlo a cabo, se optó por sustituir los sistemas públicos de reparto solidario por sistemas de ahorro capitalizados individualmente, cedidos a la administración privada con garantías estatales. Las reformas no respondieron a la preocupación por la calidad de las prestaciones brindadas por el sistema, sino a una lógica economicista. Tres de las consecuencias de la reforma fueron: el desfinanciamiento de una política social; el fortalecimiento del sector financiero y el aumento de la incertidumbre sobre los beneficios futuros, ya que se restó financiamiento a la cobertura estatal (reparto), y el del sector privado (AFJP) es indefinido por las características propias del sistema de capitalización. Por otra parte, no se observa ningún efecto positivo en el ahorro nacional.

Las medidas tomadas respondían al diagnóstico que parte de la concepción de un Estado mal administrador, y consistieron en privatizar los programas de pensiones (vejez, invalidez y

muerte), y del seguro por enfermedad y maternidad. Se esperaba que con la creación de un mercado de capitales se eliminaría el déficit a través de niveles mayores de aportes y la disminución de la evasión, pero una vez implementado, la experiencia empírica demostró que el déficit no se erradicó, en la medida que la fuente del desfinanciamiento del sistema previsional se relaciona sobre todo con las condiciones del mercado de trabajo y los problemas administrativos (Bravo, 2000). Si bien en la Argentina hay un envejecimiento de la población, la evolución de las tasas de crecimiento poblacional no estaría implicando que haya más personas que perciben jubilación que aportantes.

Birgin y Pautassi (2001) se preguntan cuál es el impacto específico de la reforma previsional sobre las relaciones de género, y encuentran que el sistema de capitalización, al asociar aporte con beneficio, perjudica más a las mujeres. A ello abonan los mecanismos discriminatorios, como la brecha salarial, la intermitencia en la vida laboral y el peso del trabajo reproductivo, que inciden negativamente y no les permiten acumular fondos suficientes como para sostenerse en la vida pasiva. El sistema de capitalización profundiza las brechas de género, siendo el sistema de reparto más neutral, "dado que para el cálculo del beneficio se utilizan, en forma implícita, tablas actuariales únicas para ambos sexos. Además, en los sistemas de reparto el retiro de las mujeres está previsto a menor edad que en los de capitalización, lo que las beneficia parcialmente, aunque muchas veces implica una jubilación menor. La desventaja es que, como el cálculo se hace sobre la base de los últimos salarios, los hombres se benefician más porque ingresan con remuneraciones bajas, pero al momento del retiro están gozando de los niveles salariales más altos de su carrera laboral, lo cual implica mayores haberes para su jubilación". (Birgin y Pautassi, 2001). Así, la lógica económica impulsada por sectores técnicos y políticos que intentaba reducir el déficit financiero del sistema previsional y crear un mercado de capitales, no tomó en consideración los impactos diferenciales en distintos grupos de la población y por género.

### ***2.2.9.3 Programas y servicios sociales dedicados al cuidado de ancianos***

El Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI) tiene como beneficiarios a los jubilados, pensionados y sus familiares y brinda prestaciones médicas. Se inicia en 1971, con la aprobación de la Ley N° 19.032 y sus modificatorias. El organismo responsable es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y su alcance es nacional. Las personas jubiladas o pensionadas aportan un 3% de su haber previsional mínimo y un 6% sobre el excedente. La modalidad de ejecución es a través de convenios con prestadores médicos, públicos o privados, que suministran los servicios. Este programa se financia con recursos propios. Al año 2005 el gasto devengado ascendía a más de dos mil millones de pesos (casi US\$ 700 millones).

Existen otros programas de relevancia significativamente menor que atienden también a este tipo de población<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Es el caso del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, Promoción y Protección de los Adultos Mayores, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. Los beneficiarios son los ancianos, los discapacitados y las personas que presentan patologías crónicas invalidantes o terminales que requieren atención domiciliaria y se encuentran en situación de riesgo social. El alcance del programa es nacional. Este programa se propone mejorar la calidad de vida de los beneficiarios, capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas de cuidado domiciliario y promover la formación de sistemas locales de atención domiciliaria. La fuente de financiamiento proviene del Tesoro Nacional. Cabe señalar que el gasto devengado al año 2005 era \$687.121 (poco más de US\$ 200.000).



#### **2.2.9.4 Cobertura de los servicios prestados a ancianos.**

En diciembre de 1999, según datos de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP), había en Argentina 10.159.071 afiliados al sistema previsional, representando los hombres 68% y las mujeres 32%. De ese total, 22,3% estaba en el régimen estatal de reparto (dos tercios de hombres y un tercio de mujeres) y 77.7% estaban afiliados al régimen de capitalización, con una proporción levemente superior de hombres que en el sistema de reparto.

La evolución de los datos censales da cuenta de una disminución de la cobertura de jubilaciones y pensiones. En 1991 el 75.1% de la población de 65 años y más cobraba jubilaciones y/o pensiones, mientras que en 2001 el porcentaje descendió al 70.5%. En esos diez años la población de esa edad creció significativamente (de casi 2.900.000 personas en 1991 a casi 3.600.000 en 2001), lo que implica un incremento de 350.000 personas sin cobertura provisional, que quedan libradas a sus propios medios o al apoyo familiar para su subsistencia. Pero esta situación no es homogénea en todo el país, ya que trece provincias disminuyeron la cobertura previsional, mientras que en las once restantes se produjo un ascenso.

#### **2.2.9.5 Heterogeneidad de la cobertura médica**

También se registró una disminución del nivel de cobertura médica por obra social, plan médico o mutual: en 1991 el 88% de la población de más de 65 años contaba con una cobertura médica y en 2001 esa cifra descendió al 81.3%. De esta forma, la salud de cientos de miles de personas de la tercera edad pasa a ser atendida por el sector público.

Ambas situaciones planteadas empeoran cuando existen condiciones de pobreza y precariedad laboral. Las heterogeneidades son evidentes si se toman como parámetro las tres provincias que cuentan con un porcentaje menor de cobro de jubilaciones y pensiones y de cobertura médica en la población de 65 años y más, y las tres provincias que presentan los mejores porcentajes. Al respecto, cabe señalar que uno de cada dos mayores de 65 años tiene cobertura previsional en Formosa, Misiones y Corrientes, frente a 8 de cada 10 que la tiene en la Ciudad de Buenos Aires, La Rioja o La Pampa.

La diferencia de cobertura médica entre la jurisdicción mejor posicionada (Ciudad de Buenos Aires) y la peor posicionada (Formosa) era de 37.5 puntos porcentuales en 1991 y 34.6 en 2001. En las provincias más pobres se presentan menores niveles de cobertura médica en la población de la tercera edad, lo cual implica que el cuidado de este grupo recae en las familias y en el sector público desfinanciado. Así, las tareas de cuidado son más pesadas para las mujeres pobres, limitando entre otras cosas su desempeño en el mercado laboral y generando un círculo vicioso de pobreza (Cuadro A del Anexo Estadístico).



## **2.2.10 Cuidado de personas con discapacidad**

### **2.2.10.1 Legislación**

La Ley 22.431 de 1981 creó un sistema de protección integral para las personas con discapacidad, a las que define como “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que con relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. Esta ley también dispone que el Estado debe garantizar la atención integral de la salud, la educación y adecuadas condiciones de empleo de las personas con discapacidad certificada por el Ministerio de Salud, siempre y cuando carezcan de sustento económico y cobertura de salud. Por su parte, el Estado nacional, las empresas públicas y la Ciudad de Buenos Aires tienen la obligación de dar empleo a personas con discapacidad, en una proporción no inferior a 4% del total de su personal. En el año 2003 se amplió el alcance de la ley incluyendo al personal contratado y el de los servicios tercerizados. En 2003 se duplicó el monto de las asignaciones familiares de los hijos con discapacidades y se estableció que el setenta por ciento de estas retribuciones deberían ser financiadas por el impuesto a las ganancias (Bertranou y Bonari, 2005).

En 1997 se creó el Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral para personas con discapacidad (Ley 24.901), con el fin de asegurar la universalidad de la atención a través de la integración de políticas y de los recursos institucionales y económicos. Este sistema brinda prestaciones de carácter preventivo, de rehabilitación, terapéutico educativas y asistenciales. En cuanto al diseño y al uso del espacio público, la legislación dispone que las construcciones públicas sean fácilmente accesibles para las personas en sillas de rueda y se les otorgue un pase gratuito en los medios de transporte. Para implementar el Sistema, se creó el Registro Nacional de Personas con Discapacidad y el Registro Nacional de Prestadores, y se estableció un nomenclador que quedó a cargo del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad, dependiente del Ministerio de Salud. La supervisión y fiscalización del Nomenclador de Prestaciones Básicas y la instrumentación del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad en las obras sociales, son responsabilidad de la Superintendencia de Salud. En caso de incumplimiento, las personas con discapacidad pueden recurrir a la justicia para presentar recursos de amparo. Además, el sistema ha estandarizado las prestaciones, así como los criterios para asegurar su financiamiento.

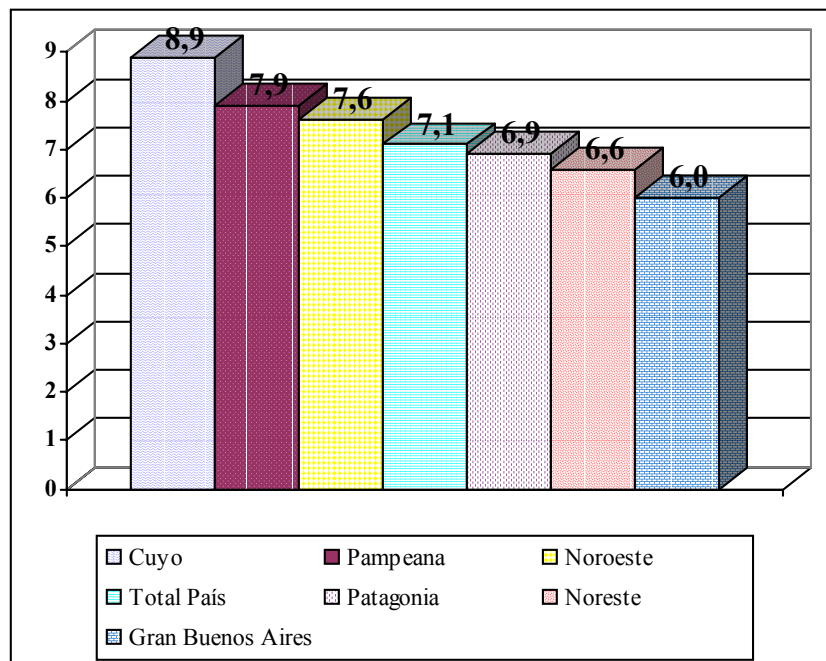
### **2.2.10.2 Características de la población con discapacidad.**

El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1982) de Naciones Unidas insta a los estados miembros a cooperar en el desarrollo de un sistema de obtención de datos, a través de recuentos censales o representativos de las diversas discapacidades.<sup>22</sup> En el año 2002 y 2003 se realizó en Argentina la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, Complementaria del Censo 2001. El objetivo de esta encuesta fue cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad. La encuesta indica que el 7.1% de la población del país que vive en centros urbanos con más de cinco mil habitantes, tiene algún tipo de discapacidad. En las Regiones Cuyo, Pampeana y Noroeste argentino, el porcentaje supera el promedio nacional, en tanto que es menor en Patagonia, Noreste y el Gran Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y Partidos circundantes).

---

<sup>22</sup> “Aquí se cuenta”, Revista Informativa del Censo 2001 N°14; Diciembre de 2004.

**Gráfico 3:**  
**Población con discapacidad. Total del país y regiones. Año 2002-2003.**

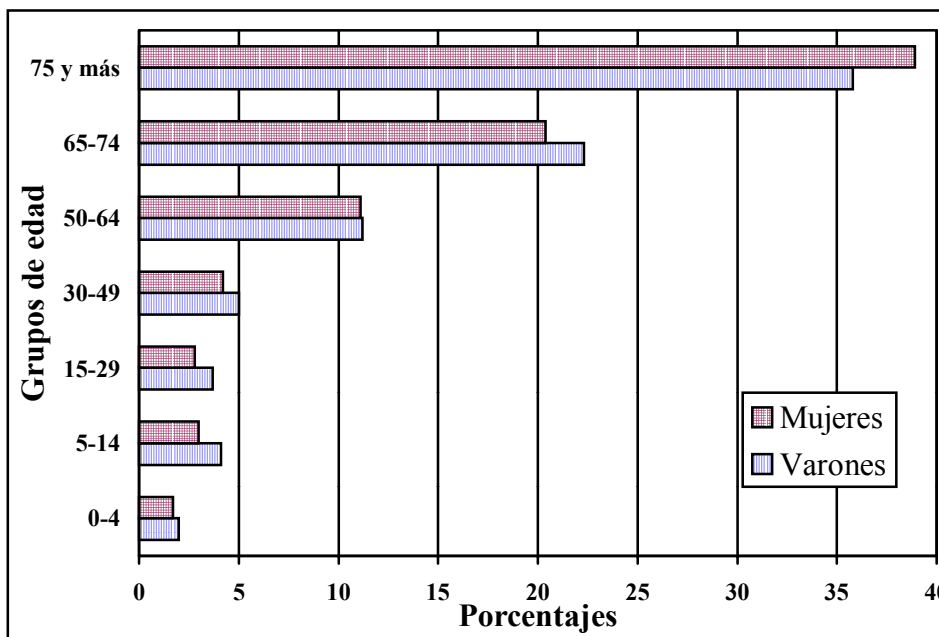


Fuente: Indec. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 – Complementaria del Censo 2001.

La encuesta indica que la prevalencia es levemente superior en las mujeres que en los varones, ya que ellas representan el 7.3% de la población discapacitada y ellos el 6.8%. En números absolutos, el total de las personas con discapacidad asciende a 2.176.123, de las cuales 1.010.572 son varones y 1.165.551 son mujeres. En este desbalance incide la mayor presencia de mujeres en las edades mayores.

En cuanto a la estructura de edad, la incidencia de la discapacidad aumenta a medida que se avanza en edad. En este sentido, representan el 3% del total de entre 0 y 14 años (aproximadamente 250 mil personas), el 5.5% de la población entre 15 y 64 años (aproximadamente 1 millón de personas) y el 28.3% de la población de 65 años y más (cerca de 860 mil personas).

**Gráfico 4:**  
**Prevalencia de discapacidad por grupos de edad y sexo.**  
**Total del país. Año 2002-2003**



Fuente: Indec. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 – Complementaria del Censo 2001.

Casi un tercio de las personas discapacitadas tienen discapacidad motora, mientras una cuarta parte tiene dos o más discapacidades. Un 12% tiene discapacidad mental.

Por último, el 20,6% de los hogares de las localidades de 5.000 habitantes o más albergan al menos una persona con discapacidad. Es decir que en aproximadamente uno de cada cinco hogares del país reside por lo menos una persona con discapacidad. El valor absoluto, que asciende a 1.802.051 hogares, brinda una idea acerca de la magnitud real de la situación, dado que la familia y particularmente las mujeres se ven involucradas en la necesidad de brindar atención y contención a la persona con discapacidad. Las regiones Cuyo y Noroeste superan en mayor medida el valor nacional alcanzando más del 26%. Por el contrario, el Gran Buenos Aires presenta la menor proporción de hogares con al menos una persona con discapacidad (16,9%).

### **2.2.10.3 Servicios previstos para el cuidado de personas con discapacidad**

La Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS, dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros) tiene la misión de promover y elaborar proyectos y programas dirigidos a la integración de personas con discapacidad y de intervenir con carácter vinculante en los proyectos elaborados por otros organismos. Asimismo, debe coordinar las acciones realizadas por las entidades públicas y privadas en la materia, sistematizar la información sobre personas con discapacidad y apoyar la elaboración de leyes.

En 1997 se creó el Programa de Apoyo a Talleres Protegidos de Producción, que promueve la integración de personas con discapacidad al mercado laboral por medio de subsidios a proyectos empresariales. Las entidades que pueden acceder a estos subsidios son aquellas que

cuentan con un 80% de personas discapacitadas en su personal y los recursos deben destinarse a la asistencia técnica, inversiones en bienes de capital e insumos, y a capacitación del personal.

Otro de los programas que atienden a las personas discapacitadas es el denominado “Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de las Personas con Discapacidad. Prevención y Control de las Discapacidades”, dependiente del Organismo Descentralizado de la Secretaría de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud. Iniciado en 1995, los beneficios que otorga son prestaciones médicas, difusión de información, determinación del grado de discapacidad y entrega de patentes para automóviles de personas discapacitadas. El gasto devengado al año 2005 era \$6.266.952. El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (ya descrito en el punto d. Cuidado de Ancianos) también provee servicios para esta población.

### ***3. Distribución de las actividades de cuidado en los hogares.***

#### ***3.1. Presentación***

A pesar de los cambios en las prácticas sociales que hacen más flexible el desempeño de roles por género, los estereotipos permanecen rígidos. Mientras es claro el avance de las mujeres en la esfera pública a nivel de participación en el mercado laboral y en la política, la esfera doméstica aparece como más resistente al cambio. En efecto, las mujeres siguen siendo responsables de la mayor parte de las tareas de cuidado que se realizan en los hogares: atención de niños, enfermos, ancianos, limpieza, alimentación.

En los años 80 surgió en Argentina el interés de medir la distribución del trabajo doméstico por sexo<sup>23</sup>, y se realizaron posteriormente indagaciones esporádicas. Pero fue recién a partir de los 2000 que el tema comienza a incorporarse con diversas modalidades en las estadísticas nacionales<sup>24</sup>.

El análisis incluido en este capítulo tiene por objetivo poner en evidencia el contenido de trabajo femenino en las tareas de cuidado desarrolladas en el ámbito doméstico, dar base empírica a la distribución del mismo entre mujeres y varones e instalar el tema en los debates sobre las políticas económicas y sociales y la equidad de género.

#### ***3.2. Tiempo dedicado a actividades de cuidado en el ámbito doméstico***

Considerando la información proveniente de la ECV 2001<sup>25</sup> Ariño (2004) encuentra que el tiempo de trabajo que requieren las actividades de cuidado en el hogar es de 8 hs 30 m en el promedio nacional, es decir, el equivalente a la jornada laboral “normal” en el mercado de

---

<sup>23</sup> Kritz, Ernesto. “El trabajo femenino: actividad doméstica y crisis económica. El caso de Argentina”. OIT, Perú. 1984.-

<sup>24</sup> La Encuesta de Condiciones de Vida, 2001, Siempro-INDEC, aplicada en los centros urbanos de más de 5.000 habitantes de todo el país, indagó sobre el tiempo dedicado a las tareas domésticas y el cuidado de niños y ancianos de cada miembro del hogar entrevistado. La EPH-INDEC, incluye un módulo de actividad doméstica que indaga acerca de la persona principalmente responsable de las tareas domésticas en el hogar y quién/es ayudan.

La Encuesta de Uso del Tiempo- Dirección de Estadísticas de la Ciudad de Buenos Aires, se aplicó en 2006 pero no está todavía procesada.

<sup>25</sup> Ver Anexo Metodológico

trabajo<sup>26</sup>. Este tiempo desciende a algo más de 6 hs cuando se trata de una pareja sin hijos y supera las 9 hs. cuando sí los hay.

En cuanto al tipo de arreglo familiar, la familia “arquetípica”, es decir con un cónyuge varón activo y mujer inactiva, dedica un tiempo mayor a estas actividades (más de 9 hs.), en tanto que en las “modernas”, es decir con ambos cónyuges activos, la dedicación es de poco más de 8 hs.

**Cuadro 14:**  
**Duración de la jornada de trabajo doméstico en los hogares de familia nuclear completa según presencia y edad de los hijos. Total nacional urbano en localidades de 5 mil y más habitantes. 2001.**

Presencia y edad de los hijos	Número medio de horas de trabajo doméstico
<b>Hogares de familia nuclear completa</b>	<b>8h 30m</b>
Pareja sin hijos	6h 25m
Pareja con hijos:	9h 25m
con alguno menor de 4 años	9h 15m
con hijos en edad escolar	9h
con hijos adolescentes	10h
con hijos adultos	9h 15

*Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (EVC 2001) SIEMPRO*

En cuanto a la condición de pobreza, los hogares pobres presentan un tamaño medio mayor coincidente con el mayor número de hijos. En estas familias, la jornada promedio dedicada a la actividad doméstica tiene una hora más que para las familias no pobres.

**Cuadro 15:**  
**Duración media de la jornada de trabajo doméstico medio de la familia nuclear por tipo de familia según situación de pobreza. Total nacional urbano en localidades de 5 mil y más habitantes. 2001.**

Tipo de hogar	Total		Pobres		No pobres	
	Jornada media	Tamaño medio	Jornada media	Tamaño medio	Jornada media	Tamaño medio
<b>Total familia nuclear completa</b>	8h 30m	3,8	9h 30m	4,7	8h 5m	3,4
Familias arquetípicas	9h 15m	4,1	9h 40m	5,0	9h	3,7
Familias modernas	8h 15m	3,9	9h 25m	4,7	7h 50m	3,6
Familias de parejas inactivas	7h 50m	2,5	8h 20m	2,9	7h 40m	2,3
Otras formas de familia nuclear	7h 50m	3,1	9h 20m	4,1	7h 25m	2,8

*Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (EVC 2001) SIEMPRO*

### 3.3. Distribución de la responsabilidad de las actividades de cuidado

Las mujeres asumen la mayor responsabilidad en las actividades de cuidado que se realizan en el hogar, sin marcadas diferencias por nivel socioeconómico.

En el 78% de las familias nucleares la cónyuge realiza más de la mitad de la jornada de trabajo doméstico; esta proporción incluye un 16% de hogares donde la mujer realiza la totalidad de la jornada<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Para calcular la duración de la jornada dedicada al trabajo doméstico se consideró el tiempo que cada miembro del hogar mayor de 15 años declaró que dedicaba a esas tareas, es decir que no se consideró si los menores participan ni si se compra fuerza de trabajo doméstico.

Acorde con la división del trabajo por sexo, los hombres participan considerablemente menos: en el 78% de los hogares la participación es inferior a un tercio de la jornada doméstica, incluyendo un 23% en los que no participan en absoluto.

**Cuadro 16:**  
**Familias nucleares por participación de los cónyuges en la jornada doméstica según tipo de familia. Total nacional urbano en localidades de 5 mil y más habitantes. 2001.**

Participación en la jornada doméstica	Total	Familia nuclear		
		inactiva	arquetípica	moderna
<b>Cónyuge mujer</b>				
No participa	1,4	4,5	1,2	0,9
1 a 33%	5,9	6,4	3,3	7,3
34 a 50%	14,7	11,3	9,4	19,0
51 a 99%	62,3	53,5	68,2	60,9
Realiza la totalidad	15,8	24,3	18,0	11,9
<b>Cónyuge varón</b>				
No participa	23,0	30,4	25,5	19,3
1 a 33%	55,1	43,3	61,7	53,7
34 a 50%	16,0	16,4	9,7	20,3
51 a 99%	5,1	6,8	2,4	6,4
Realiza la totalidad	0,8	3,1	0,7	0,4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV 2001) Siempre.

Nota: la participación indica el % de horas que cada cónyuge aporta a la jornada doméstica. La jornada doméstica comprende el trabajo de todos los miembros del hogar, por lo tanto el aporte de cada cónyuge no es estrictamente complementario.

Esta participación desproporcionada de las mujeres condiciona indudablemente las estrategias familiares de trabajo extradoméstico y la inserción de las mujeres en el mercado laboral. Asimismo, pone en evidencia el peso diferencial por género de los cambios en la prestación de servicios de cuidado por parte del Estado o el sector privado.

### 3.4. Tipo de actividades de cuidado desarrolladas en los hogares<sup>28</sup>

Las actividades de cuidado no son homogéneas y su realización requiere cierto grado de calificación, de esfuerzo físico, de autonomía, de responsabilidad e implican distinto tipo de riesgo económico (Ariño, 2004).

La información obtenida muestra que los cónyuges varones tienen mayor propensión a hacerse cargo de la reparación de artefactos y mantenimiento de la vivienda, a hacer compras y a cocinar. Este grupo de tareas es seguido por el lavado de platos, junto con la limpieza de la vivienda y el lavado y planchado de la ropa que aparece casi en el último lugar. Las cónyuges mujeres muestran una alta participación en todas las tareas mencionadas, excepto en la reparación de artefactos.

<sup>27</sup> Si bien difieren la metodología y el tipo de preguntas, la información relevada por la Encuesta Permanente de Hogares, segundo trimestre del 2006, acerca de la organización del trabajo doméstico, es convergente con los datos precedentes. La misma indica que en la mayoría de los hogares (84%) las tareas son asumidas por una sola persona y que en 8 de cada 10 casos se trata de una mujer. Algo más de un tercio de las mujeres que se hacen cargo en forma exclusiva de las actividades domésticas son jefas de hogar, en tanto que el 60% son cónyuges.

<sup>28</sup> La ECV no releva el tiempo dedicado a cada tipo de actividad, pero sí quién participa en su realización.

**Cuadro 17:**  
**Familias nucleares por tipo de tareas domésticas según sexo del cónyuge. Total nacional urbano en localidades de 5 mil y más habitantes. 2001.**

Tareas realizadas	Sexo del cónyuge	
	Varón	Mujer
<b>Familias nucleares</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Lavado y planchado de ropa	27,2	97,4
Reparación de artefactos de la vivienda	66,3	17,3
Preparación de alimentos	51,9	98,2
Limpieza de la vivienda	39,8	96,5
Limpieza de útiles de cocina	41,3	97,8
Adquisición de productos de alimentación y limpieza	65,3	92,7
Otras tareas domésticas (costura, tejido, jardinería, etc.)	15,5	31,9

*Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV 2001) SIEMPRO*

Para analizar específicamente el **cuidado de niños y ancianos**, se tomaron en consideración los hogares con presencia de uno u otro grupo. Al respecto, se observa que en las familias nucleares con niños menores de 14 años, el 90% de las mujeres cónyuges se hacen cargo de su cuidado y socialización, frente a poco más del 50% de los hombres. Cuando se trata de niños de hasta 4 años, casi la totalidad de las mujeres se ocupan de cuidarlos, frente a tres cuartas partes de los cónyuges varones.

En el 18% de las familias nucleares hay ancianos o enfermos que requieren cuidado y atención. En este tipo de tarea se acentúa el rasgo genérico que tiñe casi la totalidad de las tareas domésticas: sólo un 24% de los cónyuges varones participa, frente al 86% de las cónyuges mujeres.

Cabe mencionar que en las familias nucleares “modernas”, donde ambos cónyuges son activos, la carga del trabajo doméstico sigue recayendo en mayor proporción en las mujeres.

### **3.5. El trabajo doméstico remunerado**

Influido seguramente por la crisis económica, durante el período 2001-2003 disminuyeron los puestos de trabajo en el servicio doméstico. En mayo de 2001 la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) captó poco más de 920 mil personas empleadas en el servicio doméstico; en mayo del 2002, en plena ebullición de la crisis, se habían perdido algo más de 53 mil puestos de trabajo; y en el 2003, aún cuando el mercado de trabajo empezaba a mostrar señales de recupero, esta categoría perdió 40 mil puestos más. Es decir que los hogares no pobres continúan demandando menos trabajo doméstico en el mercado y que en la crisis, incrementaron el tiempo de trabajo doméstico de sus integrantes, con una mayor carga sobre las mujeres.

#### **4. Conclusiones y recomendaciones**

La información relevada sobre la institucionalidad de cuidado y su funcionamiento, pone en evidencia la necesidad de profundizar el análisis y la reflexión sobre las articulaciones entre las esferas de cuidado y el mercado y su conexión con las heterogeneidades sociales y las diferencias intragénero, en contextos de pobreza y desigualdad social agudas<sup>29</sup>.

El análisis de las instituciones de cuidado da cuenta del alto nivel de desigualdad en el alcance y calidad de la cobertura de las políticas y programas sociales según provincias y regiones, niveles de ingreso, condición de pobreza o grado de satisfacción de las necesidades básicas y permite afirmar que la disponibilidad diferencial de estos servicios es una de las vías de consolidación de las inequidades sociales.

Los hogares más pobres con mayor población infantil disponen de menos recursos públicos para el cuidado de los hijos y otros miembros de la familia, limitando así las posibilidades de las mujeres para trabajar fuera de su casa. El círculo de pobreza se vuelve de este modo poco menos que inevitable.

Se observan también otras correlaciones: cuanto más bajo es el ingreso del hogar, más tardía y menor es la inserción de los niños en el sistema escolar; cuanto más pobre es la región a la que pertenecen esos hogares menor es la oferta educativa y la cobertura de la que se dispone, volviéndose así la atención de los niños pequeños un tema crítico para amplias franjas de población y en forma mayoritaria para las mujeres.

En relación con las personas mayores, se observa que a partir de inicios de los 90 la cobertura previsional disminuye, pese al crecimiento significativo de la tercera edad en la población total. En las provincias más pobres la cobertura médica privada de la población de la tercera edad es menor, lo que implica que el cuidado de este grupo recae en mayor proporción en el sector público desfinanciado y en las familias, principalmente en las mujeres.

El análisis de la evolución de estos indicadores en la década de los 90 permite constatar que como resultado de las decisiones económicas, se da una situación de deterioro progresivo para los sectores más vulnerables.

En el ámbito de la salud por ejemplo, la pérdida de empleo formal y en consecuencia de la cobertura de las obras sociales sindicales, y el aumento de la pobreza, trajeron aparejado un notable incremento de la demanda al sistema público.

Esto se dio conjuntamente con el proceso de descentralización de los servicios. Las jurisdicciones con menor capacidad presupuestaria y servicios de menor calidad, donde se localiza la mayor proporción de población empobrecida y con NBI, se vieron forzadas a dar respuesta a una demanda proporcionalmente mayor. Las regiones más pobres, donde las familias son más numerosas, debieron atender los requerimientos de asistencia sanitaria de los niños de entre 0 y 14 años, que están sobrerrepresentados en la cobertura del sistema público de salud. En esas regiones es precisamente donde las condiciones sanitarias, como el acceso a agua potable, son más deficientes.

---

<sup>29</sup> La brecha entre el primer y último decil de ingresos muestra una tendencia estructural creciente en Argentina. En 1994 era 19 veces mayor; en 1999, 24,5 veces mayor, y en 2002 (en plena crisis) 29,2 veces mayor. En el último trimestre de 2005 había descendido a 26,4, pero en el primero de 2006, volvió a trepar a 29,2.



Asimismo, pueden identificarse dos tendencias de los 90 que entran en tensión y afectan a las mujeres en su condición de género: el incremento de la participación femenina en el mercado laboral, y los cambios en las políticas y las reformas estructurales que debilitaron la cobertura de los servicios públicos de cuidado, cuya responsabilidad cae sobre las mujeres en forma desproporcionada. En otras palabras, las transformaciones no acompañaron la afluencia de mujeres al trabajo extrahogareño; por el contrario, incrementaron su carga de trabajo total. Esto redundó además, en un deterioro de la calidad de los servicios de cuidado que recibieron los sectores de población más vulnerables.

El deterioro de los servicios públicos condiciona las estrategias familiares de trabajo extradoméstico y la inserción de las mujeres en el mercado laboral, y acentúa los desbalances de género.

El análisis de la esfera del cuidado ligado a las construcciones de género, la desigualdad social y la pobreza, hace luz sobre articulaciones no suficientemente exploradas y señala las potencialidades de políticas de provisión de servicios de cuidado para procurar simultáneamente equidad social y de género.

5. Anexo Estadístico

**Cuadro A:**  
**Población según indicadores seleccionados relativos a la salud, por provincias. Total del país. Año 2001.**

Provincia	Total Población	Población de 0-14 años	Población con obra social o plan médico o mutual		Población en vivienda con agua potable
			Total	Niños 0-14	
Total	36.260.130	10.247.695	51.5	44.4	77.0
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138	468.961	73.8	67.8	99.8
Buenos Aires	13.827.203	3.678.933	51.2	44.5	67.6
24 partidos del Gran Buenos Aires	8.684.437	2.337.001	48.0	41.5	63.9
Resto de la provincia de Buenos Aires	5.142.766	1.341.932	56.5	49.6	73.9
Catamarca	334.568	113.416	55.0	50.4	89.6
Córdoba	3.066.801	817.651	54.2	46.7	85.4
Corrientes	930.991	321.583	37.9	32.7	77.6
Chaco	984.446	354.991	34.5	27.6	61.6
Chubut	413.237	127.324	60.5	59.5	95.3
Entre Ríos	1.158.147	344.661	51.3	44.2	85.1
Formosa	486.559	183.414	34.2	29.1	59.5
Jujuy	611.888	211.664	45.8	43.0	88.9
La Pampa	299.294	84.369	54.5	49.0	84.0
La Rioja	289.983	96.604	59.2	55.7	89.8
Mendoza	1.579.651	458.379	49.4	43.3	85.2
Neuquén	474.155	152.026	51.3	50.0	91.6
Río Negro	552.822	171.443	50.1	48.0	88.4
Salta	1.079.051	387.034	39.6	34.3	86.2
San Juan	620.023	192.689	47.0	41.6	88.1
San Luis	367.933	115.233	48.4	44.2	89.6
Santa Cruz	196.958	63.419	70.8	73.1	97.6
Santa Fe	3.000.701	791.848	58.0	47.7	78.7
Santiago del Estero	804.457	286.911	36.3	29.6	62.2
Tierra del Fuego, Antártica e Islas del Atlántico Sur	101.079	34.175	69.9	72.0	96.7
Tucumán	1.338.523	426.140	51.8	45.1	82.8

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

**Cuadro B:**  
**Población adulta mayor según indicadores de características socioeconómicas. Total país y provincias.**

Provincia	Población de 65 años y más		% de población de 65 años y más jubilada o pensionada <sup>30</sup>		% de población de 65 años y más con cobertura de obra social o plan médico o mutual <sup>31</sup>	
	Censo 1991	Censo 2001	Censo 1991	Censo 2001	Censo 1991	Censo 2001
Total país	2.892.987	3.587.620	75,1	70,5	88,0	81,3
Buenos Aires	1.150.618	1.461.118	77,3	73,3	90,1	81,6
Ciudad de Buenos Aires	483.594	478.445	83,9	78,5	95,4	90,7
Catamarca	17.962	24.128	74,6	79,9	80,0	80,8
Córdoba	256.719	325.662	73,0	69,1	88,7	83,5
Corrientes	50.496	64.002	54,9	56,4	64,7	64,7
Chaco	42.763	60.416	57,0	54,6	69,5	66,9
Chubut	17.726	27.268	61,8	63,9	77,8	73,9
Entre Ríos	89.757	109.987	73,5	76,6	82,3	79,2
Formosa	18.624	27.099	50,7	56,3	57,9	56,1
Jujuy	23.852	36.317	59,3	58,5	66,9	67,1
La Pampa	23.028	29.647	77,6	80,6	88,9	79,2
La Rioja	14.014	18.867	80,6	81,1	85,2	84,3
Mendoza	108.414	148.404	69,9	64,9	84,7	77,6
Neuquén	14.939	24.871	70,3	65,4	78,0	71,9
Río Negro	26.753	39.593	60,5	59,5	75,0	71,2
Salta	43.834	65.024	68,6	63,3	74,0	70,0
San Juan	34.845	49.135	72,9	69,7	85,4	77,9
San Luis	20.887	28.432	66,8	66,5	81,2	73,0
Santa Cruz	6.131	10.143	65,2	68,2	81,4	82,0
Santa Fe	293.344	347.204	76,9	74,3	92,2	87,5
Santiago del Estero	46.228	56.841	55,5	61,3	67,6	68,3
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	1.326	2.963	67,7	62,2	72,3	78,7
Tucumán	71.968	99.766	63,4	65,1	84,5	80,3

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

(1) Población de 65 años y más que percibe jubilación o pensión sobre el total de la población de 65 años y más.

(2) Población de 65 años y más que tiene obra social, plan médico o mutual sobre el total de población de 65 años y más.

<sup>30</sup> Población de 65 años y más que percibe jubilación o pensión sobre el total de la población de 65 años y más.

<sup>31</sup> Población de 65 años y más que tiene obra social, plan médico o mutual sobre el total de población de 65 años y más.

## 6. Anexo Metodológico.

### **Procesamiento de datos sobre trabajo en el hogar de la Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.**

En la revisión de información proveniente de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV 2001), Ariño (2004) focaliza su análisis en la **familia nuclear completa**<sup>32</sup>, excluyendo otro tipo de hogares. La selección de esta unidad de análisis responde al interés de comparar la distribución de la carga de trabajo entre ambos cónyuges. Esta investigación considera dos variables de cruce centrales para el análisis del comportamiento de los miembros de la familia: presencia y edad de los hijos y el comportamiento de los cónyuges respecto del mercado de trabajo.

La distribución respecto de la primera variable es la siguiente:

### **Hogares de familia nuclear completa por presencia y edad de los hijos según situación de pobreza. Total nacional en localidades de 5 mil y más habitantes. 2001.**

Presencia y edad de los hijos	Situación de pobreza		
	Total (a)	Pobres	No pobres
Hogares de familia nuclear completa (abs.)	4.865.254	1.199.021	2.693.557
(%)	100,0	100,0	100,0
Pareja sin hijos	23,3	12,0	29,9
Pareja con hijos:	76,7	88,0	70,1
con alguno menor de 4 años (1)	28,1	41,0	25,3
con hijos en edad escolar (2)	28,9	34,1	26,4
con hijos adolescentes (3)	9,2	8,3	8,2
con hijos adultos (4)	10,5	4,5	10,1

**Notas:**

(a) El total incluye los hogares sin declaración de ingresos

(1) Con al menos 1 hijo de 4 años o menos

(2) Todos los hijos de 5 años o más, donde al menos 1 hijo es menor de 15 años

(3) Todos los hijos de 15 años o más, donde al menos 1 hijo es menor de 20 años

(4) Todos los hijos de 20 años o más

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (EVC 2001) SIEMPRO

Como se observa, en los sectores pobres es menos frecuente la presencia de parejas sin hijos. Contrariamente, en estos sectores aumenta la proporción de familias con hijos pequeños y en edad escolar.

La segunda variable considerada es la participación laboral extradoméstica de ambos cónyuges, que permite clasificar el tipo de familia nuclear en “arquetípica”, “moderna”, “inactiva” y “otras formas”<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> Se considera hogar de familia nuclear completa al integrado por una pareja conyugal o una pareja conyugal con hijos solteros sin descendencia propia. Es la organización familiar predominante en el país (50% de los hogares).

<sup>33</sup> Categorización tomada por Mabel Ariño (2004) de una propuesta de tipología de familias para el análisis de la Encuesta sobre Vida Cotidiana realizado en el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de España.

**Hogares de familia nuclear completa por tipo de familia según situación de pobreza.  
Total nacional urbano en localidades de 5 mil y más habitantes. 2001.**

Tipo de familia	Situación de pobreza		
	Total	Pobres	No pobres
<b>Hogares de familia nuclear completa</b>	100,0	100,0	100,0
Familias arquetípicas (1)	38,4	49,9	34,2
Familias modernas (2)	47,2	38,2	48,7
Familias de parejas inactivas (3)	11,2	8,8	14,1
Otras formas de familia nuclear (4)	3,3	3,2	3,0

**Notas:**

El criterio para diferenciar las familias nucleares es la participación de la pareja conyugal en el mercado de trabajo.

(1) Cónyuge varón activo (ocupado o desocupado) y cónyuge mujer inactiva

(2) Ambos cónyuges activos (ocupados o desocupados)

(3) Varón y mujer inactivos

(4) Varón inactivo y mujer activa (ocupada o desocupada)

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (EVC 2001) SIEMPRO

En los sectores pobres es más frecuente el tipo de familia “arquetípica”, ligado seguramente a la mayor presencia de niños menores y las mayores exigencias de educación y formación que operan desde la demanda en períodos de alto desempleo, entre otros factores.

Contrariamente, en los hogares no pobres, con menor presencia de niños y mayores niveles educativos, predominan las familias “modernas”, donde ambos cónyuges participan en el mercado laboral.

## **7. Referencias bibliográficas y documentales**

Ariño, Mabel (2004). El trabajo doméstico: ¿una cuestión a considerar en las políticas sociales?. Mimeo, SIEMPRO-INDEC.

Balduzzi, Juan y equipo de investigadores de instituto Marina Vilte, (2004), Desigualdad y Exclusión Educativa en la Educación Inicial, Secretaría de Educación de CTERA, Buenos Aires.

Batiuk Verona Itzocovich Gabriela (2003)“Expansión y equidad del nivel inicial en Argentina 1990 2003, MECYT.

Bertranou, Fabio y Bonari, Damián, Coords. (2005); *Protección Social en Argentina. Financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990-2003*; Ministerio de Economía y Oficina Internacional del Trabajo, Santiago de Chile.

Birgin, Haydeé y Pautassi, Laura (2001); ¿Género en la reforma o reforma sin género? Desprotección social en las leyes previsionales de América Latina; *Unidad Mujer y Desarrollo; Serie 36*; CEPAL.

Bravo J. (2000), “Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, No 72 (LC/G.2120-P), Santiago de Chile, diciembre.

Centro de Implementación de políticas públicas para la equidad y el crecimiento,(2003),Directorio de la ONGS vinculadas a Políticas Públicas. En las 24 jurisdicciones argentinas. Buenos Aires.

Feldfeber, Myriam; en “Revista Versiones”, N° 11, “Una transformación sin consenso: Apuntes sobre la política educativa del gobierno del presidente Menem (1989-1999)”, SEUBE-UBA, Buenos Aires, otoño de 2000.

Filmus, Daniel; “Calidad de la educación: discurso elitista o demanda democratizadora”, en: Filmus, Daniel (comp.); *Los condicionantes de la Calidad Educativa*, Ed. Novedades Educativas, Ministerio de Cultura y Educación, Bs. As., 1997.

Forni Pablo,“Las redes inter organizacionales y el desarrollo de la ongs de base. Estudios de un caso durante la década de los 90, Universidad de El Salvador.

Foro del Sector Social, Comisión de educación,(2004),Guía de organizaciones de la Sociedad Civil del ámbito educativo, Buenos Aires.

Giacometti, Claudia (2005)“Las metas del Milenio y la igualdad de genero. El caso de Argentina”, Santiago de Chile, CEPAL UNIFEM.

IPE, La educación de la infancia desde los 3 años hasta su ingreso en primarias, Buenos Aires, 2002.

Instituto Federal de Asuntos municipales(2005) *Guía de Programas Nacionales con impacto local*. Ministerio del Interior; Buenos Aires.

Kaztman, Rubén (2001); Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos; *Revista de la CEPAL N° 75*.

Minujín, Alberto (1997); “Estrujados. La clase media en América Latina” en Villanueva, E (comp.); *Empleo y Globalización. La Nueva Cuestión Social en Argentina*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.

Pautassi, Laura, Eleonor Faur y Natalia Gherardi (2004) Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad, Santiago de Chile, CEPAL.

OIT, “Protección Social en Argentina”, Ministerio de Economía y Producción, Secretaría de Política Económica Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, 2005.

Oszlak, Oscar y Guillermo O’Donnell (1976) "Hacia una Estrategia de Investigación", ; *Estado y Políticas Estatales en América Latina*; Doc. CEDES/G. E. CLACSO N° 4.

Puigross, Adriana e Inés Dussel (1999): En los límites de la educación, Rosario, Editorial Homo Sapiens.

Tafari, Roberto (1997); Reforma al sector salud en la Argentina; en el proyecto *Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe*; CEPAL/GTZ; Santiago de Chile.

Viveros Madariaga (2001), Alberto; Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad; *Población y Desarrollo*; Serie 22; CEPAL; Santiago de Chile.

### **Documentos**

Aquí se cuenta (2003); “Características sociodemográficas seleccionadas”; *Revista Informativa del Censo 2001 N°8*, Octubre. INDEC.

Aquí se cuenta (2003); “Características de los adultos mayores en un país que envejece”; *Revista Informativa del Censo 2001 N°9*, Noviembre. INDEC.

Aquí se cuenta (2003); “Cobertura de salud según el Censo 2001”; *Revista Informativa del Censo 2001 N°9*. Diciembre. INDEC.

Aquí se cuenta (2004); “La población con discapacidad en Argentina”; *Revista Informativa del Censo 2001 N°14*, Diciembre. INDEC.

*Boletín Oficial*, 20-03-1981.

### **Fuentes Estadísticas**

*Encuesta de Condiciones de Vida, SIEMPRO, 2001.*

*Censo Nacional poblacional y de vivienda, INDEC, 1991.*

*Censo Nacional de población, hogares y viviendas, INDEC, 2001.*

*EPH, INDEC, Primer Trimestre 2006.*

Anuario Estadístico Educativo 1996, Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, Subsecretaría de Evaluación de la calidad educativa.

Anuario Estadístico Educativo 2005, Ministerio Educación Ciencia y Tecnología de la Nación, Subsecretaría de Evaluación de la calidad educativa.

Censo Nacional de Docentes y establecimientos educativos 1994, Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, Subsecretaría de Evaluación de la calidad educativa, Red Federal de Información Educativa.

Censo Nacional de Docentes 2004, Ministerio Educación Ciencia y Tecnología de la Nación, Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa, Red Federal de Información Educativa.

Utilización y Gasto en Servicios de Salud Argentina 2003. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación y Centro de Estudios de Opinión Pública de la Universidad de Buenos Aires (CEDOP-UBA).