



Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
Dirección Nacional de Políticas Para Adultos Mayores



Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?



NACIONES UNIDAS



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
Dirección Nacional de Políticas Para Adultos Mayores



Este documento fue elaborado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, en el marco del Proyecto 06/07/B de la Cuenta de Desarrollo "Taking Stock-Development Account Project on Strengthening Social Inclusion, Gender Equality and Health Promotion in the MDGs", y contó también con el apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El estudio fue realizado conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina, a través de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, y su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la que depende el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

La dirección del trabajo estuvo a cargo de Dirk Jaspers_Faijer, Director del CELADE. Sus autoras son Sandra Huenchuan, experta en envejecimiento del CELADE, Mónica Roqué, Directora de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia - Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina, y Claudia Arias, consultora del CELADE. Se contó con el apoyo de Adriana Morbelli, Coordinadora Nacional del Programa de Cuidados Domiciliarios, y Adriana Fassio, Coordinadora del área de información, monitoreo y evaluación, ambas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. También participó Lorena Moscovich, consultora del CELADE, quien realizó la investigación en terreno que dio origen al segundo capítulo de este estudio.

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



Dra. Alicia Kirchner
Ministra de Desarrollo Social

Lic. Paola Vessvesian
Secretaría de Niñez,
Adolescencia y Familia

Dra. Mónica Roqué
Directora Nacional de Políticas
para Adultos Mayores

Diseño de portada: Alejandro Vicuña Leyton.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen | 5 |
| I. A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento <i>Sandra Huenchuan y Mónica Roqué</i> | 7 |
| II. Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina <i>Sandra Huenchuan</i> | 11 |
| 1. Arreglos residenciales y envejecimiento..... | 12 |
| 1.1 Hogares con personas mayores: arreglos multigeneracionales y residencia independiente en la vejez | 12 |
| 1.2 Corresidencia y posibilidades de apoyo mutuo entre las generaciones | 15 |
| 2. Envejecimiento y sistemas de cuidados | 17 |
| 2.1 El efecto del envejecimiento en los sistemas de cuidados | 17 |
| 2.2 El papel de la familia y las mujeres en las tareas de cuidado..... | 19 |
| 3. El envejecimiento, los cuidados y las opciones de política | 23 |
| 4. Comentarios finales | 25 |
| Bibliografía | 27 |
| III. Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina <i>Claudia Arias</i> | 29 |
| Introducción | 29 |
| 1. Caracterización del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios..... | 32 |
| 1.1 Naturaleza y dinámica del problema | 32 |
| 1.2 Posibles consecuencias del problema | 37 |
| 1.3 Presentación fáctica del programa..... | 38 |
| 1.4 Historia del programa | 42 |
| 1.5 Población objetivo | 45 |
| 2. Aspectos metodológicos de la investigación | 45 |
| 2.1 La selección de los casos de estudio..... | 45 |
| 2.2 Técnicas de recolección de datos | 46 |
| 3. Implementación del primer componente del programa: la formación de cuidadores domiciliarios..... | 47 |
| 3.1 Perfil del alumno..... | 47 |
| 3.2 La función de los coordinadores | 47 |
| 3.3 La capacitación de los cuidadores | 47 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4. | Segundo componente del programa: el sistema de prestación..... | 51 |
| 4.1 | Características de los destinatarios de la prestación | 51 |
| 4.2 | Principales necesidades de las personas atendidas | 51 |
| 4.3 | Redes de apoyo familiar de las personas de edad que reciben la prestación..... | 52 |
| 4.4 | La selección de los destinatarios de la prestación..... | 53 |
| 4.5 | La prestación de los cuidados domiciliarios..... | 54 |
| 4.6 | La nivelación: capacitación continua y supervisión..... | 57 |
| 5. | Fortalezas y debilidades en la implementación del programa en las unidades efectoras evaluadas..... | 58 |
| 5.1 | Análisis de las fortalezas | 58 |
| 5.2 | Análisis de las debilidades | 61 |
| 6. | Conclusiones y recomendaciones | 65 |
| | Bibliografía | 69 |

Resumen

La población de América Latina y el Caribe envejece rápidamente, en un contexto de precariedad económica y ausencia de servicios sociales sólidos que puedan asegurar calidad a lo largo de todo el ciclo de vida, y especialmente en la vejez. A este escenario, de por sí complejo, se suman el aumento de la esperanza de vida y el incremento de la población mayor de 75 años, fenómenos que, unidos al descenso de la fecundidad y la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, implicarán, por un lado, un aumento de la demanda de cuidados en la vejez, y por otro, una disminución de la capacidad de brindar estos apoyos, especialmente para el actor que tradicionalmente ha desempeñado esta función: la familia, y dentro de ella, sobre todo, la mujer. Si bien la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social es reciente en la región, la magnitud de esta problemática y la necesidad que los Estados asuman el envejecimiento y sus consecuencias como un tema prioritario de sus políticas públicas es evidente.

El documento aborda esta temática desde la perspectiva de dos actores: la familia y el Estado —que no son los únicos que intervienen en la oferta de cuidados, ni son excluyentes entre sí—. El primer capítulo realiza un acercamiento a la relación entre familia y envejecimiento, las tendencias demográficas que la caracterizan y los desafíos que de ella se derivan para las políticas públicas, específicamente con respecto al cuidado en la edad avanzada, y poniendo especial atención a la problemática de género ligada a este fenómeno social. El segundo capítulo describe y analiza un programa estatal de cuidados para las personas de edad, que se desarrolla en la Argentina desde 1996 —el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, que depende de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores - Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social—, presentando los resultados de una investigación cualitativa centrada en el impacto del programa en la vida de las personas atendidas, de sus familiares y de los propios cuidadores domiciliarios, y en los factores que facilitan u obstaculizan su adecuada implementación. Se espera que estos resultados sean útiles para dar visibilidad a este tema y coadyuvar en el diseño e implementación de otros programas de cuidados dirigidos a las personas de edad en la región.

I. A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento

Sandra Huenchuan y Mónica Roqué¹

El aumento de la esperanza de vida es un signo de desarrollo social y económico, aunque más importante que este incremento es la calidad de los años ganados. De hecho, si los progresos médicos y tecnológicos solo se limitan a posponer el evento del deceso, la consecuencia más directa es el aumento de los años vividos en condiciones de morbilidad y discapacidad (Naciones Unidas, 2007). En contextos de envejecimiento, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes puede dar lugar a un largo período de mala salud, y tener una repercusión notable sobre la calidad de vida y los costos de la atención en salud de las personas de edad, afectando con ello los sistemas socio-sanitarios de los países de la región, tanto el tipo de necesidades que deberán atender como los sectores de la población afectados y las respuestas de políticas que tendrán que generar.

Visualizando este escenario, diversos organismos internacionales han llamado la atención sobre el probable aumento de la necesidad de cuidados de largo plazo, en particular para las personas que requieren ayuda en la vida cotidiana (WHO, 2002). Las implicaciones sociales y económicas de este fenómeno dependerán de los arreglos institucionales específicos de cada país, esto es, de la capacidad que tienen los sistemas institucionales públicos y privados de brindar servicios (OCDE, 2000), la que a su vez está influenciada por distintos factores, entre los cuales el envejecimiento es solo uno.

Más allá de las estimaciones, es evidente que el número de personas que puede necesitar ayuda en su vida cotidiana crece en todo el mundo. En la región, en los próximos 50 años, el incremento de las personas de edad estará marcado por un acelerado envejecimiento interno, dado que la población de 75 años y más es el segmento etario que crecerá más rápidamente. Por ejemplo, se espera que la tasa de crecimiento del grupo de 75 años y más se mantenga por encima de la del de 60 años y más durante todo el período 2000-2050. Se proyecta que para el año 2025 este grupo etario se duplicará, alcanzando el 4% de la población, y para 2050 bordeará el 9% (CEPAL/CELADE, 2007).

La situación es heterogénea entre los países. En aquellos donde el proceso de envejecimiento se inició tempranamente, la población de 75 años y más es más elevada que en el resto. Por ejemplo, Cuba y el Uruguay están enfrentando las consecuencias del envejecimiento en distintas áreas, tales como la seguridad social, la salud y la familia. En contraste se ubican aquellos en una etapa de

¹ Directora Nacional de la Dirección de Políticas para Adultos Mayores, organismo dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia - Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina.

envejecimiento moderado (Costa Rica, México, el Brasil, el Perú, entre otros), que están empezando a advertir los efectos de este fenómeno en la demanda por pensiones, pero que, en estricto rigor, aún no experimentan tan seriamente las demás implicaciones del envejecimiento, emanadas de las necesidades de cuidados de las personas de más avanzada edad. Mientras, otro grupo en una fase de envejecimiento moderadamente avanzado, como la Argentina y Chile, viven una situación más cercana a la del Uruguay y Cuba, pero su proceso de envejecimiento secundario no es tan pronunciado como en ellos, aunque la demanda por servicios socio-sanitarios está creciendo vertiginosamente y sus efectos se empiezan a vislumbrar claramente. Por último, Nicaragua, Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y Haití aún son países jóvenes, con porcentajes de población de 75 años y más muy reducidos. Para 2030 se espera que Cuba continúe teniendo la población adulta mayor más envejecida de América Latina, seguido del Uruguay, Chile y la Argentina.

Por otra parte, y a diferencia de lo ocurrido en los países desarrollados —donde la velocidad de las transiciones fue mucho más lenta que en los de América Latina y el Caribe—, el proceso de envejecimiento tiene lugar en contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas y problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud no resueltos (CEPAL/CELADE, 2003). Ello significa que, en la región, gran parte de la caída de la mortalidad se debe a la acción de variables exógenas (tecnologías y descubrimientos médicos), y no a mayores niveles de vida de la población (Palloni, DeVos y Peláez, 2002).

En efecto, de acuerdo a CEPAL/CELADE (2003), una causa importante del incremento futuro en la proporción de personas mayores en la población se debe a los cambios experimentados en la mortalidad durante el período comprendido entre 1930 y 1990, vinculados con la disminución en la mortalidad por enfermedades infecciosas en los diez primeros años de vida. Esto significa que las cohortes de personas mayores que alcanzaron 60 años después de 2000 son quienes han gozado los beneficios de la tecnología médica introducidos con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial. Sus ganancias “de supervivencia”, por lo tanto, obedecerían más a la reducción exitosa de la exposición a enfermedades infecciosas, los mejores tratamientos y las recuperaciones más rápidas que a las mejoras en los niveles de vida. A partir de este cuadro se concluye que, debido al estado de salud y las limitaciones funcionales existentes entre las personas mayores en América Latina —en particular entre las cohortes que alcanzarán la edad de 60 años en el período 2000-2020—, probablemente ellas presenten peores niveles de salud que los observados entre aquellas de países desarrollados (CEPAL/CELADE, 2003).

Por último, la disminución de la fecundidad y la mayor participación femenina en el mercado laboral derivan en un descenso del número potencial de cuidadores de personas mayores, y en restricciones para dedicarse a esta función entre quienes estaban a cargo de brindar cuidado en épocas anteriores (Robles, 2003). Como resultado, en un contexto de aumento rápido y sostenido de la demanda de cuidados y servicios para las personas de edad avanzada, el reto actual es lograr que el ritmo de la oferta no se quede atrás (Pérez, 2000).

Como se indica en el primer capítulo de este documento, la necesidad de cuidados en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades ha habido siempre personas mayores que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a estas necesidades ha experimentado cambios notables en los países desarrollados.

En América Latina la situación es diferente. La consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social es reciente en la región, y a inicios de esta década los cuidados descansan mayoritariamente en la capacidad familiar. Al respecto, el Primer Foro de Envejecimiento y Salud, que se celebró en Madrid en octubre de 2003, advirtió que *“la familia no puede continuar actuando como una ONG cuya labor se caracteriza por la falta de apoyo económico, social y asistencia. Existe una imperiosa necesidad de reorganizar los recursos económicos y asistenciales potenciando los cuidados domiciliarios tanto sociales como sanitarios e incluso aportando económicamente a aquellas personas que asumen directamente como cuidadores de sus familiares”* (Entorno Social, 2005).

La magnitud de este asunto, y la necesidad que los Estados asuman el envejecimiento y sus consecuencias como un tema prioritario de sus políticas públicas, es evidente. En Europa, por ejemplo, la Comisión Europea calcula que en 2060 España dedicará a los gastos en pensiones, salud y prestaciones sociales derivados del envejecimiento más del 7% del PIB, frente a una media del 4,7% en la Unión Europea y del 5,5% en la zona euro. A continuación, el grueso de los países europeos, entre los que aparecen el Reino Unido o Alemania, registran proyecciones de crecimiento de este gasto entre el 4% y el 7%, mientras que otros como los escandinavos, Francia e Italia tienen previsiones por debajo del 4% (European Communities, 2008).

La oferta de cuidados por parte del Estado puede ser amplia y diversa, tanto en relación con su acceso como con su forma de financiamiento y gestión, así como con los servicios que se proveen. En cuanto al acceso, es posible distinguir dos modalidades: universal y asistencial. La primera ocurre cuando el Estado se responsabiliza por los cuidados requeridos por todas las personas mayores, con independencia de su situación económica. La segunda, en cambio, es de carácter subsidiario, esto es, se tiene acceso únicamente cuando la persona mayor carece de apoyo familiar y/o recursos económicos.

El financiamiento puede provenir de las cotizaciones de la seguridad social o de los ingresos generados por el sistema impositivo en su conjunto. La forma de entrega de los recursos a la población beneficiaria es igualmente variada. En algunos casos se transfieren a las instituciones que prestan los servicios, en otros se les entregan directamente a la persona mayor (sea para comprar servicios formales o para remunerar los cuidados informales). Una tercera forma consiste en la entrega de un porcentaje de los recursos a las instituciones, y el restante a la persona mayor. También existe la posibilidad que los servicios de cuidados sean gestionados por los gobiernos locales (Casado y López, 2001).

En todo caso, sea cual sea la forma de provisión formal de servicios de cuidados, el enfoque más aceptado es el de la “atención continuada”. Bajo esta perspectiva se ha producido un replanteamiento a nivel internacional del papel que deben jugar tanto las residencias como los hospitales (Casado y López 2001, citando a Hennessy, 1995). En cuanto a las primeras, existe la impresión generalizada que deberían constituir un recurso asistencial destinado a cubrir las necesidades de los individuos que exhiben un mayor grado de fragilidad o dependencia. Se considera una anomalía, por lo tanto, que se ofrezcan plazas a personas mayores totalmente autónomas —para quienes debiera existir otra oferta de servicios distinta a la institucionalización—. Los hospitales, en tanto, se conciben como un recurso destinado exclusivamente a individuos (dependientes o no) que requieran asistencia médica aguda.

Otro consenso generalizado en relación con el enfoque que se debiera adoptar al planificar los servicios de cuidados es la necesidad de promover la combinación de distintos tipos de servicios, considerando de este modo la heterogeneidad de las personas de edad avanzada. De acuerdo a un estudio de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), parece razonable pensar que las necesidades de cuidado de las personas mayores varíen en función de sus características (grado de dependencia, situación familiar, económica, etc.), por lo que disponer de una amplia gama de servicios constituye la mejor garantía para dar respuesta adecuada a cada situación particular (Jacobzone *et al.*, 2000). En este contexto, tal como se puede concluir del segundo capítulo de este documento, los cuidados domiciliarios cobran gran importancia, y entre sus ventajas se encuentra el hecho que permiten a las personas seguir viviendo con dignidad, aliviar la carga emocional y económica de los cuidadores familiares y reducir los conflictos en la familia, entre otros.

En cualquiera de las posibles modalidades de atención a las que pueden acceder las personas mayores, lo importante es que la institucionalización sea la última alternativa, y la menos utilizada. Así lo demuestra la experiencia de Alemania, país en el que las personas mayores reciben directamente las transferencias en dinero para elegir libremente la fuente de cuidado a la que desean acceder, y donde el 77% de los beneficiarios no institucionalizados ha escogido recibir exclusivamente cuidados informales (WHO, 2000). En este contexto, la potenciación de los servicios comunitarios debe ser entendida como una forma de hacer más viable y efectiva la ayuda que siguen proporcionando las familias a las personas mayores (Casado y López, 2001).

Este trabajo, elaborado por el CELADE-División de Población de la CEPAL, en el marco del Proyecto 06/07/B “Taking Stock-Development Account Project on Strengthening Social Inclusion, Gender Equality and Health Promotion in the MDGs”, conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina, realiza aportes a esta compleja temática. En el primer capítulo se presenta una visión general de los sistemas de cuidados en un contexto de envejecimiento poblacional, con el objetivo de ofrecer un marco conceptual. En el segundo capítulo se describen los resultados de una investigación cualitativa, desarrollada como parte de la evaluación participativa de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Se analiza el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, dependiente de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, organismo del Ministerio de Desarrollo Social. Se espera que sus resultados sean útiles para el diseño e implementación de otros programas de cuidados dirigidos a las personas de edad en la región.

Para el desarrollo de esta investigación se contó con el apoyo financiero, técnico y logístico de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, del Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Se agradece la colaboración de Adriana Morbelli (Coordinadora Nacional del Programa de Cuidados Domiciliarios) y Adriana Fassio (Coordinadora del área de información, monitoreo y evaluación), ambas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, así como el trabajo de Lorena Moscovich, que actuó como investigadora de campo.

Bibliografía

- Casado, David y Guillén López (2001), “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro”, Colección *Estudios Sociales* N° 6, Barcelona, Fundación La Caixa.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2007), “Estimaciones y proyecciones de las poblaciones de América Latina y el Caribe”, actualizadas a julio de 2007 en base a las estimaciones y proyecciones vigentes en el CELADE, Santiago de Chile, [en línea] http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
- _____ (2003), *La situación de las personas mayores*, documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
- Entorno Social (2005), “I Foro de Envejecimiento y Salud. Envejecer con salud”, [en línea] <http://www.entornosocial.es/content/view/132/27/>, consultado el 25 de abril de 2009.
- European Communities (2008), *The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*, Bruselas.
- Jacobzone, S.; E. Cambois and J. M. Robine (2000), *Is the health of the older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?*, *Economic Studies* N° 30, OECD.
- Naciones Unidas (2007), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Palloni, Alberto; Susan DeVos y Martha Peláez (2002), “Aging in Latin America and the Caribbean”, *Working Paper*, N° 99-02, Madison, Wisconsin, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin.
- Pérez, Julio (2000), “Envejecimiento poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de cuidados”, II Jornada Gerontológica. Recursos asistenciales, “Calidad de vida y calidad de servicio en la atención a personas mayores”, Pamplona, 25 de octubre.
- Robles, Leticia (2003), “Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras”, ponencia presentada el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- WHO (World Health Organization) (2002), *Current and future long-term care needs*, Ginebra.
- _____ (2000), *Health Care Systems in Transition. Germany 2000*, European Observatory on Health Care Systems: 2000.

II. Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina

Sandra Huenchuan²

Este capítulo realiza un acercamiento a la relación entre familia y envejecimiento, las tendencias demográficas que la caracterizan y los desafíos que de ella se derivan para las políticas públicas, específicamente con respecto al cuidado en la edad avanzada. Se trata de una relación marcada por determinadas transformaciones globales de la sociedad, entre las que se destacan las consecuencias de la dinámica poblacional en la estructura y composición por edades de las familias, factores que, entre otros, modifican tanto su concepto como sus formas reales.

El incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad tienen importantes consecuencias para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la esperanza de vida prolonga la existencia de las personas en su etapa avanzada, extendiendo el tiempo dedicado al desempeño de ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros), así como a las actividades personales, profesionales y de ocio, junto con un retraso de la edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos, al reducir el número de miembros de la familia que potencialmente brindarían apoyo en la edad avanzada (Guzmán *et al.*, 2003). Además, genera una tendencia al decrecimiento de los hogares jóvenes y al incremento de los hogares con y de personas mayores (Jelin, 1994). En tercer lugar, debido a que el aumento de la longevidad no siempre ha estado asociado a mejoras de las condiciones de vida, es probable que las generaciones que estén llegando a la vejez tengan una elevada probabilidad de sufrir algún tipo de dependencia a medida que aumenta su edad.

Esta situación plantea nuevos desafíos para las políticas de familia y los sistemas de protección social. Una rápida revisión de estos retos muestra la urgente necesidad de considerar el tema del envejecimiento y el cuidado como un asunto relevante para el quehacer público y privado, sobre todo tomando en consideración la capacidad de las familias, y de las mujeres en particular, de brindar apoyo y atención a las personas de edad avanzada, y además por las consecuencias para los gobiernos en términos de ampliación de los mecanismos de protección social.

² Se agradece el apoyo de Daniela González, asistente de investigación del CELADE, en el procesamiento de los datos.

1. Arreglos residenciales y envejecimiento

El escenario demográfico de la región se ha modificado profundamente en las últimas décadas, debido al acelerado descenso de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida. Estos cambios han contribuido, de manera cardinal, en la configuración de nuevos arreglos residenciales, y como consecuencia, surge una diversidad de situaciones respecto del tipo de hogares y familias existentes (Arriagada, 2007). Hoy en día, las familias que abarcan tres o incluso cuatro generaciones se han convertido en un fenómeno común, y aunque también existe la modalidad de vida independiente en la vejez, se expresa de manera más moderada que en otras regiones del mundo.

La composición y estructura de los hogares están asociadas a factores demográficos, económicos y culturales, que a la vez determinan su formación, cambios o disoluciones. La coresidencia de varias generaciones, por ejemplo, puede ser un resultado de la insuficiencia de recursos o del progresivo deterioro de las condiciones de salud de las personas mayores, que impiden a una fracción importante de esta población mantener hogares autónomos, o bien puede ser una consecuencia de las dificultades de los hijos para independizarse económicamente, razón por la que siguen formando parte de los hogares de sus antecesores (CEPAL, 2000).

Desde la perspectiva costo-beneficio, la coresidencia puede favorecer tanto a las personas mayores como al resto de los integrantes del hogar, ya sea a través de compañía, ayuda física y financiera, aunque también puede contribuir a la pérdida de privacidad, la disminución del estatus social de la persona de edad o a una carga física y emocional para los familiares que brindan cuidado a las personas mayores con deficiencias físicas o mentales (Saad, 2004, citando a Martin, 1990), cuando no cuentan con el apoyo suficiente.

La residencia independiente en la vejez, en tanto, está fuertemente relacionada con su viabilidad física y financiera. En la medida en que las personas mayores disfruten de buena salud o puedan pagar por servicios de asistencia, y que estén en condiciones de solventar los costos de mantener un hogar, es probable que opten por vivir de manera independiente. Sin embargo, una vez cumplidos estos requisitos, es posible que aún evalúen otra serie de factores, tales como la localización de la residencia (cerca de servicios, oportunidades de transporte a bajo costo, posibilidad de conservar redes de amigos, entre otros) o el diseño de la vivienda (cantidad de habitaciones, control de la temperatura y los ruidos, seguridad interior, etc.).

La diversidad de situaciones existente no siempre puede ser captada a través de las estadísticas, es por ello que, con el propósito de examinar los arreglos residenciales de las personas mayores, se han distinguido dos tipos entre sus hogares: los multigeneracionales y los unipersonales. Asimismo, se ha construido una tipología para medir la importancia relativa de los recursos aportados por las personas de edad a los hogares multigeneracionales, con el fin de calificar su grado de dependencia económica respecto de los demás miembros de la familia.

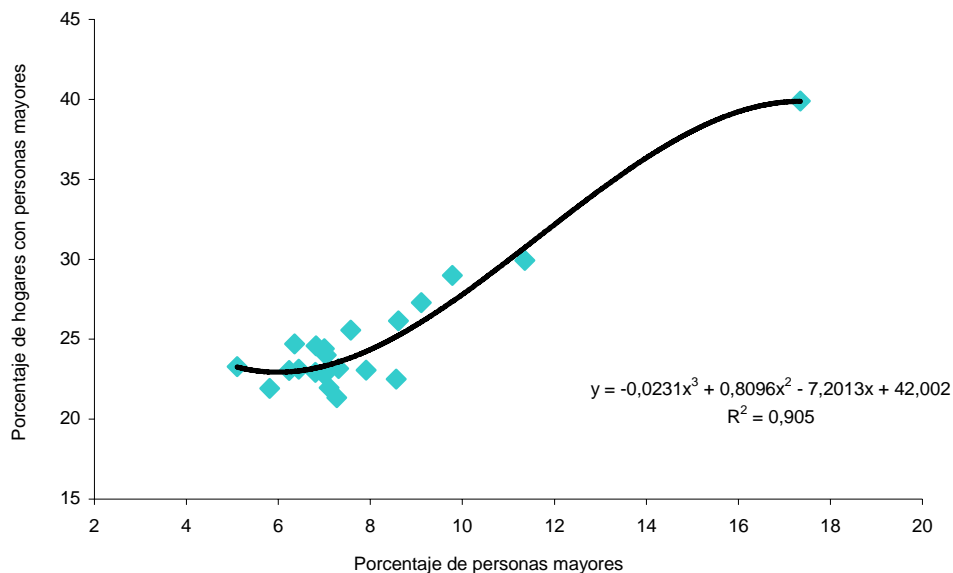
1.1 Hogares con personas mayores: arreglos multigeneracionales y residencia independiente en la vejez

Cuando se analiza la proporción de personas mayores en la región, y a pesar de los cambios que se avecinan, aún se observan valores inferiores al 10% en un importante número de países. Sin embargo, al examinar la proporción de hogares en que residen una o más personas mayores (multigeneracionales), esta cifra aumenta notablemente.

Considerando este indicador más detalladamente, se advierte una relación significativa entre el porcentaje de hogares con personas mayores y el porcentaje de personas de edad, en el sentido que aquellos aumentan a medida que los países avanzan en su proceso de envejecimiento demográfico (véase el gráfico 1). Así, en los países con envejecimiento incipiente, los hogares multigeneracionales constituyen cerca del 20%, y en aquellos con envejecimiento moderadamente avanzado alcanzan casi al 30% del total de los hogares. Algunas excepciones están representadas

por el Ecuador y el Brasil, que con un envejecimiento moderado, tienen un 27,3% y un 19,8% de hogares multigeneracionales, respectivamente.

GRÁFICO 1
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): RELACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES Y EL PORCENTAJE DE HOGARES CON PERSONAS MAYORES, CENSOS DE LAS RONDAS DE 1990 Y 2000

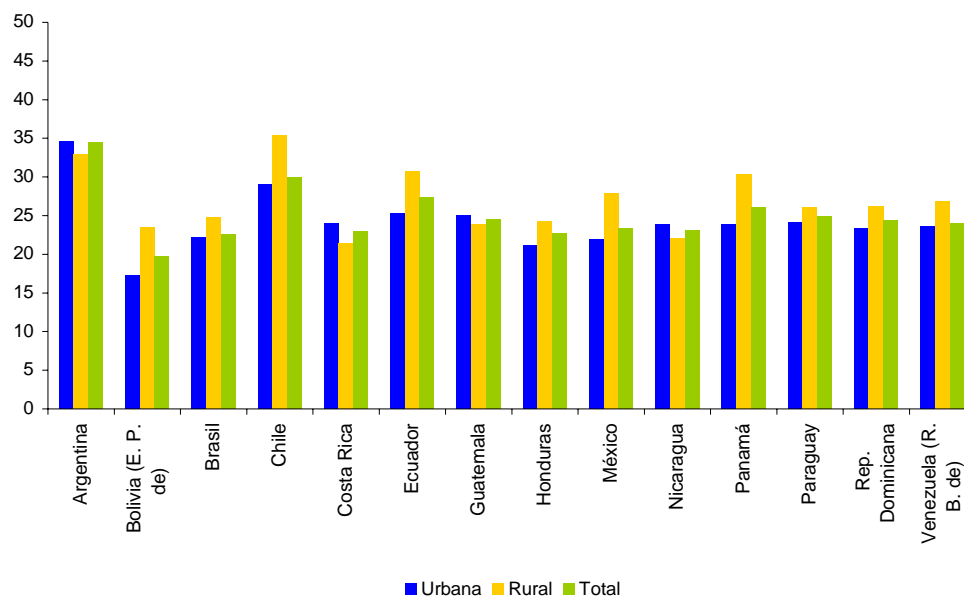


Fuente: S. Huenchuan y J. M. Guzmán, “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política”, Revista *Notas de Población*, N° 83 (LC/G.2340-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL, 2007.

De este modo, el envejecimiento se hace más evidente a escala del hogar, apreciándose una importante presencia de personas de edad, ya sea en el rol de jefes o como miembros secundarios. En países como la Argentina, Chile, el Ecuador y Panamá, el porcentaje de hogares rurales con personas mayores supera al 30% (véase el gráfico 2). En las áreas urbanas, en tanto, los mayores porcentajes de este tipo de hogares se presentan en la Argentina, Chile, el Ecuador y Guatemala (alrededor del 25%).

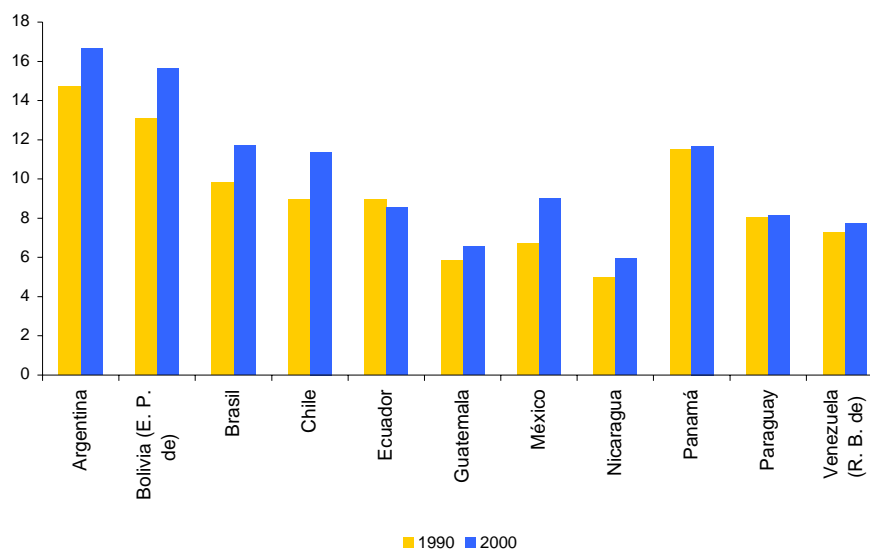
En América Latina, la proporción de personas mayores que viven solas no es tan elevada como en otras regiones del mundo, y en la mayoría de los países no supera el 17%; sin embargo, la comparación de las tendencias observadas en las rondas de censos de 1990 y 2000 advierte acerca de un posible incremento en la probabilidad que las personas de edad vivan solas. Los países que presentaban las cifras más encumbradas de residencia independiente en 2000 eran la Argentina (16,6%) y el Estado Plurinacional de Bolivia (15,6%) (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): HOGARES CON PERSONAS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, CENSOS DE LA RONDA DE 2000
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

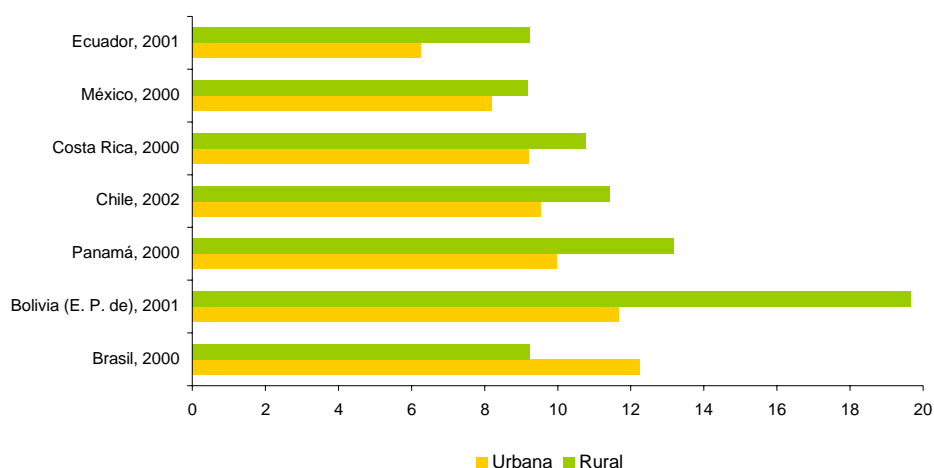
GRÁFICO 3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS DE EDAD QUE VIVEN SOLAS, CENSOS DE LAS RONDAS DE 1990 Y 2000
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

De acuerdo a la información disponible, son las personas de edad que residen en las áreas rurales las que tienen mayores probabilidades de vivir solas —con excepción de las brasileñas— (véase el gráfico 4). Un estudio de Iwakami *et al.* (2004) afirma que la migración rural-urbana es la principal responsable de la ruptura de lazos de coresidencia y proximidad. Aunque ello no necesariamente significa la ausencia de vínculos afectivos o de transferencias monetarias, la distancia de los descendientes que residen en las ciudades respecto de las zonas rurales hace imposible el apoyo instrumental que podrían requerir los mayores para desempeñar las actividades de la vida diaria.

GRÁFICO 4
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS
QUE VIVEN SOLAS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2000
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

Existen diferencias subregionales en los porcentajes de hogares unipersonales de personas mayores. En el Caribe, la residencia independiente es más elevada que en América del Sur y Centroamérica, donde las cifras son bastante inferiores (Naciones Unidas, 2006). Con todo, en el conjunto de la región hay menos hogares unipersonales de personas de edad que en otras partes del mundo, y de acuerdo con los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, en 2006 este tipo representaba el 9% del total de hogares con personas mayores —muy cercano a los valores de África (8%) y Asia (7%)—, mientras que en Europa y América del Norte constituía el 26% (Naciones Unidas, 2006).

Sin embargo, y más allá de las cifras, la mayor diferencia entre los hogares unipersonales de personas mayores de la región y los de los países desarrollados es que en estos últimos la residencia independiente refleja el deseo y la existencia de condiciones favorables para optar por este tipo de arreglo. En cambio, en América Latina y el Caribe vivir solo podría mas bien representar un riesgo asociado a la falta de una mejor opción (Saad, 2004).

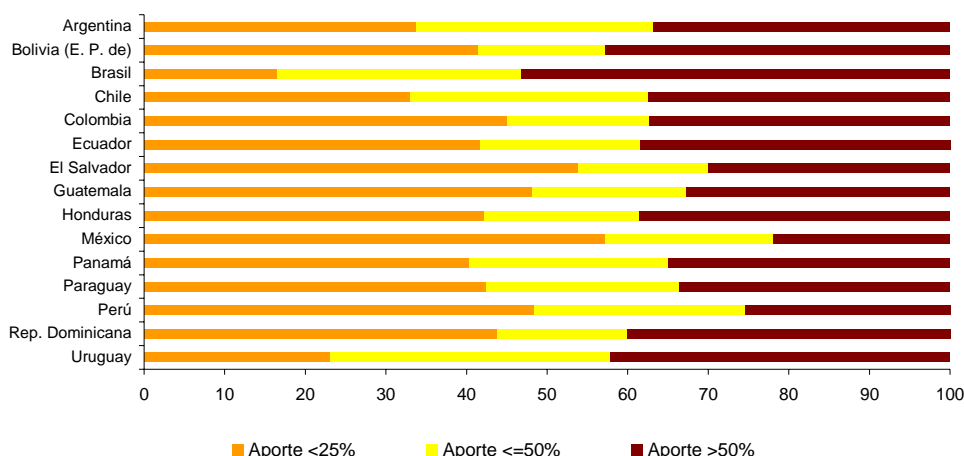
1.2 Coresidencia y posibilidades de apoyo mutuo entre las generaciones

En contextos de sistemas de protección social débiles, los hogares multigeneracionales constituyen una opción favorable para las personas mayores y sus familias, toda vez que, por una parte, permiten asegurar el apoyo a las personas de edad con algún nivel de vulnerabilidad (Saad, 2004), y por otra,

los ingresos de las personas mayores siguen constituyendo una fuente importante de recursos para las familias (CEPAL, 2000).

Hay una clara relación entre la contribución al presupuesto familiar que significan los aportes de las personas mayores en los hogares multigeneracionales, la incidencia de la pobreza y la dependencia generacional (véase el gráfico 5). En los hogares donde se presentan más altos niveles de pobreza y el aporte constituye una baja fracción del total de recursos disponibles (menos del 25%), su constitución podría responder a condiciones de dependencia económica o a necesidades de cuidado de los miembros de más avanzada edad. En cambio, en aquellos hogares donde el aporte económico de las personas mayores es significativo (superior al 50%) y hay mayor incidencia de la pobreza, se trataría de la relación inversa, pues los beneficiados con la convivencia serían los miembros de otras generaciones (CEPAL, 2000).

GRÁFICO 5
AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): HOGARES MULTIGENERACIONALES Y APORTE
DE LAS PERSONAS MAYORES AL INGRESO DEL HOGAR, ALREDEDOR DE 2005
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile, 2009.

De acuerdo con la última información disponible, aproximadamente en 4 de cada 10 hogares multigeneracionales de 15 pa­í­ses de la región las personas mayores aportan más del 50% del ingreso familiar, y en una cantidad muy similar contribuyen con menos del 25%³. Los datos presentados en el gráfico 5 revelan que los pa­í­ses donde las personas de edad colaboran más sustantivamente con el ingreso del hogar son la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Chile y el Uruguay. En estos pa­í­ses, la cobertura de la seguridad social (sea de origen contributivo o no contributivo) estaría teniendo un efecto directo en la capacidad de las personas mayores de aportar significativamente al ingreso del hogar y, como corolario, en las posibilidades de que se creen situaciones de allegamiento de las familias de generaciones más jóvenes al núcleo de origen formado por personas de edad.

En suma, los arreglos familiares donde se constata la presencia de personas mayores exhiben varios rasgos similares en los pa­í­ses de la región. Desde el punto de vista de las repercusiones para el

³ Si se excluye al Brasil, la cantidad de hogares en que las personas mayores contribuyen con más del 50% del presupuesto disminuye a 3 de cada 10, y la cantidad de hogares en los que aportan menos del 25% aumenta a cerca de 4 de cada 10.

bienestar, la más significativa es el efecto de las prestaciones de protección social de los miembros de más avanzada edad, que muchas veces se extienden a toda la familia. Invariablemente, el dinero y otros recursos que poseen las personas mayores son compartidos con sus hijos y familiares más jóvenes, lo que fortalece la base de recursos de la familia y contribuye al bienestar de distintas generaciones (Naciones Unidas, 2005).

2. Envejecimiento y sistemas de cuidados

El aumento de la población de personas mayores y el paulatino incremento de la esperanza de vida han suscitado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidado. El énfasis en este tema se debe, principalmente, a cuatro factores. En primer lugar, el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia, debido a que las personas de edad experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y los parientes.

En segundo término, la población adulta mayor que precisa cuidados de forma permanente se encuentra en franco proceso de crecimiento. De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina y el Caribe habrá aumentado en un 23% la prevalencia de necesidad de cuidados en la población de edad avanzada entre 2000 y 2010, y diez años más tarde se habrá incrementado en un 47%, lo que se traducirá en que más de diez millones de personas de 60 años y más requerirán asistencia cotidiana (WHO, 2002).

En tercer lugar, el cuidado ha recaído tradicionalmente en las mujeres, y estas —debido a presiones económicas, sociales u opciones personales— se han ido alejando progresivamente de estas tareas. Como contrapartida, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extradoméstico no siempre es acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado, sea por socialización de género o porque quienes precisan de cuidado valoran menos el aporte que los hombres puedan realizar en esta tarea. Y en cuarto término, los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población de personas mayores aún no han logrado un pleno respaldo público, y la familia —y en menor medida, el mercado— actúa como principal mecanismo de absorción de los riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez (Huenchuan y Guzmán, 2007).

Los países de la región son particularmente sensibles ante este tema, debido a que han experimentado un proceso de envejecimiento más acelerado que el de los países desarrollados, a que aún persiste la demanda por cuidado en las edades preescolares, y a que las condiciones socioeconómicas estructurales no siempre han permitido instaurar medidas públicas suficientes para cubrir las necesidades de asistencia, privilegiándose —en el mejor de los casos— otros ámbitos de protección social.

2.1 El efecto del envejecimiento en los sistemas de cuidados

El aumento de la población de personas mayores no debería ser un problema para los sistemas de cuidados. La dificultad estriba en que las sociedades no han creado los mecanismos adecuados para enfrentar este fenómeno y sus consecuencias.

El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria. En este sentido, la necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a estas necesidades ha experimentado notables cambios (Casado y López, 2001). Así, el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno, debido a las peculiaridades de la situación actual.

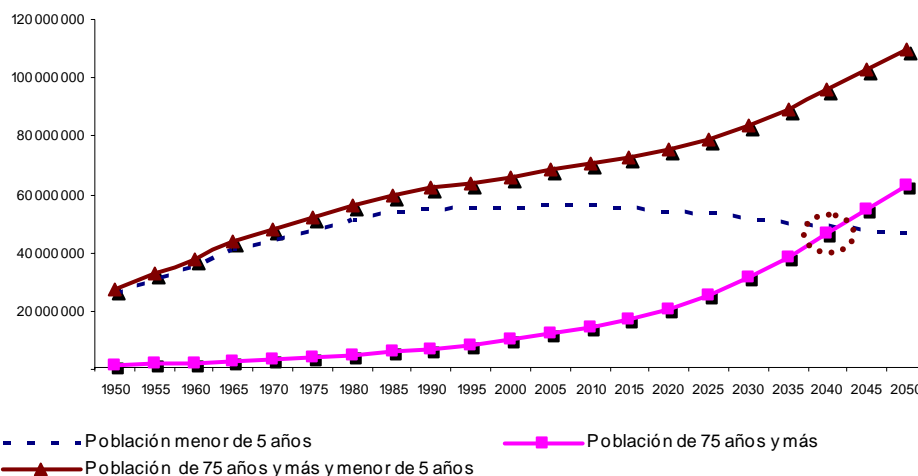
Por una parte, y como en todas las épocas, existen personas que no pueden valerse por sí mismas, y por otra, los modos tradicionales de atenderlas están en crisis, justo en un momento en que aumenta la cantidad de personas que precisan ayuda por causas de distinto orden, tales como el envejecimiento, la extensión de la vida mediante métodos artificiales, la mayor supervivencia a los accidentes, entre otras (Sempere y Cavas, 2007). De ahí que numerosos estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o ya maduras, que demanda una serie de servicios de protección pública especializados.

La principal diferencia entre los países de la región y los desarrollados es que en estos últimos la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social empezó a instalarse a partir de los años setenta. En ese momento, un informe de la OCDE (1973) advertía que “*el crecimiento no es suficiente en sí mismo, sino un medio para lograr unas condiciones de vida mejores*”, y colocaba en el primer lugar de una lista de preocupaciones sociales la posibilidad de disfrutar de una buena salud a lo largo de toda la vida. En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones, porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta bien entrados los años ochenta, y a que las personas de edad avanzada no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población.

Como se aprecia en el gráfico 6, se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años. Los menores de 5 años seguirán representando el sector más importante que proteger y cuidar hasta aproximadamente el año 2040. A partir de ese momento, las personas mayores de 75 años aumentarán paulatinamente, y seguramente concentrarán la atención y los servicios de asistencia. Y, aunque es verdad que muchas personas de este grupo etario gozan de buena salud y alto grado de independencia, no es menos cierto que el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad se eleva enormemente con la edad. Por lo tanto, en un contexto de envejecimiento, la sociedad debe preocuparse por la dependencia en los dos extremos: los más jóvenes y los más viejos.

El impacto de estos cambios se sentirá con más fuerza en los próximos años, una vez que la maduración social y demográfica del fenómeno vaya exigiendo modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se ofrecen a la población de personas mayores, a la niñez y a las personas con discapacidad.

GRÁFICO 6
AMÉRICA LATINA: PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS Y NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS, 1950-2050
(En valores absolutos)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales.

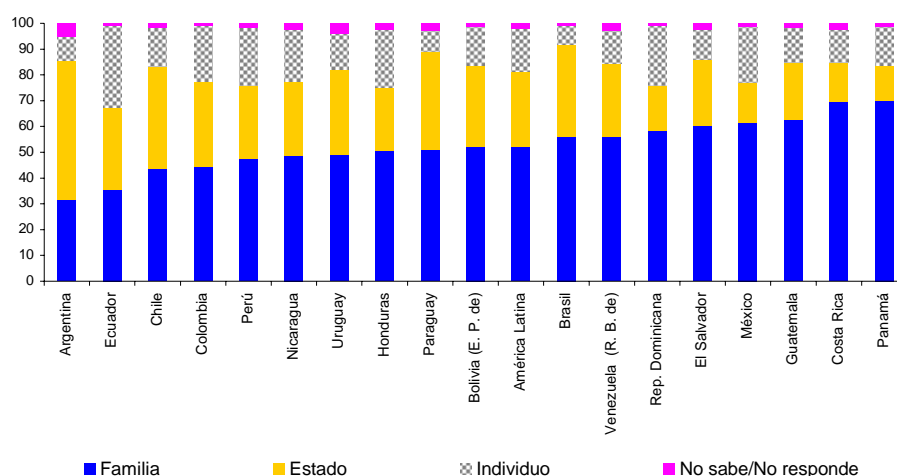
2.2 El papel de la familia y las mujeres en las tareas de cuidado

En la sociología de la vejez, los sistemas de cuidados se insertan en el campo más amplio de la discusión académica sobre el apoyo social. En la economía del envejecimiento, sin embargo, los cuidados se ubican en el ámbito de la seguridad económica, puesto que si las personas mayores debieran pagar por los servicios de asistencia que reciben de sus parientes, seguramente sus probabilidades de ser pobres aumentarían notablemente.

Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada una, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal que se les atribuye.

Los datos de la encuesta de opinión Latinobarómetro 2006 muestran que, en la mayoría de los países de la región, las personas entrevistadas opinaron que la responsabilidad de que las personas mayores disfrutaran de condiciones de vida dignas dependía de la familia, en menor medida del Estado, y muy lejanamente de la propia persona (véase el gráfico 7).

GRÁFICO 7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: OPINIÓN SOBRE QUIÉN ES RESPONSABLE DE ASEGURAR BUENAS CONDICIONES DE VIDA PARA LAS PERSONAS MAYORES, 2006
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de las respuestas a la pregunta “¿Quién es responsable de asegurar buenas condiciones de vida para las personas mayores?”, de la encuesta de opinión Latinobarómetro, 2006.

Esta opinión se repite como una constante en la mayoría de los países, aunque en algunos de ellos hay diferencias según el género de la persona entrevistada. Así, mientras en promedio hay una proporción más alta de mujeres que de hombres que opina que la responsabilidad principal es de la familia, se registra un mayor porcentaje de hombres que considera que esta responsabilidad le cabe sobre todo al Estado. El único país donde más del 50% de los hombres y similar proporción de las mujeres piensa que es el Estado el que tiene principalmente en sus manos el bienestar de las personas mayores es la Argentina. En Panamá, en cambio, más del 65% de las mujeres y los hombres entrevistados opinó que la familia es la principal responsable.

Al respecto, es interesante observar que, en la medida en que el Estado es débil como elemento unificador de la vida política y como instancia de protección social, las miradas se vuelven hacia la familia como herramienta probable de cohesión social, y se le exige que sea también, en última instancia, la que actúe frente a los vacíos de protección. Ello explica, en parte, por qué en

países con bajos niveles de protección social la opinión de los entrevistados por la encuesta Latinobarómetro recae más en la familia como agente responsable del bienestar.

En los hechos, efectivamente, una de las fuentes más importantes de cuidado en la vejez es y continuará siendo la familia, la que puede responder a esta necesidad mediante la transferencia de tiempo, es decir, ofreciendo cuidados personales, o financiándolos en el mercado, mediante transferencias en efectivo. Debido al contexto en que ocurre el envejecimiento en la región, pareciera que la opción más recurrente de apoyo familiar es a través de la ayuda directa (tiempo) para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, los datos de la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) muestran que, alrededor del año 2000, una proporción importante de personas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe recibía apoyo familiar para el desarrollo de actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria (véase el cuadro 1)⁴. En la muestra de Chile, la proporción de personas receptoras de ayuda en actividades funcionales de la vida diaria (cerca del 52%) constituía el doble que la del Uruguay (cerca del 26%). En general, el porcentaje que recibía colaboración en las actividades instrumentales era significativamente mayor que el que recibía apoyo en las actividades funcionales, variando de poco menos del 70% en la Argentina hasta casi un 92% en el Brasil. Otro aspecto documentado por esta encuesta es que el apoyo más importante proviene de los miembros que conviven en el hogar, seguido por el de los hijos o hijas que viven fuera (Saad, 2003).

CUADRO 1
AMÉRICA LATINA (CIUDADES SELECCIONADAS): PROPORCIÓN
DE PERSONAS MAYORES CON DIFICULTAD QUE RECIBIERON
AYUDA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA,^a 2000

| Características | Actividades funcionales (AFVD) | | Actividades instrumentales (AIVD) | |
|-----------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| | Tienen dificultad | Reciben ayuda ^b | Tienen dificultad | Reciben ayuda ^b |
| Edad | | | | |
| 60 a 64 años | 13 | 26 | 15 | 75 |
| 65 a 74 años | 15 | 33 | 21 | 79 |
| 75 años y más | 31 | 51 | 47 | 88 |
| Sexo | | | | |
| Hombres | 15 | 43 | 20 | 83 |
| Mujeres | 23 | 42 | 35 | 84 |
| Estado conyugal | | | | |
| No casados | 23 | 43 | 35 | 85 |
| Casados | 16 | 40 | 21 | 82 |

Fuente: P. Saad, “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”, Revista *Notas de Población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL, 2003.

^a En siete ciudades seleccionadas según características demográficas.

^b Entre los que tienen dificultad.

Los datos presentados para América Latina (véase el cuadro 1) y para Chile (véase el recuadro 1) dan cuenta de la magnitud del aporte familiar en la reproducción social de la población de edad avanzada. Ello es consecuencia, en parte, de una estructura poblacional relativamente joven, y del lento e insuficiente desarrollo de los sistemas de protección social, que en la mayoría de los países de la región no han establecido sólidos sistemas de apoyo institucional para las personas mayores en condiciones de dependencia.

⁴ Las actividades funcionales de la vida diaria suponen poder realizar en forma independiente tareas como las de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño. Las actividades instrumentales de la vida diaria, en tanto, son llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad de las personas para ser efectuadas, permitiéndoles tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, el cuidado de la casa, la salida de compras, la preparación de la comida, el uso de medios de transporte, el uso adecuado del dinero y la responsabilidad sobre los medicamentos (OPS, 2004).

RECUADRO 1 LA DISPONIBILIDAD DE APOYO EN LA VEJEZ EN CHILE

Datos para Chile, provenientes de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006, realizada por el Ministerio de Salud, mostraron que las personas de edad entrevistadas tienen, en su mayoría, la posibilidad de recibir apoyo económico cuando lo necesitan. El 36,4% dijo que siempre contaba con este tipo de ayuda, y el 10,4% que casi siempre. Los que respondieron que rara vez o nunca contaban con esta posibilidad alcanzaron el 17,9%, y los que señalaron no necesitarla representaron el 20,7% (véase el gráfico 8).

La disponibilidad de apoyo está asociada al sexo de las personas de edad. En general, las mujeres tienen mayores posibilidades de apoyo por parte de la familia o la comunidad. Mientras que el 41% de las entrevistadas dijo contar siempre con apoyo económico, solo el 30,8% de los hombres adhirió a esa respuesta. El apoyo emocional también es parte esencial de las redes de apoyo social, y de acuerdo a los resultados de esta encuesta, las personas de edad en Chile tienen mayores probabilidades de contar con este tipo de ayuda que con la de orden económico. El 43,5% de los entrevistados afirmó que siempre contaba con este apoyo, y el 11,2% que casi siempre (véase el gráfico 9).

Los resultados de la encuesta también revelaron que el nivel socioeconómico es un factor que discrimina respecto de las posibilidades de apoyo económico de las personas mayores. El 21,4% de los hombres de edad del tercil socioeconómico inferior rara vez o nunca recibía apoyo económico, según sus respuestas, y solo el 7,8% de sus coetáneos del tercil superior se encontraba en la misma situación. Las diferencias fueron menos marcadas en las mujeres, pero también existieron. En cuanto al apoyo emocional, las brechas por sexo según nivel socioeconómico también fueron evidentes, y al contrario de lo que ocurría con el apoyo económico, fue en las mujeres de edad entre quienes esta variable discriminó más fuertemente en la posibilidad de tener o no apoyo. El 60,2% de las mujeres mayores del tercil superior contestaron que siempre recibían apoyo emocional, frente al 42,7% de sus coetáneas del nivel socioeconómico más bajo.

GRÁFICO 8
CHILE: POSIBILIDAD DE APOYO ECONÓMICO
DE LAS PERSONAS DE EDAD, SEGÚN SEXO, 2006
(En porcentajes)

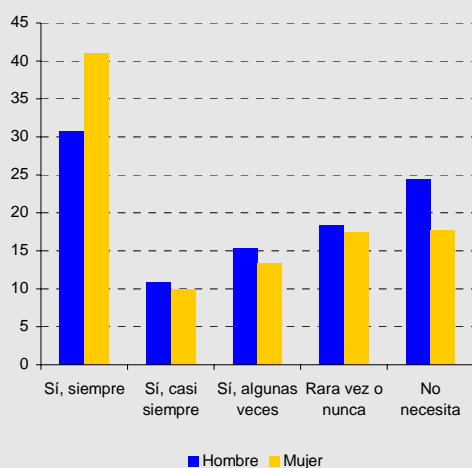
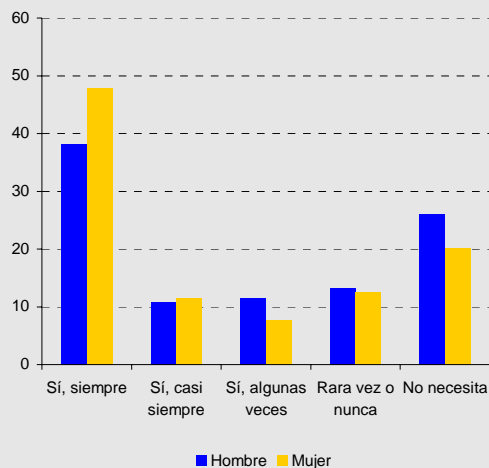


GRÁFICO 9
CHILE: POSIBILIDAD DE APOYO EMOCIONAL
DE LAS PERSONAS DE EDAD, SEGÚN SEXO, 2006
(En porcentajes)



Fuente: S. Huenchuan, "Calidad de vida y envejecimiento. Resultados de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006", CELADE-División de Población de la CEPAL, en el marco del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud de Chile y la CEPAL, 2008. Para los gráficos, procesamientos especiales de los resultados de la misma encuesta.

En general, la respuesta estatal a las necesidades de cuidado personal se limita a una reducida oferta de programas, que logra una ubicación marginal en el quehacer público. Con ello, la solución del problema se ha trasladado a las familias, mediante estrategias de solidaridad entre las generaciones, muchas de ellas basadas en la extensión y recomposición de los hogares. Así, la asistencia económica y el cuidado de las personas mayores han pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, en la medida en que el Estado ha asumido un papel secundario en este ámbito (CEPAL, 2000).

En este sentido, y tal como han advertido distintos autores, son necesarias algunas precisiones, puesto que cuando se habla de la familia debe distinguirse la labor de las mujeres en la provisión de servicios de cuidado (Sánchez, 1996)⁵. La tradición, la socialización y las relaciones económicas sitúan a las mujeres en el centro de las tareas de cuidado de las personas mayores —y, por cierto, de otros grupos sociales—, y ello suele ser independiente de que realicen un trabajo remunerado, estudien o se dediquen a los quehaceres domésticos.

En algunos casos, ello puede socavar los derechos de las mujeres y las niñas, o limitar sus oportunidades, capacidades y decisiones, traduciéndose en un obstáculo para la equidad de género y el bienestar. Por ejemplo, mientras la educación es un derecho de todo niño, muchas niñas deben abandonar la escuela para ayudar en las actividades domésticas o cuidar a sus hermanos menores cuando sus madres se enferman o trabajan fuera de la casa. También suele ocurrir que las mujeres que no pueden pagar por el cuidado de sus dependientes a menudo no pueden realizar una labor remunerada, o están restringidas a optar por trabajos precarios y mal pagados. Su capacidad de asegurar la vejez o contribuir para una pensión es reducida, intensificando de esta manera su inseguridad a largo plazo (Esplen, 2009).

De lo anterior se concluye que, de no haber intervenciones explícitamente dirigidas a prestar este tipo de servicios, las posibilidades de ofrecer cuidado a las personas mayores podrían variar entre las familias según el tipo de arreglo residencial y el nivel socioeconómico, acentuando con ello las desigualdades en la vejez. Partiendo del hecho de que las mujeres son las principales cuidadoras de las personas de edad cuando conviven en el mismo hogar, habría una importante diferencia entre las familias en que la mujer tiene un trabajo extradoméstico y aquellas en que se dedica a las labores del hogar. En el primer caso, las posibilidades de prestar asistencia a una persona mayor serían más limitadas —aunque cada vez es más frecuente que las mujeres que asumen tareas productivas fuera del hogar las combinen con tareas de cuidado—, y según la situación económica, es probable que se recurra a servicios externos.

En suma, la posibilidad de las personas mayores de recibir ayuda de sus descendientes para el desarrollo de las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria es el resultado de las circunstancias demográficas y sociales predominantes en décadas pasadas, las cuales se han ido modificando sustancialmente (Huenchuan y Guzmán, 2007). Entre los principales cambios se encuentra la fuerte disminución de la fecundidad, que reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar con que contarán las personas mayores a futuro. Las generaciones que actualmente están prestando ayuda a sus antecesores no tienen la misma probabilidad de recibir ese apoyo por parte de sus descendientes (Huenchuan y Guzmán, 2007). Asimismo, la incorporación plena de la mujer al trabajo extradoméstico disminuye la disponibilidad de un recurso que, por su condición de género, ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Este cambio trae consigo una disminución de la capacidad de asistir a los miembros con algún nivel de dependencia, siendo necesario recurrir a servicios externos que reemplacen a las parientes mujeres en esta tarea (Maldonado y Hernán, 1998). Por último, el aumento de la esperanza de vida implica que la etapa de la vejez se prolonga. Las

⁵ El cuidado suele asociarse únicamente a los niños, por lo que los otros tipos de atención pasan a ser invisibles. Aunado a lo anterior, generalmente se piensa que la carga de cuidado se concentra en la juventud, porque sería a esta edad que las mujeres tienen bajo su responsabilidad a los niños, pero las evidencias demuestran que ellas pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida, y que terminan prestando esta forma de ayuda más de una vez en su ciclo de vida: empezando por los hijos, para luego seguir con los padres y concluir cuidando al cónyuge enfermo. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la madurez (Robles, 2003, citando a Kahan *et al.*, 1994).

familias habrán de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo, y las mujeres irán envejeciendo a la vez que cuidarán a sus descendientes y ascendientes. Una mujer que tuvo sus hijos o hijas a los 25 años puede ser madre por 45 o 55 años. A pesar de la visión tradicional, que concibe que las mujeres se ocupan de hijos e hijas solo los primeros 10 años de la existencia de estos, la experiencia demuestra que la responsabilidad de prestar ayuda permanece durante toda la vida. El aumento de la longevidad femenina alargará este rol, que coexistirá con el de hija, ya que los padres vivirán más tiempo (Sánchez, 1996, citando a Calasanti, 1996).

En definitiva, la protección frente a la necesidad de cuidado en la vejez será un desafío ineludible para las políticas públicas de las próximas décadas. El reto no es otro que atender las necesidades de las personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyo para desarrollar actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Sempere y Cavas, 2007).

3. El envejecimiento, los cuidados y las opciones de política

En todas las sociedades se ha esperado que sea la mujer la que cuide a los demás miembros de la familia sin percibir remuneración alguna. Como consecuencia, puede quedar atrapada en un círculo vicioso: la expectativa de que realice tareas no remuneradas interfiere con la evolución de su carrera, y en consecuencia luego percibe una pensión de menor cuantía, ya que su estancia en el mercado de trabajo es intermitente. Finalmente, la insuficiencia de las prestaciones económicas que recibe aumenta su dependencia de los demás miembros de la familia, normalmente otras mujeres, que tienen que atenderla a su vez. Si el Estado o la sociedad no intervienen, este ciclo se repite (Naciones Unidas, 2002).

De acuerdo a la información disponible, se aprecia en los países de la región una alta participación femenina, en especial de las hijas, en el cuidado de las personas mayores; pero generalmente no reciben ninguna retribución económica por ello, no cuentan con la preparación adecuada para hacer esta tarea, y la realizan a un costo personal muy alto⁶. Sin embargo, el contexto en que se produce el envejecimiento en la región contribuye a que la problemática de los cuidados en la vejez se siga manejando como un asunto privado, y no de solidaridad colectiva.

En los últimos años, el envejecimiento de la población y las transformaciones de la estructura demográfica se han convertido en un punto central de debates en los países europeos. Ello no solo por razones de equidad y cohesión social, sino también por su creciente impacto en los sistemas de protección social (véase el recuadro 2). Para hacer frente a estos problemas, a partir de mediados de los años noventa se han ido formulando diversos planteamientos, y han ido emergiendo experiencias de todo tipo (Libro Blanco del Reino Unido, de 1998; Ley Alemana de 1995; Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España, de 2004), dirigidas a adaptar los sistemas de protección social a las nuevas realidades sociodemográficas, principalmente a través de la incorporación de un cuarto pilar al sistema de protección social: el de los servicios sociales para fortalecer la autonomía (Huenchuan y Morlachetti, 2007).

⁶ Un estudio realizado a cuidadores y cuidadoras de personas mayores que sufrían de Alzheimer, en localidades rurales y urbanas de Chile, encontró que el 82,9% de ellos eran familiares, de estos, el 64,3% eran hijos o hijas, un 15,7% esposos o esposas y un 2,9% hermanos; solo un 17,1% correspondía a otros cuidadores, tales como personas remuneradas, amigos o vecinos. El 84,3% de los cuidadores eran mujeres, y el promedio de tiempo de cuidado alcanzaba los 7 años. Al consultárseles qué significaba el paciente para ellos, el 58,6% consideró que era “un ser que necesita ayuda”; mientras que el 21,4% respondió que era “un enfermo y carga para ellos”. Las diferencias de opinión entre cuidadores del área rural y urbana fueron evidentes: el cuidador rural destacó el significado afectivo que lo unía al paciente, y reconoció a la familia como un agente dador de cuidado; por su parte, los cuidadores urbanos percibían mayoritariamente al paciente como una obligación, y opinaban que el desempeño de esa labor limitaba su satisfacción de necesidades personales (Vidal *et al.*, 1988).

RECUADRO 2

MODELOS EUROPEOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

* De protección universal para todos los ciudadanos y de financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y Holanda. En él, los servicios sociales son una extensión lógica de la concepción según la cual el Estado debe cubrir las necesidades básicas de las personas por razones de ciudadanía, de la misma forma como atiende cualquier otra necesidad sanitaria o educativa.

* De protección a través del sistema de seguridad social, mediante prestaciones que tienen su origen en las cotizaciones. Es el modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo. Los servicios sociales se sitúan, al igual que las pensiones, el seguro de desempleo y la protección de la familia, en el ámbito de la seguridad social, y por lo tanto son financiados y gestionados en este marco.

* De asistencia, dirigido fundamentalmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es el modelo más implantado en los países del sur de Europa. Se configura como un sistema público, financiado mediante impuestos, con cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos, y por lo tanto, de alcance y extensión también limitados.

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.

El debate sobre los servicios sociales, por tanto, está cada vez más presente en la agenda política y social de los países desarrollados y responde, principalmente, a la encrucijada en la que se encuentra el sistema de protección social europeo. Este sistema fue construido partiendo del supuesto de que estables y tupidas redes familiares y comunitarias (y en ellas, especialmente las mujeres) se ocuparían de brindar un amplio abanico de apoyos a las personas que de forma transitoria o permanente se encontraran en situaciones de vulnerabilidad, riesgo o desprotección.

Este modelo del varón sustentador, con una trayectoria laboral extensa e intensa, era la garantía de los derechos sociales. Sin embargo, en las últimas décadas, este panorama fue modificándose radicalmente, ante la emergencia de nuevos riesgos y procesos sociales que están alterando esos supuestos y, por lo tanto, incrementando exponencialmente los desajustes entre el sistema de protección social y la realidad a la que debe dar respuesta. En este contexto, se impuso la necesidad de configurar el sistema de servicios sociales como el cuarto pilar de la protección social (Fantova, 2006).

Los servicios sociales están estratégicamente colocados en la interfaz entre el sistema formal de protección social y las redes familiares y comunitarias. Se dedican al apoyo personal, a la atención domiciliaria o residencial, es decir, brindan respuesta a las necesidades que se están incrementando con el envejecimiento de la población. Tienen su fundamentación jurídica en los derechos sociales, los cuales están orientados a asegurar un nivel básico de servicios que garanticen el desarrollo de las personas y las colectividades mediante la intervención estatal en su prestación y en la distribución del bienestar. De este modo, los poderes públicos promueven condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas y los grupos en que se integran sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud y facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (IMSERSO, 2004).

En América Latina, la discusión sobre la protección social tiene énfasis distintos. Debido al contexto general de carencias y rezagos institucionales, la protección social de las personas mayores es aún un tema incipiente, ligado más a la seguridad social que a otros ámbitos del bienestar social. Este énfasis no es casual, sino que tiene directa relación con la baja cobertura de pensiones y jubilaciones y con la cantidad absoluta y relativa de personas mayores sin ingresos. Esto lleva a que las familias se vean en la obligación de constituirse en una de las fuentes principales de protección en la vejez, a la vez que brindan, entre otros servicios, la habitación, la alimentación y el cuidado. Sin

embargo, aunque las soluciones familiares resultan un valioso aporte, debieran ser fruto de una opción y no de una necesidad (CEPAL, 2006).

Por otra parte, los programas de otra índole existentes para las personas mayores —como de cuidados domiciliarios, pensiones no contributivas, fomento a la participación, entre otros— tienen un claro sesgo asistencial, y suponen que el acceso a esas prestaciones depende de los recursos de las personas mayores y no de las necesidades que presentan. La experiencia de programas asistenciales dirigidos a las personas de edad demuestra que el mayor peso de los cuidados en la vejez recae en la familia, y especialmente en la mujer, dejando a merced del mercado informal —como casas de reposo no reguladas— la prestación de determinados servicios que, en general, cuentan con insuficientes recursos para asumir esta tarea. Incluso en países con fuerte privatización de los servicios públicos, la demanda social hace que la gestión privada ofrezca mejores garantías de calidad que los servicios públicos, y cuando estos servicios se descentralizan, derivan en desequilibrios territoriales importantes. Lo anterior implica una protección limitada e incierta, que no se corresponde con los derechos humanos como principios rectores del desarrollo.

Por esto, es fundamental que en la discusión para un nuevo consenso en relación a la protección social en los países de la región se incorpore el envejecimiento como un hecho insoslayable e ineludible, que plantea serios desafíos a los modelos hegemónicos existentes. Ello supone considerar a las personas de edad en la agenda de las políticas públicas, y tomar en cuenta a los actores inmersos en el tándem necesidad-servicio en lo que respecta al cuidado en la vejez.

En el caso específico de las mujeres, es imprescindible avanzar hacia una protección más amplia de sus derechos. Por una parte, hay que superar el imaginario colectivo que asume que los cuidados se prestan de manera gratuita, y que forman parte de la red de responsabilidad filial únicamente. También hay que asegurar la protección en la vejez de las mujeres que brindan cuidados, estableciendo medidas compensatorias para disminuir los efectos de la intermitencia laboral, producto de su ocupación en este tipo de servicios. Asimismo, hay que proteger la salud de las mujeres que ofrecen cuidados, a través de la provisión de servicios acordes a sus necesidades y tiempo para cuidar de sí mismas (Huenchuan, 2008).

Lo anterior no implica que en el futuro cercano se espere que la familia sea reemplazada por los agentes privados en la provisión de cuidados a los miembros que lo necesitan, sino que advierte sobre la necesidad de mejorar las condiciones en que se realiza esta función y fortalecer la capacidad familiar —y en especial de las mujeres— para continuar desarrollando esta tarea sin arriesgar el ejercicio de sus propias opciones y libertades personales.

4. Comentarios finales

En este capítulo se han analizado los efectos del envejecimiento poblacional en los sistemas de cuidado. En primer lugar, se ha llamado la atención sobre el hecho que el envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe es un fenómeno sin precedentes, que se caracteriza por su rapidez en un contexto de precariedad económica y ausencia de servicios sociales robustos, que aseguren calidad a lo largo de todo el ciclo de vida y durante la vejez. Esta situación incide en las características sanitarias, económicas y educacionales de la actual generación de personas mayores y, de no mediar cambios sustantivos, influirá en las de las próximas generaciones que irán llegando a la edad avanzada. A esto se suma la previsión de un futuro incremento de la población mayor de 75 años, con las consiguientes consecuencias específicas en la capacidad de la sociedad para prestar ayuda a un segmento poblacional que, debido a razones de orden fisiológico y biológico, demandará una mayor inversión (de tiempo, emocional y económica) en cuidados.

Tres instituciones intervienen en la oferta de los cuidados que se les brindan a las personas mayores: la familia, el Estado y la comunidad. La familia es el actor por antonomasia en este escenario, que en general siempre ha brindado cuidados a sus miembros. Dentro de este ámbito han

sido las mujeres quienes, por excelencia, han asumido esta tarea, en un principio las de edad mediana, y cada vez con mayor frecuencia las de edad más avanzada. Los cambios derivados del ingreso de la mujer al mercado laboral conducen a pensar que en el futuro tenderá a disminuir la capacidad de las familias de brindar cuidados, o bien se producirá una situación compleja, en la que las mujeres seguirán asumiendo las funciones de cuidado y desenvolviéndose a la vez económicamente en el mundo extradoméstico⁷.

Sin embargo, a medida que el envejecimiento de la población se convierta en un rasgo demográfico característico de la sociedad, y con ello vaya aumentando la probabilidad de la dependencia, y consecuentemente de la intensidad y duración de los cuidados, la familia podría tender a sustituir el tiempo por el financiamiento de servicios en un mercado escasamente regulado, traspasando al ámbito público una necesidad que se resolvía en el ámbito privado.

El papel del Estado es menos antiguo que el de la familia, pero no por ello deja de ser trascendental. En los países desarrollados, ha intervenido en la oferta de cuidados para las personas mayores desde el advenimiento del Estado de bienestar, y el mercado fue ganando fuerza en la medida en que existió un segmento de la población de personas de edad que podía pagar por los servicios que se le prestaban. En la región la situación es diferente. El papel que pueda desempeñar el Estado en la oferta de cuidados en la vejez opera en paralelo con la inversión en otros grupos poblacionales, y al existir una oferta segmentada de servicios sociales, se considera que las necesidades de las personas mayores compiten por los recursos que deberían destinarse a los niños. La comunidad, por su parte, tiene en las personas de edad a un grupo social con grandes posibilidades, puesto que requieren servicios que pueden ser planificados u otorgados desde los gobiernos locales, y además constituyen una fuerza con tiempo de ocio —en el caso de aquellos privilegiados— que puede desarrollar acciones en beneficio de sí misma y de su entorno.

Con certeza, la tradición familiar de muchos países de la región perdurará, y la práctica del cuidado seguirá siendo parte de las relaciones de afecto que existen dentro de este ámbito. Sin embargo, ello conlleva enormes desventajas para aquellos hogares más pobres, toda vez que en un modelo familiar de cuidado, las condiciones de salud que gozan las personas de edad dependen de las condiciones socioeconómicas de la familia de pertenencia.

Particularmente en estos casos, el Estado no debe descansar esta responsabilidad solo en la familia. Los gobiernos han de considerar seriamente la forma de actuar y prever intervenciones exitosas a futuro. La inversión en las personas mayores no constituye un fondo perdido, y menos aún una simple donación unilateral. Los países ya han realizado un primer avance en este sentido, al incluir el cuidado en las leyes especiales de protección de las personas mayores. Los énfasis de esta garantía cambian según el país, pero en todos se reconoce que las personas de edad demandan servicios y beneficios para mejorar su calidad de vida. Parte de las respuestas para satisfacer esta demanda pueden derivar en beneficios tangibles para otros sectores de la población. Por ejemplo, como se verá en el próximo capítulo, es posible capacitar a la comunidad para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios, y se puede promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria. En ello radica la oportunidad a la que se hace alusión en este documento.

⁷ Es importante llamar la atención sobre otras situaciones emergentes en torno a esta temática. Por ejemplo, muchas mujeres que han hecho una carrera profesional se dedican, al momento de la jubilación, al cuidado de sus antecesoras y, en algunos casos, de sus nietos o nietas. De este modo, regresan al hogar para ocuparse de múltiples tareas de reproducción doméstica, hecho que no ocurre con los hombres, quienes luego de su jubilación finalizan su vida económicamente productiva, pero ello no implica su inmersión plena en el mundo doméstico.

Bibliografía

- Arriagada, Irma (coord.) (2007), *Familia y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros, Libros de la CEPAL*, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97.
- Casado, David y Guillén López (2001), “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro”, Colección *Estudios Sociales* N° 6, Barcelona, Fundación La Caixa.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* [LC/G.2294(SES.31/3)], Santiago de Chile.
- _____ (2000), *Panorama social de América Latina 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2009), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2987), Santiago de Chile.
- Esplen, E. (2009), *Gender and Care*, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton, Bridge Publications.
- Fantova, F. (2006), “Apostar a los servicios sociales”, Montevideo, Diario *El País*.
- Guzmán, José Miguel; Sandra Huenchuan y Verónica Montes de Oca (2003), “Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual”, Revista *Notas de Población*, N° 77, Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.171.
- Huenchuan, Sandra (2008), “Calidad de vida y envejecimiento. Resultados de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006”, Santiago de Chile, CELADE/CEPAL, en el marco del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud de Chile y la CEPAL.
- Huenchuan, Sandra y Alejandro Morlachetti (2007), “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, Revista *Notas de Población*, N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.105.
- Huenchuan, Sandra y José Miguel Guzmán (2007), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política”, Revista *Notas de Población*, N° 83 (LC/G.2340-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.82.
- IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2004), *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Iwakami Beltrão, K.; A. Camarano y J. Leitão e Mello (2004), “Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural”, documento presentado en el Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Caxambú, Brasil, septiembre.
- Jelin, Elizabeth (1994), “Las familias en América Latina. Familia Siglo XXI”, *Ediciones de las Mujeres*, N° 20, Santiago de Chile.
- Maldonado, Jesús y María José Hernán (1998), “Los retos de la solidaridad ante el cambio familiar”, *Cuadernos técnicos de servicios sociales*, Madrid, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Naciones Unidas (2006), *Living Arrangements of Older Person Around the World* (ST/ESA/SER.A/240), Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- _____ (2005), “Desarrollo social, incluidas cuestiones relativas a la situación social en el mundo y a los jóvenes, el envejecimiento, las personas con discapacidad y la familia” (A/60/501), Nueva York, Asamblea General.
- _____ (2002), *Mujeres de edad: cuando las que siempre ayudan necesitan ayuda*, División para el Adelanto de la Mujer del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 al 12 de abril.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico) (1973), *Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE*, París.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2004), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D. C.

- Robles, Leticia (2003), “Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras”, ponencia presentada el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- Saad, Paulo (2004), “Transferencias de apoyo intergeneracional no Brasil e na América Latina”, en A. A. Camarano (org.), *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?*, Río de Janeiro, Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA).
- _____ (2003), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”, *Revista Notas de Población*, N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.171.
- Sánchez, Carmen Delia (1996), *Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer*, San Juan (Puerto Rico), Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez.
- Sempere, Antonio y Faustino Cavas (2007), *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Pamplona (España), Editorial Aranzadi.
- Vidal, Daisy *et al.* (1988), “El significado del paciente con demencia para el cuidador en una comunidad urbana y rural”, *Revista de Servicio Social*, Vol. 1, N° 2 (diciembre 1998-junio 1999), Concepción (Chile).
- WHO (World Health Organization) (2002), *Current and future long-term care needs*, Ginebra.

III. Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina⁸

Claudia Arias

Introducción

Este capítulo presenta los resultados de una investigación destinada a conocer el funcionamiento del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, a cargo de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina, en el marco de la evaluación participativa de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL, 2004). A partir de este trabajo se pretende responder interrogantes relativas al impacto del programa en la vida de las personas atendidas, de sus familiares y de los propios cuidadores domiciliarios⁹, e indagar en los factores que facilitan u obstaculizan su adecuada implementación.

La puesta en práctica de este programa comenzó en 1996, y si bien en el año 2000 se interrumpió, desde su reimplementación en 2002 se ha ejecutado de manera continua hasta la actualidad, experimentando un aumento de su presupuesto muy significativo desde 2003, dado que desde entonces se lo ha considerado una política prioritaria. Bajo su alero se han formado más de 12.000 cuidadores domiciliarios, y durante 2008 se desarrolló en 350 unidades formadoras en todas las provincias del país.

El programa consta de dos etapas diferenciadas, denominadas “componentes”. El primero corresponde a la implementación de un curso, en el que se capacita a las personas como cuidadores domiciliarios, mientras que en el segundo se concreta la prestación a las personas más necesitadas y se continúa con la actualización de los cuidadores previamente formados. A partir de los cuidados domiciliarios, el programa pretende prolongar la permanencia en el hogar de las personas con necesidades de atención sostenida, demorando o evitando su institucionalización. En su conjunto,

⁸ Esta investigación fue realizada en el marco del Proyecto 06/07/B “Taking Stock-Development Account Project on Strengthening Social Inclusion, Gender Equality and Health Promotion in the MDGs”, bajo la coordinación de Sandra Huenchuan por el CELADE y de Mónica Roqué por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina. La versión que se publica fue elaborada por Claudia Arias, en base al informe preliminar de Lorena Moscovich. Se agradecen los comentarios y correcciones de Adriana Fassio y Adriana Morbelli, de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

⁹ Aunque en el universo considerado la mayor parte de los cuidadores domiciliarios son mujeres, en el texto se utilizará el genérico masculino “cuidador” para aludir a de ambos sexos, solo con el propósito de agilizar la lectura.

apunta de manera fundamental a: i) mejorar la calidad de vida de las personas de edad a través de la atención adecuada en el domicilio, insertas en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales; ii) capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios, y iii) promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria.

Los acuerdos internacionales en materia de envejecimiento poblacional proponen al cuidado domiciliario como una de las herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores frágiles, y sugieren su generalización como un servicio de los Estados. Se entiende por cuidado a “*la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria*” (Huenchuan, 2008, pág. 8).

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios constituye una política social, que se orienta tanto a mejorar la calidad de vida de las personas mayores como a posibilitar a las personas desocupadas el logro de una inserción en el mercado formal de trabajo. En ambos casos, se favorece la inclusión social y la participación en la comunidad desde un paradigma de derechos y de ciudadanía plena, en pos de “*una sociedad para todas las edades*” (Naciones Unidas, 2002). En lo referido específicamente a las personas de edad, forma parte de un sistema progresivo de atención que acompaña al proceso de envejecimiento. El programa apunta a la capacitación de recursos humanos en esta temática, tal como recomendó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982), y se fundamenta en los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad enunciados por las Naciones Unidas a favor de las personas mayores (Naciones Unidas, 1998 y 1999). Además, de acuerdo con las recomendaciones propuestas en la Estrategia Regional, apunta al envejecimiento activo, al protagonismo de las personas de edad y al respeto de su heterogeneidad, posibilitando su desarrollo, mejorando su salud y bienestar y colaborando en la generación de entornos propicios y favorables.

La Argentina posee uno de los indicadores de envejecimiento poblacional más altos de América Latina. Su porcentaje de personas mayores de 60 años se ha incrementado cerca de un 5% en el último medio siglo, y los mayores de 80 años conforman el grupo de la población que crece más rápidamente, e incluso se está produciendo un aumento progresivo de las personas que superan los cien años (INDEC, 1998, 2003 y 2004). Además, una de cada cuatro personas de 80 años y más vive sola. Por otro lado, y si bien la situación socioeconómica de la población de personas mayores es heterogénea, el 17,3% vive por debajo de la línea de la pobreza y el 4,9% es indigente, es decir, no accede a la canasta alimentaria básica (INDEC, 2006). El país cuenta con un sistema de salud público y universal, lo que significa que todo ciudadano tiene derecho a su acceso. Pero si bien las prestaciones sociales están extendidas, su llegada a los que más lo necesitan es irregular y en algunos casos deficitaria. Ante este panorama, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios se orienta a cubrir la creciente demanda de cuidados en las personas de edad, fundamentalmente en el caso de las más vulnerables, en un contexto en que, por diversas razones —entre las que se incluyen los cambios operados en el mercado laboral y en la estructura de las familias—, la disponibilidad de cuidadores informales disminuye.

La investigación que se expone en este artículo fue planteada desde una metodología cualitativa, orientada a: i) lograr información en profundidad acerca del funcionamiento del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios; ii) conocer las diversas perspectivas existentes, dando voz a sus participantes, y iii) rescatar la visión de los diferentes actores para el análisis de las debilidades y fortalezas en la implementación del programa.

Este estudio constituye un desafío, ya que implica atravesar una compleja trama de actores y servicios. A partir de un mismo conjunto de acciones, y con los mismos recursos, se atiende a dos poblaciones con necesidades muy distintas: las personas desocupadas, que se capacitan como cuidadores, y aquellas a quienes los cuidadores formados brindan sus servicios. Por otra parte, durante las dos etapas de su implementación involucra a diversos actores, que desempeñan roles diferenciados. Finalmente, el programa posee un esquema de funcionamiento descentralizado y cogestionado con áreas de la tercera edad dependientes de los gobiernos provinciales y municipales, así como con

universidades nacionales, organizaciones no gubernamentales y cooperativas, resultando en una pluralidad de experiencias en las que es posible efectuar ciertas adaptaciones locales. Por estos motivos, se consideró que una evaluación que permitiera comprender su funcionamiento debería abordar las diferentes etapas del programa, los diversos actores involucrados, así como las variadas experiencias que se generan a partir de su implementación.

La investigación se realizó a nivel nacional, y las experiencias fueron seleccionadas para su estudio como casos testigo de la pluralidad de realidades que conforman el programa. Se analizó su implementación en los municipios de Florencio Varela y Lomas de Zamora (pertenecientes al Gran Buenos Aires), en Palpalá y Abra Pampa (provincia de Jujuy) y en Villa Allende, Río Ceballos y Tulumba (provincia de Córdoba). Si bien la población objetivo de la evaluación participativa estuvo constituida por las personas mayores, también se incluyó en el universo de análisis a los cuidadores domiciliarios y a los responsables del programa a nivel local.

Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron: i) la entrevista en profundidad con destinatarios de la prestación y coordinadores (de caso, generales y gerenciables), y ii) los grupos focales con cuidadores domiciliarios. La utilización de este tipo de instrumentos tuvo como objetivo conocer las diversas perspectivas y los significados otorgados por los diferentes actores a los temas que se indagaban: acceso al servicio, selección de los postulantes, formación de los cuidadores, rol de la coordinación, finalización del curso, entre otros.

El capítulo consta de seis apartados. En el primero se desarrolla una serie de aspectos que permitirán comprender el origen, fundamento, características y funcionamiento del programa. Se describen la naturaleza y la dinámica del problema al que responde, se hace su presentación fáctica y se realiza un breve recorrido histórico desde sus inicios hasta la actualidad. En el segundo apartado se describen los aspectos metodológicos de la investigación, y se fundamenta el enfoque cualitativo con el que se trabajó. Los apartados 3, 4 y 5 presentan los resultados del estudio. Su exposición se organiza siguiendo la secuencia temporal de implementación del programa: en primer lugar se analiza la información relevada acerca del primer componente, y en segundo término se exponen los hallazgos correspondientes a la ejecución del segundo componente. En ambos casos se analizan detalladamente aspectos referidos a la toma de decisiones, los resultados alcanzados, así como los puntos fuertes y los nudos problemáticos. En el quinto apartado se exponen las fortalezas del programa y las debilidades detectadas en su implementación en las unidades efectoras evaluadas. El último apartado presenta las conclusiones y recomendaciones, elaboradas a partir del análisis e interpretación de diferentes situaciones y necesidades planteadas por los distintos actores intervinientes en la evaluación participativa.

A partir de la investigación desarrollada, es posible concluir que, por diferentes motivos, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios tiene una gran relevancia. De acuerdo con las recomendaciones internacionales en materia de envejecimiento, responde a una demanda creciente de cuidados, ofreciendo apoyo social de un modo sistemático, propiciando la creación de entornos favorables, mejorando la calidad de vida y el desarrollo de las personas de edad. Como política social, favorece la inclusión social y la participación en la comunidad, tanto de las personas que necesitan cuidados —evitando ingresos innecesarios a residencias de larga estadía y favoreciendo la preservación de los roles familiares y sociales— como de los que están desocupados —logrando una inserción en el mercado formal, el acceso al monotributo social¹⁰, a una cobertura médica y a aportes jubilatorios— desde un paradigma de derechos y ciudadanía plena.

¹⁰ En la Argentina, el monotributo es un régimen que simplifica el pago de impuestos para los pequeños contribuyentes. Consiste en un tributo de cuota fija mensual —de acuerdo con categorías determinadas— que concentra dos componentes: uno impositivo y otro previsional, correspondiendo este último a los aportes para la jubilación y la obra social. Por su parte, el monotributo social es una categoría tributaria especial, orientada a las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social. Por esta razón, requiere un mínimo aporte de parte del monotributista, y el resto es subsidiado por el Ministerio de Desarrollo Social. Quienes acceden a él, al igual que los monotributistas generales, pueden facturar, disponer de una obra social y efectuar aportes para el régimen jubilatorio.

1. Caracterización del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

En este apartado se desarrollan ciertos aspectos que permitirán comprender el origen, fundamento, características y funcionamiento del programa. En primer lugar, se describen la naturaleza y la dinámica del problema al que responde, así como las posibles consecuencias que implicaría no implementarlo. Además, se exponen de manera detallada las características de su primer y segundo componente. Finalmente, se realiza un breve recorrido histórico, desde sus inicios hasta la actualidad, mencionando las modificaciones experimentadas y los logros alcanzados desde su comienzo, así como la evolución verificada en lo que respecta a la población objetivo.

1.1 Naturaleza y dinámica del problema

El envejecimiento poblacional configura nuevos escenarios, que implican cambios y readecuaciones en los apoyos formales e informales a las personas de edad. Por eso, se requiere un profundo análisis del impacto que producirá en el corto, mediano y largo plazo, y la formulación de políticas que se anticipen a los problemas y respondan a las nuevas demandas.

En este sentido, el diseño y la puesta en marcha del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios como política social constituyen una respuesta frente a la necesidad creciente de cuidados de un elevado número de personas mayores. Para lograr un acercamiento a la comprensión de la naturaleza y dinámica del problema al que se dirige este programa, se analizan algunos aspectos sociodemográficos de la población de personas de edad en la Argentina, que permiten valorar las necesidades emergentes en el escenario actual, las que se incrementarán y diversificarán aún más en un futuro próximo.

El progresivo y continuo incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad han impactado notablemente en la estructura de la población argentina. Actualmente es un país con envejecimiento moderadamente avanzado y presenta, junto al Uruguay y Cuba, los porcentajes más elevados de personas de edad de América Latina (CEPAL/CELADE, 2007).

Según los datos correspondientes a los censos nacionales, las personas de 60 años y más conformaban el 8,8% de la población total del país en 1960, el 10,7% en 1970, el 11,9% en 1980 y el 12,9% en 1991. El último relevamiento censal, realizado en 2001, mostró que esta proporción continuó incrementándose, alcanzando el 13,4%. Este porcentaje representaba casi 5 millones de personas, de las cuales el 57,7% eran mujeres y el 42,2% eran hombres. Según las proyecciones de población, la cifra se había elevado al 13,8% para 2005 (INDEC, 2005). Los datos más actuales evidencian que la población de 60 años y más ha llegado a representar el 14,1% del total, ubicándose el país en el puesto 55 a nivel mundial de acuerdo a su grado de envejecimiento poblacional (United Nations, 2007). Ahora bien, mientras que la proporción de personas que superan los 60 años sigue aumentando, la correspondiente a la población económicamente activa ha disminuido (INDEC, 1998, 2003 y 2004). Las estimaciones de la evolución de la población argentina muestran que la proporción de personas mayores continuará incrementándose, llegando al 16,9% en 2025 y al 24,7% en 2050 (CELADE, 2004).

Estos cambios en la conformación de la población traen aparejada una serie de fenómenos interrelacionados, ya sea porque surgen como efectos de causas comunes o porque se generan entre sí. Entre ellos, cabe mencionar: i) el peso creciente del grupo de los viejos-viejos, ii) el aumento de los hogares unipersonales de personas de edad, iii) la menor disponibilidad de redes de apoyo, y iv) el aumento de la dependencia y la mayor necesidad de cuidados.

1.1.1 El peso creciente del grupo de los viejos-viejos

Dentro de la población de personas mayores en la Argentina, el grupo conformado por los viejos-viejos —es decir, de 75 años o más— es el que crece más rápidamente. Según el último censo, este grupo constituía el 30% de las personas de edad del país. Incluso se está produciendo un aumento

progresivo de las personas que superan los cien años (INDEC, 2004). Mientras la tasa de crecimiento de la población total del país se reducirá del 14,1 por mil en el período 1975-2000 al 9,6 por mil en el lapso 2000-2025, la correspondiente a la población de 60 años y más se mantendrá en torno al 20 por mil en ambos períodos (CELADE, 2003). La vejez ha pasado a ser una etapa de la vida con una duración promedio de 20 años en el país (Roqué y Fassio, 2007).

Estos cambios demográficos impactan en el índice de dependencia potencial de soporte funcional, que surge de la relación entre la cantidad de personas mayores de 80 años y la correspondiente a los adultos de edad media. Según los datos del censo de 2001, la Argentina tenía 16 personas mayores de 80 años por cada 100 de 50 a 64 años (Roqué y Fassio, 2007). En el cuadro 1 pueden observarse datos sobre el porcentaje de personas de edad en condición de dependencia potencial, desagregados por provincias y sexo. El valor más bajo lo registraba en 2001 Tierra del Fuego, con un 4,1% —seguramente influenciado por su carácter de zona extrema—, y el más alto la Ciudad de Buenos Aires, con casi 38 personas mayores de 80 años por cada 100 de 50 a 64 años. El índice era sistemáticamente mayor en el caso de las mujeres, como consecuencia de la sobrevivencia femenina.

CUADRO 1
ARGENTINA: INDICADORES DE NECESIDAD POTENCIAL DE SOPORTE
FUNCIONAL PARA LAS PERSONAS DE EDAD, POR PROVINCIA, 2001

| Provincia | Índice de dependencia potencial de padres ^a | | | Tasa de actividad económica de las mujeres de 45 a 64 años ^b | Porcentaje de población de 75 años y más viviendo en hogares integrados solo por personas mayores ^c |
|---|--|---------|---------|---|--|
| | Total | Varones | Mujeres | | |
| Ciudad de Buenos Aires | 27,8 | 18,1 | 35,1 | 61,4 | 65,7 |
| Buenos Aires | 15,9 | 10,8 | 20,5 | 51,0 | 54,3 |
| Catamarca | 14,6 | 11,4 | 17,8 | 42,4 | 29,1 |
| Córdoba | 15,9 | 10,7 | 20,5 | 50,5 | 52,1 |
| Corrientes | 13,5 | 10,2 | 10,6 | 39,5 | 32,9 |
| Chaco | 11,2 | 8,7 | 13,7 | 38,8 | 36,7 |
| Chubut | 10,6 | 7,5 | 13,8 | 50,5 | 47,9 |
| Entre Ríos | 16,3 | 10,8 | 21,6 | 42,3 | 49,1 |
| Formosa | 10,8 | 9,4 | 12,2 | 38,2 | 33,4 |
| Jujuy | 10,0 | 7,8 | 12,0 | 47,7 | 30,4 |
| La Pampa | 16,0 | 11,3 | 20,8 | 52,3 | 60,9 |
| La Rioja | 12,8 | 10,0 | 15,7 | 45,1 | 29,2 |
| Mendoza | 14,2 | 10,7 | 17,3 | 46,4 | 45,7 |
| Misiones | 10,4 | 8,3 | 12,5 | 40,5 | 39,9 |
| Neuquén | 9,4 | 6,6 | 12,1 | 51,7 | 39,4 |
| Río Negro | 11,4 | 8,4 | 14,4 | 51,4 | 48,0 |
| Salta | 11,3 | 9,1 | 13,4 | 47,5 | 28,5 |
| San Juan | 11,3 | 8,7 | 13,6 | 39,4 | 36,6 |
| San Luis | 12,8 | 9,1 | 16,4 | 51,2 | 43,4 |
| Santa Cruz | 7,4 | 5,4 | 9,7 | 50,7 | 43,2 |
| Santa Fe | 18,8 | 12,4 | 24,6 | 48,8 | 57,7 |
| Santiago del Estero | 14,6 | 11,4 | 17,8 | 37,5 | 27,7 |
| Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur | 4,1 | 3,0 | 5,3 | 54,7 | 29,0 |
| Tucumán | 12,5 | 9,5 | 15,4 | 41,7 | 34,3 |
| Total país | 16,2 | 11,1 | 20,9 | 49,6 | 52,2 |

Fuente: M. Roqué y A. Fassio, *Gerontología Comunitaria e Institucional*, Mar del Plata, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2007.

Notas:

^a Población de 80 años y más sobre población de 50 a 64 años, por cien.

^b Mujeres de 45 a 64 años activas sobre el total de mujeres de ese segmento etario, por cien.

^c Población de 75 años y más en hogares con todos sus integrantes de 65 años o más, sobre el total de la población de 75 años y más, por cien.

Para analizar este tipo de dependencia, también puede considerarse la cantidad de personas de 75 años y más que viven en hogares conformados exclusivamente por personas mayores. El mismo cuadro muestra que el 52,2% de las personas de este grupo etario vivía en ese tipo de hogar para la fecha censal. Otro dato interesante que aporta este cuadro es la tasa de actividad económica de las mujeres de 45 a 64 años, que por su edad y condición de género son quienes más probabilidades tienen de asumir las tareas de cuidado de las personas de edad. Que este indicador sea alto significa que hay un menor número de mujeres en condiciones de transformarse en cuidadoras informales, a causa de su inserción en el mercado de trabajo. A nivel nacional, esta tasa alcanzaba casi las 50 mujeres ocupadas por cada cien de ese segmento etario, con un mínimo de 37,5 en Santiago del Estero y un máximo de 61,4 en la Ciudad de Buenos Aires. Este dato abona el panorama de aumento de la demanda de cuidados en la vejez que se está describiendo.

1.1.2 Aumento de los hogares unipersonales

A partir de los datos proporcionados por el censo de 2001 puede constatarse que un elevado porcentaje de personas mayores vive en hogares unipersonales. De hecho, en 2000 la Argentina presentaba el porcentaje más elevado de este tipo de hogares entre los países de la región (Huenchuan, 2008). Al efectuar un análisis comparativo, tanto por grupos de edades como por género, se advierten diferencias importantes (véase el cuadro 2). Con respecto a la primera variable, el porcentaje de personas mayores que vive en hogares unipersonales se incrementa con el aumento de la edad: mientras que entre las de 60 a 79 años alcanzan el 16%, entre las de 80 años y más se empinan al 24,9%. En lo referido al género, los porcentajes más elevados de personas de edad que viven en hogares unipersonales corresponden a las mujeres, constituyendo el 19,7% de las que tienen entre 60 y 79 años, y aumentando al 29,3% en el grupo que alcanza o supera los 80 años.

El predominio en términos absolutos de mujeres de edad que viven en hogares unipersonales se debe, en parte, a la notoria sobrevida femenina, que se observa tanto a nivel local como nacional y mundial. Esta brecha cuantitativa existente entre las mujeres y los varones se acentúa con la edad (véase el cuadro 3). Si se considera el hecho que, por motivos culturales, las mujeres formaban pareja con hombres de 5 a 10 años mayores que ellas, se incrementa aún más la probabilidad que pierdan a su pareja y otros vínculos significativos que conforman su red personal de apoyo social (Fassio y Golpe, 1999). Por otra parte, al efectuar un análisis desde la perspectiva de género es importante considerar que a partir de los 75 años la prevalencia de la discapacidad es más elevada en las mujeres que en los hombres (INDEC-CONADIS, 2005). Entonces, los datos expuestos muestran que, durante la vejez, serán las mujeres, y fundamentalmente las de edad más avanzada, las que numéricamente tendrán mayor necesidad de cuidados.

CUADRO 2
ARGENTINA: PERSONAS DE EDAD VIVIENDO EN HOGARES PARTICULARES,
POR TIPO DE HOGAR, SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y SEXO, 2001
(En cifras absolutas y relativas)

| Grupo de edad | Sexo | Tipo de hogar | | | | | |
|---------------|---------|---------------|------------|---------------|------------|-----------|------------|
| | | Unipersonal | | Multipersonal | | Total | |
| | | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| 60 a 79 años | Varones | 200 810 | 11,3 | 1 577 986 | 88,7 | 1 778 796 | 100,0 |
| | Mujeres | 447 247 | 19,7 | 1 823 906 | 80,3 | 2 271 153 | 100,0 |
| | Total | 648 057 | 16,0 | 3 401 892 | 84,0 | 4 049 949 | 100,0 |
| 80 años y más | Varones | 37 568 | 16,0 | 196 526 | 84,0 | 234 094 | 100,0 |
| | Mujeres | 136 972 | 29,3 | 331 169 | 70,7 | 468 141 | 100,0 |
| | Total | 174 540 | 24,9 | 527 695 | 75,1 | 702 235 | 100,0 |
| Total | | 822 597 | 17,3 | 3 929 587 | 82,7 | 4 752 184 | 100,0 |

Fuente: elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Las personas que poseen una edad avanzada y que viven solas constituyen un grupo especialmente vulnerable dentro del conjunto de la población mayor. Se encuentran más desprotegidas para hacer frente a enfermedades y accidentes, y deben afrontar las situaciones de crisis de salud y las urgencias domésticas en soledad. Los casos más riesgosos los constituyen las personas que viven en condiciones de pobreza, en profundos estados de deprivación emocional y aislamiento social, sin ningún tipo de apoyo y con escasa participación social (Gracia Fuster, 1997). Muchos de estos casos culminan con la muerte solitaria de la persona mayor en su propio hogar (Campion, 1996).

CUADRO 3
ARGENTINA: PERSONAS MAYORES, SEGÚN SEXO Y GRUPOS
QUINQUENALES DE EDADES, 2001
(En cifras absolutas y relativas)

| Grupo de edad | Sexo | | | | | |
|---------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Varones | | Mujeres | | Total | |
| | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| 60 a 64 años | 597 259 | 46,5 | 687 078 | 53,5 | 1 284 337 | 100,0 |
| 65 a 69 años | 499 544 | 45,0 | 610 244 | 55,0 | 1 109 788 | 100,0 |
| 70 a 74 años | 422 426 | 42,4 | 574 099 | 57,6 | 996 525 | 100,0 |
| 75 a 79 años | 289 055 | 39,7 | 438 840 | 60,3 | 727 895 | 100,0 |
| 80 a 84 años | 152 255 | 35,2 | 280 653 | 64,8 | 432 908 | 100,0 |
| 85 años y más | 93 612 | 29,2 | 226 892 | 70,8 | 320 504 | 100,0 |
| Total | 2 054 151 | 42,2 | 2 817 806 | 57,8 | 4 871 957 | 100,0 |

Fuente: elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

1.1.3 Menor disponibilidad de redes de apoyo

Durante la vejez, la disponibilidad y suficiencia de las redes de apoyo social suelen disminuir. Si bien la familia ha sido y continúa siendo la principal fuente de ayuda, tanto brindando tiempo al ofrecer cuidados personales como transfiriendo dinero que solvente este servicio en el mercado, en la actualidad, y por diversos motivos, estos sistemas tradicionales de cuidado se encuentran en crisis (Huenchuan, 2008).

Por una parte, las redes de apoyo social pueden sufrir interrupciones durante esta etapa de la vida, llegando a mostrar importantes carencias y no cumpliendo adecuadamente sus funciones (Sluzki, 1996; Gracia Fuster, 1997; Arias, 2004). En la medida en que aumenta la edad, la red va disminuyendo su tamaño y funcionalidad. Los viejos-viejos generalmente tienen escasos apoyos de familiares y amigos. Es probable que hayan perdido gran parte o la totalidad de los miembros de sus redes, y que incluso hayan sobrevivido a sus propios hijos. Por otra parte, la mujer ha sido históricamente la principal responsable de realizar las tareas de cuidado. Sin embargo, desde su ingreso en el mercado laboral, han disminuido notablemente las posibilidades que continúe con esa labor. Sobre todo las mujeres que pertenecen a la generación intermedia suelen estar sobrecargadas por la atención que le demandan sus hijos, que aún se encuentran a su cargo, sus padres, que necesitan de su ayuda, y además el cumplimiento de sus obligaciones laborales. A estas circunstancias se debe sumar el hecho que la inserción de la mujer en el mercado de trabajo no ha sido acompañada por una mayor participación de los hombres en las tareas de cuidado (Huenchuan, 2008).

De este modo, pueden encontrarse tanto personas que pertenecen al grupo de los viejos-viejos y que han perdido a todos sus familiares, incluso a sus hijos, como personas mayores que, aunque posean familiares, no pueden recibir de ellos la ayuda que requieren, ya sea porque no disponen del tiempo necesario o porque también son personas de edad, e incluso ellos mismos necesitan cuidados.

1.1.4 Aumento de la dependencia y mayor necesidad de cuidados

Con el marcado incremento del grupo de los viejos-viejos, no solo es esperable que aumenten las personas cuyas redes de apoyo social sean insuficientes y disfuncionales, sino también los casos de dependencia y la necesidad de cuidados especiales. El aumento de la edad se relaciona de manera directa con la incidencia de determinadas patologías que generan dependencia, y por lo tanto las personas requieren ayudas —puntuales, frecuentes o permanentes— para el desarrollo de las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (Yanguas Lezaun *et al.*, 2001).

La esperanza de vida saludable disminuye con la edad. De acuerdo con los datos aportados por la Encuesta Nacional Complementaria de Personas con Discapacidad (INDEC-CONADIS, 2005), en la Argentina el 28,3% de las personas de 65 años y más presentaba alguna forma de discapacidad en 2005, cifra que aumentaba al 37,8% en el grupo de 75 años y más y al 67% entre las que tenían 90 años o más. Si se efectúa un análisis del número de discapacidades según el grupo de edad al que pertenecen las personas mayores, puede observarse que las de 75 años y más representaban el 53% de quienes tenían una discapacidad, el 60% de las que poseían dos discapacidades y el 74% de las que presentaban tres discapacidades. Considerando el tipo de discapacidad, aparecían entre los primeros lugares de las que afectaban a las personas de edad la motora (46%), la visual (23%) y la auditiva (22%).

La encuesta nacional sobre discapacidad también provee información sobre la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. Del grupo de los viejos-viejos, el 9% necesitaba ayuda para alimentarse, el 15% para realizar actividades domésticas, el 40% para hacer las compras, el 20% para salir del hogar y el 18% para viajar en transporte público. Es importante destacar que amplios porcentajes no podían realizar algunas de estas actividades ni siquiera con ayuda. Al respecto, el 31% manifestó no poder ocuparse de las tareas domésticas, el 47% no poder hacer las compras, el 20% no poder salir y el 50% no poder viajar en transporte público. Por otra parte, se estima que entre el 8,4% y el 19,7% de la población de 60 años y más puede padecer problemas cognitivos o demencia (Touceda y Rubin, 2007).

Los aspectos que describen sintéticamente estas cifras permiten comprender la importancia de considerar la necesidad de cuidados como un riesgo social, y de generar políticas públicas que puedan dar una adecuada respuesta. Sin embargo, resta aún incluir en el análisis otros aspectos relativos a la salud y datos acerca de la pobreza en la población de personas mayores de la Argentina.

Para medir la pobreza se utilizan diversos criterios metodológicos en el país: el directo, que determina la satisfacción de necesidades consideradas básicas, y el indirecto, que delimita la línea de la pobreza. De acuerdo con este último criterio, en 2006 un 17,3% de la población de personas mayores era considerada pobre por ingreso. Si se traduce este porcentaje en términos absolutos, se está aludiendo a un total de 910.540 personas de edad que se encontraban por debajo de la línea de la pobreza. Por su parte, el 4,9% de las personas mayores (256.339) era indigente, ya que no podía acceder a la canasta alimentaria básica. Siguiendo el método directo, los datos del censo de 2001 mostraban que el 11,8% de la población de 60 años y más era pobre por presentar necesidades básicas insatisfechas. En ese mismo año se efectuó una medición de las condiciones materiales de los hogares, según la cual el 28,7% de la población mayor sufría alguna forma de privación: el 13,6% solo de recursos corrientes, el 8,2% solo patrimonial, y el 6,8% privación convergente de recursos corrientes y patrimoniales (Roqué y Fassio, 2007).

Es preciso destacar, sin embargo, que en los años posteriores al último censo la incidencia de la pobreza en la población de personas mayores disminuyó por diversos motivos. Por una parte, se universalizaron las pensiones no contributivas para las personas de 70 años y más, y por otra, se creó la prestación anticipada para quienes, teniendo la edad jubilatoria, no alcanzaran a cumplir con los aportes previsionales correspondientes. En esta última prestación, las personas que nunca han hecho estos aportes, entre ellas las amas de casa, pueden adherirse a moratorias que les permiten acceder inmediatamente a la jubilación y a la cobertura médica.

En lo que respecta a la disponibilidad de servicios de salud, la Argentina posee un sistema que es público y universal, es decir, al que todos los ciudadanos tienen derecho a acceder. Además, un elevado porcentaje de las personas mayores posee cobertura en salud a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI), del Programa Federal de Salud (PROFE) y de las obras sociales provinciales¹¹. En 2001, el 77% de las personas de edad tenía algún tipo de obra social, plan de salud privado o mutual. En la actualidad, a partir de diversos planes de inclusión previsional implementados por la ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social), la cobertura llega al 90%. Sin embargo, hay dos aspectos a destacar: por una parte, los profesionales de la salud que poseían formación específica en geriatría o en gerontología eran sumamente escasos, y por otra, los cuidados domiciliarios no estaban incluidos como una prestación, ni tampoco había personas capacitadas formalmente para desempeñar esa tarea. Actualmente se ha avanzado notablemente en ambas cuestiones. Los subsidios que el INSSJyP (PAMI) otorga a sus afiliados para la contratación de un cuidador domiciliario y la formación de un número elevado de cuidadores constituyen avances que se han ido logrando paralelamente a la implementación del programa, pero que estaban ausentes a su inicio.

A modo de síntesis, los datos analizados muestran la transformación demográfica que se está produciendo en el país, y permiten advertir que la necesidad de cuidados y de atención a las personas mayores dependientes irá incrementándose. El envejecimiento poblacional conlleva un sinnúmero de cambios, que requieren una reformulación y potenciamiento de los servicios sociales y sanitarios, de modo que resulten adecuados, suficientes y de calidad para la población mayor. En la actualidad hay personas de edad que sobreviven a sus hijos, una marcada sobrevida femenina, patologías que incrementan su aparición o gravedad con la edad, aumento de la dependencia y las discapacidades, así como una mayor necesidad de cuidados especiales y sostenidos en poblaciones con bajos ingresos, y que incluso viven en condiciones de pobreza. La aparición de nuevas necesidades y problemáticas constituye un desafío ante el cual es necesario diseñar estrategias de acción integrales. No cabe duda que el envejecimiento poblacional configura nuevos escenarios, que implicarán cambios y readecuaciones tanto en los apoyos informales como en los formales. Estos deberán diversificarse para satisfacer nuevas demandas, y adaptarse a las especificidades de cada situación particular.

1.2 Posibles consecuencias del problema

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios constituye una respuesta ante una demanda que se incrementará a lo largo del tiempo y a medida que se produzca una maduración social y demográfica del fenómeno del envejecimiento (Huenchuan, 2008). En caso de no considerarse la necesidad de cuidados como un riesgo social, y de no implementarse una política como esta, aparecerían situaciones de importante gravedad, tanto a nivel individual como familiar, institucional y social.

En el nivel individual, los cuidados domiciliarios propician la permanencia de la persona de edad en su hogar, así como su mayor autonomía posible, su participación social y el mejoramiento de su calidad de vida. En caso de que la persona que necesita de cuidados no dispusiera de familiares que pudieran ayudarla, ni de recursos económicos para contratar a un cuidador privado, ello impactaría evidentemente en la pérdida de autonomía y la imposibilidad de desarrollar las actividades cotidianas, produciendo un fuerte deterioro de su calidad de vida e incluso la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas como alimentarse, higienizarse, vestirse, trasladarse, entre otras. Estas circunstancias implicarían que las personas que necesitaran de los cuidados y no los recibieran vivirían situaciones de abandono y exclusión social, pudiendo aparecer cuadros depresivos, el Síndrome de Diógenes (De la Gándara y

¹¹ En la Argentina las obras sociales se rigen por la Ley 23.660, que las define como agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Proveen servicios de salud, infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares directos, así como a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del INSSJyP (PAMI). Entre sus aspectos fundamentales, puede destacarse que: a) reciben los aportes provenientes tanto de los empleadores como de los empleados, b) no poseen fines de lucro, c) la adhesión a ellas es obligatoria, y d) están organizadas por rama de actividad, conformando un conjunto muy heterogéneo (Roitter y González Bombal, 2000).

Álvarez, 1992), suicidios e incluso muertes solitarias por accidentes en el propio hogar. Algunos casos culminarían en innecesarias internaciones en residencias de larga estadía o en otro tipo de hogares colectivos, como los hospitales públicos.

Si las personas mayores dispusieran de algún familiar que pudiera brindarle ciertos cuidados parciales y limitados, el impacto negativo se produciría tanto en la calidad de vida de la persona de edad —por recibir cuidados insuficientes— como en la de los cuidadores informales, que no poseen capacitación específica para desarrollar la tarea, sienten culpa por no poder atenderlas adecuadamente y no cuentan con apoyo externo ni supervisión. En estos casos, la sobrecarga por la tarea puede generar síndromes de *burnout*¹² y deteriorar gravemente la salud del propio cuidador.

En el nivel institucional, se produciría una superpoblación de las residencias de larga estadía públicas y una excesiva demanda de internaciones que sería imposible cubrir. Además, se incrementaría la permanencia crónica e innecesaria en hospitales públicos que, en algunos casos, pasarían a convertirse en lugares de residencia para estas personas mayores frente a su imposibilidad de vivir solas luego de recibir el alta médica. En el nivel social, en tanto, se haría evidente el incremento de una grave problemática, caracterizada por una enorme y creciente demanda de cuidados desatendida, la exclusión social de las personas mayores, el abandono y la falta de respeto a sus derechos por parte del Estado y de la sociedad en general.

Ello demuestra, una vez más, la importancia de los cuidados domiciliarios y su llegada a quienes más los necesitan, y el hecho que constituyen una respuesta adecuada para prevenir problemáticas y para propiciar una vejez saludable y activa. La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento ha destacado la responsabilidad gubernamental de prestar servicios sociales básicos acordes a las necesidades específicas de las personas de edad, y propuso el trabajo con “*las autoridades locales, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntarios y las organizaciones de voluntarios, las propias personas de edad y las asociaciones de personas de edad y las que se dedican a ellas, así como con las familias y las comunidades*” (Naciones Unidas, 2002).

1.3 Presentación fáctica del programa¹³

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios comprende dos etapas diferenciadas, denominadas “componentes”, que se implementan de manera sucesiva. El *Primer Componente*, como se detallará más adelante, apunta a la formación de cuidadores, mientras que el *Segundo Componente* involucra tanto el sistema de prestación para brindar cuidados domiciliarios como la actualización de conocimientos de los cuidadores previamente formados. Ambas instancias se ejecutan de manera descentralizada, a través del establecimiento de convenios con las provincias, los municipios, las universidades, las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas de trabajo.

1.3.1 Objetivos del programa y marco de intervención de la política

El programa constituye una política social, que en conjunto con otros programas nacionales, también dependientes de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores y de otras áreas del Ministerio de Desarrollo Social (como las Pensiones No Contributivas), se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Opera sobre aspectos de las tres áreas prioritarias que fueron propuestas en las recomendaciones de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina

¹² El *burnout* es una respuesta prolongada frente a estresores de tipo interpersonal y emocional que se presentan en el trabajo (Maslach *et al.*, 2001). Se caracteriza por la presencia de agotamiento, despersonalización e imposibilidad de realización personal. Se presenta fundamentalmente en los profesionales que atienden de manera prolongada a personas con elevados niveles de necesidad y dependencia, y afecta tanto a la salud de los profesionales como a la calidad de la atención que reciben los pacientes.

¹³ Esta presentación se realiza siguiendo los lineamientos planteados en el *Cuadernillo 11 del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*, elaborado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2008.

y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento: i) desarrollo de las personas mayores, ii) salud y bienestar, y iii) entornos propicios y favorables (CEPAL, 2004).

En lo referido al desarrollo de las personas de edad, el programa se orienta a la protección de los derechos humanos de las personas mayores y a la creación de condiciones para la participación en la vejez, al evitar institucionalizaciones innecesarias y propiciar el mantenimiento de los roles familiares y sociales. En el área de la salud y el bienestar, se orienta fundamentalmente a fortalecer la funcionalidad de las personas de edad, propiciando la mayor autonomía posible en el desarrollo de las actividades de la vida diaria mediante un abordaje integral y personalizado. Se apunta tanto a normar los servicios de largo plazo como a la formación de recursos humanos. Finalmente, en el ámbito de los entornos propicios y favorables, el programa busca primordialmente consolidar redes de apoyo para el cuidado de la vejez y promover el envejecimiento en la casa.

Los objetivos generales del programa están dirigidos a:

- i) Mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de la atención adecuada en el domicilio.
- ii) Capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios.
- iii) Promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria.

1.3.2 Primer componente

Tiene como propósito capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en el domicilio. Se apunta fundamentalmente a: i) jerarquizar la atención de la población mayor, de las personas con discapacidades y con patologías crónicas invalidantes o terminales; ii) lograr que los cuidadores sean agentes difusores de salud, y iii) legitimar y/o crear una fuente de trabajo. Los objetivos específicos se orientan a que los cuidadores: i) incorporen conocimientos teóricos generales sobre la situación biopsicosocial de las personas atendidas, en su interacción con el medio; ii) fortalezcan la autovaloración y el autocuidado; iii) desarrollen habilidades a través de las tareas diarias como cuidador domiciliario —toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan—, y iv) adquieran capacidad para la organización de sistemas de empleo.

Recursos humanos: equipo de coordinadores y docentes

Para ejecutar este primer componente del programa, se requieren: un coordinador general, que realiza todas las gestiones tendientes a la organización e implementación del curso de formación de cuidadores domiciliarios; dos coordinadores grupales, quienes desarrollan actividades con los alumnos para la reflexión, análisis y discusión de los contenidos teórico-prácticos trabajados en el curso y de las problemáticas que surjan de él; un coordinador pedagógico, que realiza las gestiones institucionales y coordina las tareas con el equipo docente para el dictado de clases prácticas, y las evaluaciones. El equipo está compuesto además por un asesor psicológico, que administra e interpreta la entrevista técnica de evaluación psicológica a los postulantes al curso, y finalmente el equipo docente, integrado por médicos geriatras y fisiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, nutricionistas, odontólogos, fonoaudiólogos, podólogos, kinesiólogos, fisioterapeutas, profesores de educación física, abogados y cuidadores que tengan experiencia en la temática a desarrollar y en la formación de adultos (véase el cuadro 4, que sintetiza las funciones de los diversos actores que componen el programa).

El perfil del alumno

El Curso de Formación en Cuidados Domiciliarios está dirigido a personas que no posean empleo estable, o que dispongan de algún plan social (Plan Derecho de Inclusión Social Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, Programa Familias por la Inclusión Social, Seguro de Empleo y Formación),

y que preferentemente tengan entre 25 y 50 años. Además, los postulantes deben presentar certificados de buena conducta y de salud. Cabe aclarar que estos requisitos, por sí solos, no son excluyentes.

Luego de efectuada la inscripción correspondiente, la selección de los postulantes se realiza mediante la elaboración de un orden de prioridad, basado en la información relevada en la entrevista, tanto la personal como la de evaluación.

Contenidos del curso y modalidad de dictado

El curso tiene una duración aproximada de cinco meses y una carga horaria de 386 horas presenciales, que incluyen clases teóricas, actividades grupales y prácticas institucionales y domiciliarias. Se desarrolla en nueve módulos, que abordan temáticas referidas al envejecimiento, la discapacidad y las enfermedades crónicas, invalidantes o terminales en su dimensión biopsicosocial, para la atención integral de la población objetivo.

Si bien se efectúa un seguimiento permanente, en el que se observan actitudes, desempeño, incorporación de conocimientos y capacidad de relación, al finalizar los módulos se realizan evaluaciones acerca de los contenidos abordados en cada uno de ellos. Además, se implementa una valoración mensual de las prácticas domiciliarias que se van desarrollando.

Implementación y seguimiento del primer componente

Para hacer efectiva esta primera instancia del programa, se seleccionan unidades efectoras en las diversas regiones del país. Estas son las encargadas de implementar el curso, que es financiado en su totalidad por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores se efectúa un seguimiento del desarrollo de este primer componente a partir de informes técnicos, comunicaciones telefónicas, correo electrónico y monitoreo en terreno de al menos una vez por experiencia.

1.3.3 Segundo componente

Comprende la puesta en marcha de la prestación del servicio de atención domiciliaria a las personas mayores, las personas con discapacidad y los enfermos crónicos o terminales que estén en situación de vulnerabilidad social y que, por diversos motivos, requieran ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Los objetivos apuntan prioritariamente a: i) mejorar su calidad de vida, ii) mantenerlos en su hogar e insertos en la comunidad, iii) favorecer la resocialización, y iv) evitar o postergar el ingreso a una institución.

A fin de determinar la prioridad y el orden de ingreso al sistema de prestación, se efectúa una evaluación que incluye la medición de la autonomía personal y la relación socio-familiar, para cuantificar la situación de necesidad en cada caso y determinar, en base a los baremos, la cantidad de horas de cuidados domiciliarios que se deben asignar, respetando las características particulares de la persona para la cual se solicita la prestación.

Recursos humanos

La implementación del segundo componente del programa requiere un responsable del gerenciamiento del servicio, que interviene en la articulación entre la demanda de la comunidad y la capacidad del sistema de satisfacerla, y controla que la prestación brindada responda a los criterios generales establecidos en el programa; coordinadores de casos, quienes seleccionan, asignan, controlan y supervisan a los cuidadores domiciliarios y visitan los hogares de las personas atendidas; un supervisor psicológico, que realiza tareas de coordinación, supervisión y acompañamiento de los cuidadores domiciliarios y procura su cuidado ante las situaciones de angustia, miedos y ansiedades que surjan por el desempeño de sus tareas en el domicilio, y finalmente los propios cuidadores domiciliarios (véase el cuadro 4).

Seguimiento del segundo componente

El seguimiento de la implementación del segundo componente se realiza mediante un informe preliminar, uno de monitoreo y otro final, y a través del seguimiento y supervisión en terreno por parte del equipo técnico nacional.

Otra forma de monitoreo y evaluación de las experiencias se da a través de la realización de encuentros nacionales y regionales, en los que participan todos los coordinadores generales de las experiencias en ejecución, intercambiando vivencias y apreciaciones, retroalimentándose y haciendo propuestas superadoras para enriquecer el programa.

Perfil del cuidador domiciliario

El programa establece tanto un perfil técnico como un perfil laboral, que expresan las cualidades que definen a un cuidador domiciliario. Por perfil técnico se entiende al conjunto de cualidades requeridas y de conocimientos que deben incorporar los educandos a fin de proveer en forma óptima servicios de atención. Se busca potenciar aspectos del postulante ligados a la relación cuidador-persona atendida, priorizando la flexibilidad en el trato personal, la adaptación al desempeño de sus funciones, el acompañamiento con una actitud de comprensión y escucha, respetando la autonomía y favoreciendo la autoestima de la persona atendida, la tolerancia ante eventuales situaciones de frustración personal en caso de alejamiento, discapacidad o muerte del asistido. Por perfil laboral se consideran las tareas que se espera que los cuidadores desarrollen en función de los conocimientos adquiridos durante el curso, siendo estas:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicados por profesionales.
- Preparación de alimentos, ingesta asistida.
- Higiene y arreglo personal.
- Acciones preventivas de accidentes.
- Actividades recreativas y ocupacionales acordes a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.

Actividades de actualización y supervisión de los cuidadores

El segundo componente prevé, además de la prestación del servicio, la capacitación continua y la actualización de los cuidadores. Para ello se realizan reuniones semanales entre los cuidadores domiciliarios y el coordinador, en las que distintos profesionales dictan clases. En ellas se abordan y profundizan temáticas que se consideren de importancia e interés para el desarrollo de sus prácticas cotidianas. Además, en estos encuentros se generan espacios de supervisión en los que los cuidadores domiciliarios en actividad pueden canalizar sus dificultades en el desempeño de sus funciones.

CUADRO 4
PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS: SÍNTESIS DE LAS
ACTIVIDADES INVOLUCRADAS EN EL PRIMER Y SEGUNDO COMPONENTE

| | Coordinación ^a | Cuidador | Persona atendida |
|--------------------|---|--|--|
| Primer componente | <ul style="list-style-type: none"> • Difusión del curso y convocatoria a personas interesadas • Entrevista y evaluación psicológica a postulantes • Gestiones para la organización e implementación del curso: dictado de clases, prácticas institucionales y domiciliarias y evaluaciones • Dictado de clases y realización de prácticas • Coordinación de actividades grupales | <ul style="list-style-type: none"> • Concurrencia a entrevista y evaluación psicológica • Capacitación en la tarea: asistencia a clases, concurrencia a prácticas institucionales y domiciliarias y realización de evaluaciones correspondientes a cada módulo | <ul style="list-style-type: none"> • Solo establece contacto con los actores involucrados en el programa en el momento en que se realizan las prácticas institucionales o domiciliarias, al promediar el período de formación |
| Segundo componente | <ul style="list-style-type: none"> • Selección, asignación, control y supervisión de los cuidadores domiciliarios • Recepción de la demanda e identificación de los destinatarios de la prestación • Confección de legajos y registros de las personas atendidas • Distribución de horarios y especificación de las tareas en domicilios • Presentación de los cuidadores en el domicilio • Actualización de ficheros de personas atendidas • Preparación de las nivelaciones y reuniones de supervisión, reflexión y acompañamiento • Supervisión domiciliaria de tarea y monitoreo del servicio | <ul style="list-style-type: none"> • Prestación de servicios en el domicilio de hasta tres personas durante un máximo de seis meses • Confección y seguimiento de un registro escrito por cada persona atendida y elaboración de un parte semanal que entrega a la coordinadora de casos • Asistencia a las reuniones de nivelación y supervisión | <ul style="list-style-type: none"> • Realiza una entrevista con la coordinación • Recibe cuidados en su domicilio • Recibe la visita del supervisor |

Fuente: elaboración propia en base a Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, *Cuadernillo 11 del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*, Buenos Aires, 2008.

^aSe incluye tanto a los diversos coordinadores (gerenciadores, generales y de caso) como a coordinadores pedagógicos, asesor y supervisor psicológico y equipo docente.

1.4 Historia del programa

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios comenzó a implementarse en 1996, dependiendo de la ex Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. En sus inicios, los alumnos cobraban una beca por realizar el curso. En 1997 se efectuó el Primer Encuentro Nacional de Cuidadores Domiciliarios, con la participación de cuidadores formados de todo el país. En el año 2000 la ejecución se interrumpió, y recién en 2002 se produjo su reimplementación.

En esta etapa, el programa se readecuó como una política social desde la Subsecretaría de Tercera Edad, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Esta nueva puesta en marcha implicó una serie de transformaciones, entre las que se encuentran la modificación de la carga horaria y el monto de la beca, y la adecuación de la capacitación y la prestación en función de las características de los destinatarios. Las personas titulares de planes sociales que accedían a la capacitación debían realizarla como una forma de contraprestación.

A partir de 2003 la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores pasó a depender del entonces Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, que es actualmente la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Durante 2004 se priorizó el trabajo para la conformación de cooperativas de cuidadores. En el dictado del curso de formación se brindaron conocimientos acerca de su forma de funcionamiento, gestión e inscripción en ellas. A partir de esta iniciativa, se han conformado 14 cooperativas de cuidadores, algunas de las cuales ya se encuentran en funcionamiento y otras en la etapa de tramitación.

En 2005 se incorporó la posibilidad que el curso de formación lo realizaran no solo los titulares de los planes sociales, sino también las personas desocupadas que no los poseían. Además, se previó un cupo para aquellos que, sin ser titulares de planes ni estar desocupados, estuvieran interesados en hacerlo. Con estas modificaciones se logró una mayor inclusión en el programa y, a la vez, se avanzó en la articulación con otras políticas sociales. Entre ellas se cuenta, como un importante logro, la posibilidad de que los cuidadores formados accedan al denominado monotributo social, que exige un monto muy bajo de aportes por parte del cuidador, ya que el dinero restante lo tributa el Ministerio de Desarrollo Social. De esta forma, los cuidadores pueden acceder al mercado formal de trabajo y a una obra social —de libre elección— tanto para ellos como para sus familiares a cargo, y con idénticas prestaciones que las que reciben los demás monotributistas. Por otro lado, realizan aportes previsionales y se computan años de actividad para su posterior jubilación.

Durante 2006 se organizó desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores un encuentro nacional de coordinadores generales del primer y segundo componente del programa, al que asistieron aproximadamente 150 coordinadores de todo el país. En este espacio se trabajó en torno a las cuestiones locales, las demandas que surgían de las prácticas y las propuestas de modificaciones. A partir de este año se incluyó la posibilidad que las universidades nacionales también pudieran constituirse como unidades efectoras.

Además, el Ministerio de Desarrollo Social firmó durante el mismo año un convenio con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el INSSJyP (PAMI), por el que se creó un acuerdo marco de trabajo y compromiso conjunto que fortaleció al programa como política pública y profundizó su sustentabilidad en el territorio. Asimismo, permitió consolidar vinculaciones y articular los recursos específicos de cada organismo miembro. Cabe destacar que el INSSJyP (PAMI) ofrece un subsidio a sus afiliados para la contratación de un cuidador domiciliario, y que la mayoría de los cuidadores que cumplen estas funciones son informales y no disponen de capacitación específica. A través del mencionado convenio, el INSSJyP (PAMI) prioriza la contratación de los cuidadores formados, generando su rápida inserción en el mercado laboral, y el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios contribuye incluyendo a los cuidadores no capacitados en los cursos de formación, y una vez que lo completan pueden beneficiarse con la obtención del monotributo social. En la actualidad se está avanzando hacia la contratación de los cuidadores a través de sus propias cooperativas.

En 2007 se comenzaron a implementar los acuerdos logrados en el encuentro nacional de coordinadores celebrado el año anterior. A partir de lo trabajado, y como respuesta a las demandas planteadas, se decidió la incorporación de dos nuevas figuras profesionales en la implementación del primer componente: la del coordinador pedagógico y la del asesor psicológico. En el primer caso, el objetivo principal es trabajar con el equipo docente y apoyar a los alumnos que tuvieran dificultades para el aprendizaje, o para retomar los estudios luego de muchos años. La incorporación del asesor psicológico se consideró necesaria para realizar las entrevistas de admisión y efectuar la evaluación correspondiente.

Al año siguiente se incluyó el supervisor psicológico en el segundo componente del programa. Además, se incorporó un mayor trabajo con técnicas de lectocomprensión que facilitarían el proceso de aprendizaje, y se profundizaron conocimientos sobre: i) cuidados paliativos, ii) competencias del cuidador, iii) cooperativismo y iv) monotributo social. La inclusión de algunos nuevos contenidos y la profundización de otros, que ya se venían desarrollando, implicó extender un mes más el dictado del curso. Hasta ese momento, el primer componente tenía una duración de cinco

meses (el primero destinado a la etapa de selección de los postulantes y los cuatro siguientes a la implementación del curso propiamente dicho). En adelante, se asignó un mes para la etapa de selección y cinco para el dictado de las clases.

En respuesta a las demandas de profundización de los conocimientos acerca de los cuidados paliativos planteadas por los cuidadores, se firmó un convenio con la Fundación del Hospital de Clínicas, y se establecieron contactos con los equipos dedicados a esta temática en las distintas provincias del país, a fin de realizar jornadas de capacitación en cada una de ellas. En estas jornadas participaron los equipos de trabajo interdisciplinarios y los cuidadores domiciliarios previamente formados. El objetivo era que lograran profundizar sus conocimientos en este campo y establecieran vínculos con los equipos de cuidados paliativos de cada lugar, para poder realizar consultas y plantear dudas en el momento en que lo consideraran necesario. Por otra parte, durante ese año se decidió destinar 48 de las 96 horas previstas para las actividades de actualización que se realizan en el segundo componente al trabajo con el supervisor psicológico. Esta modificación también respondió a una demanda de los cuidadores, en este caso, contar con un mayor acompañamiento, apoyo y contención en la realización de sus tareas. A partir de 2008 se incluyó además la posibilidad de firmar convenios con cooperativas como unidades efectoras del programa.

Desde su reimplementación, el presupuesto destinado al programa ha crecido sustancialmente, permitiendo no solo extender el tiempo de dictado del curso y la inclusión de otras figuras profesionales, sino fundamentalmente la multiplicación de experiencias y la ampliación de la cobertura para la atención domiciliaria en todas las provincias del país.

Si bien durante los primeros años la Coordinación Nacional se acercaba a las distintas provincias para informar acerca del curso y lograr interés en su implementación, en la actualidad la demanda surge espontáneamente de distintas y nuevas unidades efectoras. Ellas mismas dan a conocer el programa en las localidades de su área de influencia, a través de diversos medios masivos de comunicación. Así, durante estos años, no solo se ha generalizado el conocimiento del programa, sino que también se ha ampliado su área de cobertura, alcanzando a todas las provincias. El cuadro 5 sintetiza los principales hitos de esta historia.

CUADRO 5
PRINCIPALES HITOS EN LA HISTORIA DEL PROGRAMA
NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS, 1996-2008

| | |
|------|--|
| 1996 | Se inicia la implementación del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios |
| 2000 | Se interrumpe la ejecución del programa |
| 2002 | El programa se reimplementa con diversas readecuaciones. Se prioriza la inclusión de los titulares de diversos planes sociales destinados a los desocupados |
| 2003 | La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores pasa a depender de otra Secretaría de Estado |
| 2004 | Se enfatiza el trabajo para la conformación de cooperativas de cuidadores domiciliarios |
| 2005 | El programa se profundiza como política social: se brinda la posibilidad de acceder a la formación a quienes no fueran titulares de planes sociales, y de que los cuidadores formados obtengan el monotributo social. Las universidades nacionales pueden constituirse como unidades efectoras |
| 2006 | Se realiza un encuentro nacional de coordinadores. Se firma un convenio con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación y el INSSJyP para capacitar a los cuidadores informales |
| 2007 | Se incorporan en la implementación del primer componente las figuras del coordinador pedagógico y el asesor psicológico |
| 2008 | Se incluye en el segundo componente al supervisor psicológico, y se destinan 48 horas a la realización de encuentros que brinden apoyo y contención a los cuidadores Se extiende un mes más el dictado del curso de formación. Se profundiza el trabajo con técnicas de lectocomprensión y en temáticas de cuidados paliativos, competencias del cuidador, cooperativismo y monotributo social Se firma un convenio con la Fundación del Hospital de Clínicas para cuidados paliativos Las cooperativas pueden funcionar como unidades efectoras del programa |

Fuente: elaboración propia.

1.5 Población objetivo

Hasta la actualidad se han formado más de 12.000 cuidadores domiciliarios. En el cuadro 6 puede observarse la evolución que ha tenido el programa, tanto en lo que respecta a los cursos de formación dictados y los cuidadores domiciliarios formados (primer componente) como en los sistemas de prestación concretados y las personas atendidas (segundo componente).

El programa muestra continuidad a lo largo del tiempo, y una importante ampliación de su escala inicial. En 2008 se produjo un incremento muy notable, tanto en el número de cuidadores formados (4.800) como en el de personas atendidas (11.875). La permanencia en el tiempo ha logrado tanto la llegada a todas las provincias como la multiplicación de unidades efectoras, y la consolidación y el fortalecimiento de equipos de trabajo en cada una de ellas.

CUADRO 6
PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS:
INDICADORES DE SU EVOLUCIÓN POR AÑO, 2002-2008

| Año | Cursos de formación | Número de cuidadores formados | Sistemas de prestación | Número de personas atendidas |
|-------------|---------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------|
| 1996 a 2002 | * | 2290 | * | * |
| 2003 | 38 | 1 520 | 58 | 3 480 |
| 2004 | 21 | 840 | 20 | 1 665 |
| 2005 | 57 | 2 300 | 25 | 1 775 |
| 2006 | 39 | 1 520 | 50 | 3 611 |
| 2007 | 52 | 1 592 | 35 | 1 862 |
| 2008 | 120 | 4 800 | 50 | 11 875 ^a |

Fuente: Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2008.

* Información no disponible

^a Se incluyen dentro de las personas atendidas tanto a las que recibieron la prestación en el segundo componente como las que fueron atendidas como parte de las prácticas que se realizan durante la implementación del curso de formación del primer componente.

2. Aspectos metodológicos de la investigación

El estudio responde a un esfuerzo conjunto del CELADE - División de Población de la CEPAL y de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, por implementar el enfoque basado en la participación de los interesados en la revisión y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, tal como fue indicado en la Resolución 616(XXXI) de la CEPAL en 2006. Se desarrolló aplicando una metodología de investigación cualitativa. Se consideró relevante conocer tanto los resultados del programa desde la visión de los coordinadores y cuidadores como captar los significados que otorgan al hecho de percibir la prestación las personas receptoras. La decisión de adoptar una metodología cualitativa obedeció a las posibilidades que brindaba, de: i) lograr información en profundidad acerca del funcionamiento del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, ii) conocer las diversas perspectivas, dando voz a sus participantes, y iii) rescatar la visión de los diferentes actores para el análisis de los alcances y limitaciones de su implementación.

2.1 La selección de los casos de estudio

La investigación se realizó a nivel nacional, y las experiencias fueron escogidas para su estudio como casos testigo de la pluralidad de realidades que conforman el programa. En el Gran Buenos Aires se seleccionaron las de Lomas de Zamora y Florencio Varela. Ambos municipios poseen un elevado porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas.

En la provincia de Córdoba se estudiaron las experiencias de tres localidades: Villa Allende, Río Ceballos y Tulumba. Las dos primeras son localidades urbanas, cuyos principales recursos provienen del turismo o de los servicios que brindan a la ciudad capital de Córdoba. Tulumba presenta características diferentes, ya que se trata de una pequeña localidad, cabecera de su departamento, en la que prevalece la población rural.

Los municipios elegidos en la provincia de Jujuy fueron Palpalá, en la zona metropolitana de San Salvador de Jujuy, y Abra Pampa, una localidad rural de la puna. Allí, las diversas experiencias estaban atravesadas por un conflicto de intereses entre dos gestiones diferentes del programa. Esta situación delineaba un complejo panorama, que brindaba mayor riqueza al análisis. La provincia de Jujuy se caracteriza por poseer un elevado número de cuidadores formados, y en los dos municipios analizados la prestación constituye un ejemplo de continuidad.

2.2 Técnicas de recolección de datos

Las técnicas implementadas para la recolección de los datos fueron las entrevistas en profundidad y los grupos focales. La utilización de este tipo de instrumentos pretendía la generación de conocimientos a partir de las narrativas espontáneas y genuinas de los participantes.

El trabajo de campo se desarrolló entre el 5 de septiembre y el 25 de octubre de 2007. Las entrevistas en profundidad se implementaron con: i) responsables del gerenciamiento del programa a nivel local (2), ii) coordinadores de casos (6), iii) coordinadores generales (5), y iv) destinatarios de la prestación (31). Además, se realizaron tres grupos focales de cuidadores domiciliarios, uno en el Gran Buenos Aires, uno en la provincia de Jujuy y otro en la de Córdoba.

En el universo estudiado, casi todos los cuidadores y gran parte de las personas atendidas son mujeres. Esta distribución fue respetada en la selección de los casos a incluir en el trabajo de campo. Solo en el grupo focal de cuidadores realizado en la provincia de Jujuy asistieron dos varones. Dentro de los destinatarios de la prestación entrevistados hubo 22 mujeres y 9 varones. El cuadro 7 resume la composición de la muestra a partir de la que se realizó el trabajo de campo.

CUADRO 7
EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DEL PROGRAMA: COMPOSICIÓN
DE LA MUESTRA PARA EL TRABAJO DE CAMPO, 2007

| Categoría de entrevistado | Cantidad de casos |
|--------------------------------|---|
| Destinatarios de la prestación | 31 (Buenos Aires: 10, Córdoba: 11, Jujuy: 10) |
| Coordinadores de casos | 6 (Buenos Aires: 2, Córdoba: 2, Jujuy: 2) |
| Coordinadores generales | 5 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 1, provincia de Buenos Aires: 2, Córdoba: 1, Jujuy: 1) |
| Gerenciadores provinciales | 2 (Córdoba: 1, Jujuy: 1) |
| Grupos focales | 3 (Zona Metropolitana de Buenos Aires —Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires—: 1, Córdoba: 1, Jujuy: 1) |

Fuente: L. Moscovich, *Evaluación cualitativa de una experiencia de promoción de salud en la vejez y su aporte al cumplimiento de las metas del milenio en la Argentina: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*, Buenos Aires, 2007.

Finalmente, los datos recogidos fueron analizados de manera cualitativa mediante el método de comparación constante, descubriendo similitudes y diferencias y generando categorías comprensivas. A fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad de los entrevistados, en la presentación de los resultados se utilizan seudónimos al transcribir parte de las narraciones aportadas por los cuidadores y las personas atendidas. Por el contrario, los coordinadores son identificados, ya que hablan en nombre del cargo público que ocupan en un programa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

3. Implementación del primer componente del programa: la formación de cuidadores domiciliarios

3.1 Perfil del alumno

Como se vio al caracterizar el programa, un objetivo central de su primer componente consiste en formar a personas desocupadas, de escasos recursos y de bajo nivel educativo, para que puedan lograr una salida laboral como cuidadores domiciliarios. A partir del análisis realizado pudo observarse que, aunque el ser titular de algún plan social asociado al desempleo o a la situación de pobreza es un requisito para acceder al curso, en la medida en que el programa se implementaba y la situación de emergencia social posterior a diciembre de 2001 se superaba, este requerimiento se siguió privilegiando, pero no se consideró excluyente.

En la puesta en marcha del primer componente, los coordinadores gestionan todos los recursos necesarios para la concreción del curso: espacios físicos para el dictado de las clases, difusión de la propuesta, apertura de la convocatoria a inscripción y selección de los postulantes. Para efectuar esta selección se realizan entrevistas, en las que se evalúa si la persona posee el perfil requerido y se indaga si su motivación es genuina. La reciente incorporación del asesor psicológico en las entrevistas de admisión ha sido valorada muy positivamente por los coordinadores.

La gran mayoría de los postulantes no poseía trabajo ni calificación ocupacional, y realizaba el curso con el objetivo de lograr una salida laboral. Sin embargo, en muchos casos se trató de personas que ya trabajaban cuidando a personas mayores, y que buscaban una acreditación para desempeñar su tarea. Los que brindaban cuidados a vecinos o a familiares y no percibían ningún tipo de remuneración por esta actividad, encontraban en el curso herramientas que mejoraban sus prácticas cotidianas. En estos casos, el programa otorga reconocimiento a una tarea que se viene desempeñando de manera previa, brinda la capacitación necesaria, aporta a estas personas una beca como contraprestación y jerarquiza sus prácticas.

3.2 La función de los coordinadores

Los coordinadores generales son actores centrales en la implementación del programa. Ellos son los encargados de organizar el curso que se desarrolla durante la ejecución del primer componente. Cumplen con actividades variadas, como seleccionar a los alumnos de acuerdo con el perfil propuesto en el programa, elegir a los profesores que sean capaces de transmitir de modo claro los contenidos, preparar y fotocopiar el material bibliográfico, organizar el cronograma para el dictado de las clases y para la realización de prácticas en domicilios e instituciones.

En la selección de los profesionales que formarían parte del equipo docente, pudo observarse que los coordinadores privilegiaban la calidad del profesional, la capacidad de transmitir su saber, el conocimiento de la realidad local y la apertura a recuperar el conocimiento que poseían los alumnos como una suerte de “andamio” que facilitara la construcción y solidificación de nuevos aprendizajes.

3.3 La capacitación de los cuidadores

La formación de los cuidadores se realiza desde una mirada interdisciplinaria, no estrictamente médica, acerca de la vejez y el envejecimiento. El énfasis está puesto en mantener la autonomía personal y el acompañamiento en las actividades de la vida diaria, como así también en la promoción y el cuidado de la salud. Si bien se prevé que la carga horaria del curso se distribuya en tres encuentros semanales de cuatro horas cada uno, en algunos casos se implementó de un modo más intensivo por razones climáticas, de distancia, o porque la falta de recursos humanos dificultaba el seguimiento del esquema propuesto.

El análisis que se realiza a continuación trabaja sobre las opiniones de los diversos actores acerca de los alcances de los contenidos teóricos y de las prácticas domiciliarias e

institucionales, de las dificultades que surgieron durante el desarrollo del curso y de las demandas que plantearon para su mejoramiento.

3.3.1 Los alcances del curso

Todos los actores que participan del programa —coordinadores, personas atendidas y cuidadores— efectuaron una evaluación positiva de la capacitación que brinda el curso. Con independencia de las diferencias locales, coincidieron en que se había logrado un nivel de formación elevado y homogéneo. Consideraron que, en términos generales, los contenidos, las exigencias y la nivelación resultaban adecuados para el desempeño de la tarea, y que el programa se correspondía con las necesidades de las personas mayores y de los cuidadores.

Para los cuidadores domiciliarios que participaron en los grupos focales, el curso constituyó una experiencia de crecimiento personal que trascendió a la capacitación. Al respecto, valoraron muy positivamente tanto los logros en lo referido a la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos como en lo concerniente a los aspectos actitudinales, al establecimiento de contactos y al conocimiento de diversas vías de comunicación que podían ser de importancia para ellos, y fundamentalmente para las personas de edad. En los casos en que la persona que estaba realizando el curso desarrollaba la actividad de cuidador con anterioridad a su inicio, se pudo evaluar la opinión de las propias personas mayores acerca de los cambios percibidos en la calidad de los cuidados recibidos. En este sentido, pudo observarse que la formación de los cuidadores había modificado positivamente la prestación.

Sin embargo, los cuidadores plantearon algunas dificultades que habían aparecido durante la implementación del curso, y formularon demandas relativas tanto a los contenidos teóricos, señalando la necesidad de ajustes, como a las prácticas domiciliarias e institucionales, sugiriendo su incremento. Estos pedidos los fundamentaban no solo en la posibilidad de brindar una mejor atención a la persona de edad, sino también en la de mejorar la contención del propio cuidador. Se desarrollan a continuación cada uno de estos señalamientos.

3.3.2 Dificultades en la realización del curso

Uno de los mayores problemas de los cuidadores en la realización del curso fue el hecho de tener que retomar los estudios, ya que en algunos casos hacía décadas que habían dejado de ser alumnos. En consecuencia, les resultaba complejo comprender las explicaciones de los docentes e incorporar nuevos conocimientos. Las diferencias iniciales en el nivel educativo alcanzado por los alumnos fueron consideradas una dificultad para el desarrollo del curso. Estas cuestiones aparecen reflejadas en el siguiente testimonio, aportado por los cuidadores domiciliarios:

“El mayor obstáculo que hubo fue la formación académica con la que habían empezado los compañeros, por eso que había algunos por ejemplo que sí tenían los estudios secundarios, algunos el primario básico, y lamentablemente los profesionales daban el curso y no podían bajar muchas veces el nivel de la información... nosotros por ejemplo teníamos compañeras, señoras de 40 años, señoras que inclusive dudábamos si habían terminado la primaria, les costaba muchísimo... Uno que ha dejado la escuela hace tantos años, y después volver a empezar, al retomar tener que estudiar cosas es un poco difícil” (grupo focal con cuidadores domiciliarios, Jujuy).

Estas dificultades para la comprensión de los contenidos teóricos se manifestaron de un modo generalizado; sin embargo, los cuidadores mencionaron diversas estrategias que les permitieron afrontarlas y resolverlas. En este sentido, señalaron como relevantes el apoyo recíproco entre los mismos compañeros, la buena disposición del cuerpo docente para efectuar aclaraciones y explicaciones más detalladas, y la actitud de los coordinadores, que comprendieron estas circunstancias y pudieron brindar respuestas adecuadas.

A pesar de las dificultades, la mayoría de los cuidadores de las diversas experiencias exploradas valoraron muy positivamente el curso, considerando que se trataba de una “*oportunidad única*” de poder continuar sus estudios y seguir capacitándose. De hecho, luego de haber completado la etapa de capacitación, algunas personas decidieron retomar su educación formal y completar sus estudios secundarios o terciarios.

3.3.3 Demandas acerca de los contenidos teóricos

Los cuidadores domiciliarios opinaron que el curso debería tener una mayor duración, para poder profundizar en las diversas temáticas abordadas. Algunos afirmaron que “*nunca se termina de aprender*”, o bien que “*cuando uno trabaja surgen nuevas dudas*”. Sin embargo, sus posibilidades reales de disponer de más tiempo para realizar el curso eran escasas. En la mayor parte de las experiencias que se han evaluado, y que han concretado la etapa correspondiente al sistema de prestación, la última fase de nivelación fue adaptada con el propósito de satisfacer estas demandas. Los temas que se estimó necesario profundizar fueron fundamentalmente los referidos a enfermería, psicología y al manejo de otras herramientas, como actividades recreativas para las personas mayores.

Con respecto a la demanda de inclusión de una variedad más amplia de contenidos de enfermería, en todos los grupos apareció principalmente la necesidad de aprender a aplicar inyecciones y de profundizar el conocimiento para la administración de las drogas prescritas por los médicos. Al hablar de este tema, se planteó una situación paradójica: a la vez que surgía el reclamo por incorporar determinados contenidos, también emergían las voces que advertían que el campo del cuidador no contemplaba esas tareas. Por un lado consideraban que, a fin de definir su perfil y evitar los problemas de asumir una responsabilidad para la que no estaban preparados, no debían involucrarse en labores que no se correspondían con sus incumbencias; por el otro, la formación integral e interdisciplinaria del cuidador justificaba la solicitud de inclusión de otras herramientas que creían necesarias para el desarrollo de su práctica diaria. De este modo, quedó claramente expresada la dificultad del cuidador para circunscribir su rol y delimitar su área de trabajo (Moscovich, 2007). En referencia a este punto, el curso de formación de los cuidadores contiene en el primer módulo el tema “Perfil del cuidador”, pero queda claro que este rol debe ser trabajado permanentemente entre los coordinadores y los cuidadores. Para ello, el programa contempla el espacio de supervisión.

En lo referido a la profundización de los conocimientos de psicología, aludieron fundamentalmente al manejo de algunas patologías como el mal de Alzheimer, la demencia senil y el mal de Parkinson. Además, manifestaron la importancia de disponer de herramientas para el trato con la familia de los pacientes, el manejo del duelo que implica la culminación de la prestación y la contención de los mismos cuidadores, que en ocasiones se sienten desbordados emocionalmente por su tarea. Consideraron que sus prácticas se verían enriquecidas con la inclusión de este tipo de conocimientos, que les permitirían brindar una mejor atención a las personas de edad, mayor contención frente a determinadas patologías y sentirse más seguros en el desempeño del rol. Destacaron la importancia de lograr un cuidado afectivo, que no se reduzca a prestar ayuda de manera automatizada, sino que por el contrario se base en la comprensión del otro y de sus particulares circunstancias de vida.

Estas demandas se fundamentaban en situaciones en las que las personas mayores vivían prácticamente aisladas, con un difícil acceso a los servicios de salud. Los argumentos esgrimidos eran que, en estos casos, cuando las personas de edad atravesaban una crisis aguda, el cuidador se encontraba ante la responsabilidad de tomar la iniciativa, hasta tanto se lograra la intervención del servicio de salud. Ya sea porque la persona estuviera aislada geográficamente, o porque la obra social de los jubilados y pensionados no funcionara adecuadamente, ni con la rapidez requerida, los cuidadores pensaban que debían emprender acciones para las que no habían sido capacitados ni se sentían contenidos. Entre estas situaciones, mencionaron los casos en los que la persona fallece mientras el cuidador se encuentra en el domicilio, como se narra en este testimonio:

“No quería que me pasara eso. Estaba mal... en realidad la abuela estaba mal, pero yo no quería que me pasara eso a mí. Y pasó... después de que falleció la abuela pasó como media hora hasta que llegaron recién de PAMI. Y yo desesperada... le digo al médico que tome la medida... me dice: quédese tranquila que usted no es responsable de lo que le pasó a ella... ella estaba mal... él trataba de animarme porque yo me ponía a llorar... (grupo focal con cuidadores domiciliarios, Capital y Gran Buenos Aires).

En algunos casos, estas demandas exceden el rol del cuidador, y responden a situaciones extremas que viven algunas personas mayores, y a las que los cuidadores sienten la necesidad de brindar una respuesta. Por su parte, las personas de edad consultadas, en general, no demandaban a sus cuidadores prácticas como la aplicación de inyecciones, excepto que se tratara de circunstancias realmente extremas. La inquietud por ampliar la formación de los cuidadores solo surgió muy escasamente en las personas atendidas.

Si bien uno de los coordinadores reconoció las necesidades específicas de la población local, no consideró que la inclusión de los conocimientos que los cuidadores demandaban fuera pertinente, ya que ciertas tareas no eran de su competencia, y por el contrario constituían una dilución de los límites de su rol.

3.3.4 Demandas acerca de las prácticas

Algunos coordinadores consideraron que la realización de las prácticas en instituciones y domicilios constituía un eje central en la formación de los cuidadores, mientras que otros, aunque con menor frecuencia, no le otorgaron tanta importancia a estas prácticas durante la implementación del primer componente del programa, dejándolas como una tarea pendiente para la ejecución del segundo. Estos últimos solían justificar la insuficiencia de las prácticas realizadas a partir de la certeza de la puesta en marcha de la etapa de prestación en un breve lapso de tiempo. Por su parte, los cuidadores coincidieron en considerar que el curso les aportaba abundantes conocimientos teóricos, pero señalaron la necesidad de incluir más prácticas en terreno.

A modo de síntesis, puede decirse que el primer componente del programa constituye para muchos de los participantes una oportunidad de retomar sus estudios, y un desafío ante el aprendizaje de nuevos contenidos y las exigencias a cumplir. Los cuidadores, en todas las experiencias estudiadas, consideraron que para completar su capacitación era necesario incluir más contenidos acerca de enfermería y psicología, e incrementar las prácticas. El pedido se fundamentaba principalmente en la necesidad de actuar rápidamente en situaciones de emergencia, cuando las personas mayores no tenían un rápido acceso a los centros de salud. Además, estimaron que la profundización de conocimientos de psicología les proveería recursos para manejar la relación con el paciente y la familia, y para afrontar el momento de la partida o la muerte de la persona de edad.

Las tensiones relativas a la competencia de los cuidadores y la demanda de incorporar determinados contenidos en su capacitación se relacionan con la dificultad de definición de su rol. Parte de esta dificultad se vincula con la formación de una identidad en un campo poco explorado,¹⁴ y se profundiza por las implicancias del cuidado de personas mayores que viven situaciones de carencias extremas. Los cuidadores sienten la responsabilidad de responder a las necesidades de las personas atendidas y de cubrir áreas de trabajo que, aunque no les competen, les permitan manejar con solvencia las circunstancias que enfrentan al cuidar a una persona de edad sin recursos ni acceso a las condiciones mínimas de vida, salud y vivienda. Aún así, los cuidadores se apropian de su tarea, la valoran y se sienten capacitados para resolver las situaciones que se les presentan (Moscovich, 2007).

Después de finalizado el curso, en gran parte de las experiencias empieza el módulo de prestación, en el que la persona mayor recibe los cuidados en su domicilio. Este es el objeto de análisis del siguiente apartado.

¹⁴ Considérese que la idea de “cuidadores domiciliarios” es relativamente nueva y poco conocida en el país; tradicionalmente, los cuidadores se han asociado a la labor doméstica, la enfermería o al cuidado de un familiar.

4. Segundo componente del programa: el sistema de prestación

La puesta en marcha del segundo componente del programa implica la concreción del sistema de prestación y el comienzo de la labor de cuidado sistemático en los domicilios. Si bien en la etapa de capacitación correspondiente al primer componente los cuidadores mantienen cierto contacto con las personas mayores, al realizar las prácticas domiciliarias e institucionales, es durante este segundo componente de prestación y nivelación que comienzan las tareas sustantivas en el domicilio de una a tres personas de edad. El costo de este servicio es financiado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, encontrándose dentro del presupuesto de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Es de este modo que se financia tanto a los coordinadores y supervisores como a los cuidadores, para atender a personas mayores en situación de vulnerabilidad social. También es importante comentar que tanto el INSSJyP (PAMI) como otras obras sociales financian el servicio para sus afiliados. Existen algunas provincias y municipios que, haciéndose cargo de los costos, amplían su cobertura de prestación.

Paralelamente a la prestación, los cuidadores continúan la capacitación en reuniones semanales en las que, además del dictado de clases, se realizan actividades de supervisión. Los contenidos de estas clases y la elección de los profesionales para su dictado, en muchos casos, se definen a partir de los intercambios producidos entre coordinadores y cuidadores. Si bien se siguen los lineamientos del programa, los temas se eligen de acuerdo con las necesidades que se planteen en cada experiencia particular. Por otra parte, estas reuniones semanales constituyen espacios en los que los cuidadores, conjuntamente con el supervisor psicológico, pueden analizar y resolver las dudas que se generan a partir de las prácticas de cuidado. En los siguientes apartados se analizan, en primer lugar, aspectos referidos a la prestación de cuidados en el domicilio, y luego se describen las tareas de actualización y supervisión.

4.1 Características de los destinatarios de la prestación

Los destinatarios de la prestación poseen una o varias de las siguientes características: i) situación de pobreza, ii) aislamiento, soledad y abandono, iii) limitaciones físicas que les impiden realizar autónomamente las actividades de la vida diaria, y iv) graves problemas de salud.

La soledad, los problemas de salud y la falta de apoyo social son los tres ejes en torno de los cuales las personas entrevistadas describieron su situación al momento de recibir al cuidador. La vida de estas personas mayores se caracterizaba por marcadas limitaciones de diversa índole: físicas, económicas y afectivas. En la mayoría de los casos, por múltiples motivos, no tenían posibilidades de traspasar los límites de su casa. En consecuencia, no poseían ningún tipo de actividad laboral ni recreativa, y mostraban una subjetividad exclusivamente referida al ámbito del hogar y de la vida cotidiana.

4.2 Principales necesidades de las personas atendidas

Las personas atendidas presentaban múltiples necesidades, que requerían ayuda para su satisfacción. Fundamentalmente, tenían dificultades para realizar las tareas más básicas de su vida cotidiana. La falta de dinero para comprar alimentos, los problemas para trasladarse y acceder físicamente a los mercados, así como para cocinar, implicaban que no pudieran garantizar su alimentación diaria. Las principales preocupaciones de estas personas mayores se centraban en la obtención de alimentos para subsistir y en la atención de las dolencias y enfermedades que suelen acompañar al envejecimiento en situación de pobreza.

En referencia a los apoyos sociales de los que disponían, las personas de edad se encontraban solas, y en muchos casos se sentían abandonadas. Esta situación se acompañaba del descuido de la propia salud, la dificultad para abastecerse, la desconexión con el mundo exterior, la angustia y la vulnerabilidad frente a posibles accidentes hogareños y situaciones de inseguridad.

Las narraciones de los entrevistados muestran claramente el tipo de necesidades que presentan las personas atendidas:

“Y algunas veces estoy muy dolorida, no puedo levantarme de la cama... ¿qué voy a hacer? Me quedo en la cama y cuando puedo agarro esto, me hago el tecito, tengo la cocina, me hago un tecito y tomo. Esa es mi vida” (Ema, persona de edad, Palpalá).

“Yo he sido muy caminadora, he recorrido, he llegado hasta el último rincón caminando, hasta la última sierra, todo, pero hace 20, 25 años. Ahora ya no lo puedo hacer, camino 100 metros y el dolor no me deja dar un paso más” (María, persona de edad, Río Ceballos).

“Ahora que me es imposible de salir... ando... tengo que salir con otra persona, porque sola no puedo salir, a misa que me gustaba ir, si no me acompaña alguien no puedo ir” (Mercedes, persona de edad, Florencio Varela).

“Mire, para mí es una necesidad que Roberto [el cuidador] esté, aunque sea una hora para mí, ¿sabe por qué? Porque yo necesito hablar con alguien... aunque sea hablar, porque a mí no me viene nadie a visitar, ni a decirme qué tal cómo te va, cómo estás, cómo va tu enfermedad, nada, nadie, nadie... entonces... viene acá solamente un amigo de la fábrica y no vino más... y me contaba unos chistes... eso me pone bien, me incentiva a que yo también me sienta útil ante alguien” (Fernando, adulto incapacitado, Palpalá).

“[El cuidador] es una ayuda. Porque lo que pasa bajo de la cama, pongo los pies y me caigo... porque estando ella acá para bajarme de la cama me agarra de la mano, me lleva, me acompaña al baño. Es simple la cosa” (Mercedes, persona de edad, Florencio Varela).

Frente a estas situaciones, en las que abundan carencias de diversa índole, el cuidador domiciliario cumple un rol fundamental. Indudablemente, desde la posibilidad de satisfacer necesidades básicas como la alimentación, la higiene y el vestido, hasta recibir compañía y apoyo emocional, impactan positivamente en la calidad de vida de las personas atendidas.

4.3 Redes de apoyo familiar de las personas de edad que reciben la prestación

Las familias de las personas mayores entrevistadas tienen un rol central, tanto en su calidad de vida como en la relación que se establece con el cuidador. Sin embargo, como se expuso anteriormente, las personas atendidas sufren situaciones de aislamiento, soledad y abandono, todas ellas relacionadas con la falta de apoyo familiar, que profundizan el deterioro de sus condiciones de vida y la necesidad de cuidados. En la mayoría de los casos, frente a la ausencia, fallecimiento o abandono de los familiares, las personas de edad debían apoyarse en otras redes sociales, ya sea de amigos, conocidos o vecinos, que no siempre estaban disponibles. En otros casos, la presencia de la familia era negativa, ya sea porque protagonizaban situaciones de violencia, o porque se trataba de personas que también requerían cuidados por estar enfermas o ser discapacitadas.

La falta de apoyo familiar puede originarse en variadas circunstancias. Es así que se encontraron personas mayores que no disponían de recursos de apoyo suficientes porque:

- No poseían familiares.
- Poseían familiares que no podían ayudarlos —porque vivían lejos, porque no tenían recursos económicos suficientes, porque ellos también necesitaban cuidados o porque la demanda de ayuda excedía sus posibilidades—.
- Poseían familiares que no los ayudaban —porque tenían mala relación— e incluso les generaban perjuicios.

Al respecto, el programa brinda no solo los cuidados para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, sino que además posibilita la incorporación de nuevos vínculos en redes sumamente desprovistas. En muchos casos, el cuidador y el coordinador pasan a constituirse en miembros centrales en la vida de las personas mayores, que muchas veces se encuentran aisladas.

4.4 La selección de los destinatarios de la prestación

El perfil de los destinatarios de la prestación, como ya se expuso, contempla tanto la edad de la persona como sus ingresos y la presencia o ausencia de familiares que puedan acompañarla o brindarle los cuidados que necesite. En base a estos criterios específicos de evaluación, y a la aplicación de los baremos correspondientes, se selecciona a las más necesitadas. Estos procedimientos son uniformes para todas las unidades efectoras, y en cada una de ellas, durante el mes anterior al inicio de la prestación, los responsables del programa implementan diversas estrategias para identificar a las personas de edad que reúnan las condiciones para acceder a ella.

En algunos casos, la coordinación elabora un plan de rastillaje en el que se recolectan listados de diversas instituciones y se identifica a las personas mayores más pobres, solas y/o discapacitadas. Al ser consultados, los coordinadores evidenciaron la elaboración de un plan sistemático para la identificación de los destinatarios de la prestación, claridad en la intencionalidad de la búsqueda y en el intento por cruzar la información a partir de diversas fuentes —organizaciones públicas y sociales en los niveles local, provincial y nacional, redes informales y datos que poseían los propios coordinadores—.

Cuando esta estrategia de búsqueda era bien implementada, los coordinadores encontraban los casos más necesitados y les acercaban la prestación, aunque estas personas desconocieran la existencia del programa. Esta situación puede constatarse a partir de este testimonio de la hija de una persona mayor:

“Yo lo quería poner en un geriátrico a él [al padre], para ver si podía irme a trabajar... entonces me tomaron todo rápido, hice todo el trámite y quedó asentado eso ahí. Y yo tenía que ir a hacer la curatela, tenía que ir al hospital a hacer un montón de trámites, para llenar todas las planillas. Y quedó todo en el aire porque yo no me podía mover, porque yo antes tenía dos, porque mi mamá también apenas se movilizaba. [...] Entonces quedó todo en el aire. Y la chica acá se ve que un día encontró la planilla mía y me llamaron por teléfono, porque yo había dejado el teléfono mío y el teléfono de mi consuegra. Y ahí fue que ya nos contactamos y vino a verme acá, me hizo la encuesta, todo... y ahí arrancamos” (Pascual, persona de edad, Villa Fiorito, Gran Buenos Aires, responde su hija Angélica).

En los pueblos y ciudades pequeñas, la difusión de la información por la modalidad “de boca en boca” resultaba efectiva. En estos lugares hay un mayor conocimiento de la población local y, por ende, las estrategias de identificación que implicaban el cruce de información con otras organizaciones o instituciones eran menos necesarias. En las ciudades pequeñas, en general, la búsqueda de los destinatarios de la prestación constituía una tarea simple. El coordinador conocía detalladamente a la población y detectaba fácilmente a quienes la necesitaban. Sin embargo, surgían otro tipo de problemáticas propias del lugar, que consistían principalmente en la dificultad o imposibilidad de acceso a las zonas más alejadas del pueblo:

“En la zona se sabe de casos puntuales que hace falta, se va, se los visita y se hace evaluación si necesita el cuidador o no, y si lo necesitan, cada cuánto tiempo, cuántas horas, qué modalidad sería. Y otras veces se enteran de boca en boca y te dicen ah... habría que ir a ver a aquella abuela, o aquel abuelo, que es viejito y qué sé yo. Y después es como que hay una base de datos de gente que ya sabemos que necesitan” (Noelia, coordinadora de casos, Tulumba).

Con mucha frecuencia, los propios cuidadores participaban activamente en la identificación de las personas que necesitaban la prestación. En muchos casos incorporaban al programa a vecinos a

los que ellos mismos les ayudaban en diversas actividades. La relación de vecindad es una condición que mejora singularmente el funcionamiento del programa. Desde la perspectiva del cuidador, se evitan los costos y los tiempos que implica el traslado; desde la de la persona mayor y su familia, el hecho de que el cuidador sea un vecino contribuye a la rápida consolidación de una relación de mutua confianza, como puede notarse en el siguiente fragmento de la entrevista a una persona de edad:

“Sí, cómoda... más es una chica que la conozco yo. Conozco a su mamá, conozco a su papá. Y más que somos vecinos, ella en la otra cuadra vive su mamá. Yo la conozco de años, desde niña la conozco. Si, yo estoy bien. Bien, bien con ella, no tengo nada que decir. Nada que decir a que venga una chica... es todo bien” (Clara, persona de edad, Abra Pampa, Jujuy).

Sin embargo, en algunos casos en que las personas mayores recibían como cuidador a un vecino, percibían esta ayuda como un “favor” de esa persona y no como una prestación o servicio proveniente del sector público. Estos casos evidenciaban desinformación acerca del programa, de sus objetivos y de su funcionamiento. Si bien este hecho no implica desaconsejar la continuación del cuidado por parte de conocidos, en estas situaciones se destaca la necesidad de una mayor comunicación acerca de las características, requisitos de acceso y alcances del programa.

Para otras personas de edad, el acceso al servicio de cuidadores muchas veces había sido facilitado por la existencia de alguna persona conocida que trabajaba en la unidad efectora, especialmente cuando se trataba de gobiernos locales. En otros casos, las prioridades en la asignación de la prestación se veían influenciadas por acuerdos con otros actores que, por ejemplo, facilitaban el espacio físico para el dictado del curso. Cuando la búsqueda de los destinatarios no se ha realizado de un modo sistemático, surge el interrogante acerca de si las prestaciones han sido adecuadamente asignadas, y si efectivamente han llegado a las personas que más las necesitaban. Sin embargo, aunque algunas de las estrategias utilizadas no eran abarcativas, ni sistemáticas, debe destacarse que en todos los casos las personas que recibían el servicio se ajustaban al perfil requerido en el programa, y efectivamente precisaban cuidados en su domicilio (Moscovich, 2007).

4.5 La prestación de los cuidados domiciliarios

Durante la implementación del segundo componente, los coordinadores de caso realizan la convocatoria de los cuidadores, identifican a las personas a las que se brindará la prestación y articulan los intereses de ambos. Los coordinadores son quienes establecen el contacto con los familiares y les explican las funciones que cumplirá el cuidador en sus horas de trabajo con la persona mayor. A partir de los datos relevados en el trabajo de campo, en este punto el análisis se centra en las tareas que efectivamente desarrollan los cuidadores, así como en las características de la relación que establecen con las personas de edad.

4.5.1 Las tareas del cuidador

Si bien la subsistencia, el alivio de las dolencias y una vida digna constituyen derechos de todos los seres humanos, por diversas limitaciones, los destinatarios de la prestación no pueden alcanzarlos sin la imprescindible colaboración de otra persona. Por eso, la función central de los cuidadores consiste en acompañar a las personas mayores en la realización de las actividades de la vida diaria, colaborando en lo que sea necesario y promoviendo su autonomía personal tanto como sea posible.

A partir del análisis de los datos relevados, pudo observarse que los cuidadores realizaban las tareas previstas de acompañamiento y asesoramiento en múltiples actividades de la vida cotidiana, administración de medicamentos prescritos por los médicos, preparación de alimentos, higiene y arreglo personal, variadas acciones preventivas de accidentes, ayuda en la realización o concurrencia a actividades recreativas, colaboración en las prácticas indicadas por profesionales y difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.

El desarrollo de esta amplia variedad de tareas impactaba positivamente en la vida de las personas atendidas. Sin embargo, también dificultaba la delimitación de las funciones del cuidador y, más aún, la posibilidad de transmitir las claramente a la persona de edad y a su familia. La definición del rol de cuidador se complejizaba no solo por esta amplitud de tareas, sino también por la urgencia de las necesidades que enfrentaban las personas mayores al inicio de la prestación. La situación de estas personas era de tal nivel de gravedad, que el cuidador se encontraba frente al dilema de decidir qué aspectos resolver, cuáles priorizar, cuáles le correspondían y cuáles excedían su campo de trabajo. En este sentido, se ha podido observar que, cuando el cuidador llegaba al domicilio de la persona de edad, optaba por atender las necesidades que consideraba de mayor urgencia, como se aprecia a continuación.

Tareas de ayuda para el desarrollo de actividades de la vida diaria

En muchos casos, las tareas que realizaba el cuidador se orientaban a garantizar la subsistencia de la persona atendida, ya sea porque tenía limitaciones que le impedían preparar los alimentos, o bien porque no poseía recursos económicos suficientes para poder comprarlos. En los siguientes testimonios, por motivos diversos, se puede notar la necesaria intervención del cuidador para garantizar la satisfacción de esta necesidad básica de la persona mayor:

“...estuve una semana haciendo una cola de dos horas en una olla popular para darle de comer a una persona, que se supone que tenía que ir a cuidar, a cambiarle el pañal y darle de comer, y yo dos horas me hacía de cola para que coma algo, en una olla popular, porque lo tenés que resolver en el momento, no podés esperar un mes” (grupo focal con cuidadores domiciliarios, Capital y Gran Buenos Aires).

“Viene temprano, porque no puedo caminar. Y me levanta y me da el desayuno y se va a trabajar... Va a la escuela ahora ella. Trabaja ahí. Y después vuelve a la tarde, a la noche me da de cenar y me acuesta” (Eloisa, persona de edad, Tulumba).

“Me falta el pan, me falta una mercadería, alguna cosa que necesito, ella va, me lo compra, me lo trae. Después la comidita me trae a las 12. Y algunas veces, cuando no hay allá, entonces me dice mire, qué vamos a cocinar, yo compro la carne, cualquier cosa, me manda, va a comprar y la deja siempre hervir, cualquier cosa y ya tengo para comer” (Diego, persona de edad, Abra Pampa).

Si bien las tareas de cuidado variaban de acuerdo con la situación de vida particular de cada persona mayor, en todos los casos necesitaban ayuda práctica para el desarrollo de una o varias actividades de la vida diaria: vestirse, higienizarse, trasladarse, alimentarse, usar el baño, levantarse o acostarse, entre otras. Estos apoyos mejoraban la calidad de vida de las personas de edad, ya sea aliviándolas de algunas dolencias o haciendo que su vida cotidiana fuera más confortable, como muestran las siguientes narraciones de personas atendidas:

“Me hace masaje en la pierna, en el brazo, en el cuello. Me peina, me pone crema en la mano, me pone las cremas, toda la crema. Después en la cara. Después me hace masaje” (Justina, persona de edad, Lomas de Zamora).

“Me ayuda un poquito a bajarme de la cama, porque ¿sabe lo que pasa? Que yo me caí, me lastimé una pierna. Si yo me bajo de la cama me caigo. Viene a sacarme de la cama y llevarme al baño” (Mercedes, persona de edad, Florencio Varela).

“Yo la necesito para afeitarme y para cortarme las uñas, para peluquearme, para cualquier cosa, si es posible lavarme los pies, bañarme...” (Elsa y Federico, personas de edad, Tulumba).

El cuidador contribuía también a mantener el orden y la limpieza del ambiente en el que vivía la persona mayor. Si bien muchos cuidadores colaboraban en la realización de este tipo de tareas, las situaciones problemáticas surgían cuando se convertían en su actividad central. En esos casos, la limpieza insumía la mayor parte del tiempo que debían dedicar al cuidado de la persona de edad, y se transformaba en el parámetro de la persona atendida o su familia para valorar su desempeño. Sin

embargo, algunas personas mayores reconocían que las tareas de limpieza no le correspondían al cuidador, y por lo tanto evitaban que se ocupara de ellas.

En este punto, nuevamente aparecieron problemas en torno a la definición del rol. Mientras algunos cuidadores solo manifestaban la dificultad para lograr acordar con la persona atendida y con su familia cuáles eran sus funciones, otros insistían en realizar todas las aclaraciones necesarias para defender la especificidad de sus competencias.

Tareas orientadas al cuidado de la salud

Los cuidadores contribuían de diversos modos a la atención de la salud de la persona mayor, facilitando el acceso a los servicios sanitarios, la obtención o compra de medicamentos, y posibilitando la continuidad de los tratamientos médicos. Acompañaban a las personas de edad a las consultas médicas y también realizaban variadas gestiones, como solicitar turnos, completar formularios, gestionar pedidos de prestaciones o prácticas médicas y comprar medicamentos. En el siguiente testimonio de una persona mayor puede observarse el desempeño de algunas de estas tareas:

“Cuando no está mi hijo va a PAMI, me hace los trámites, yo tengo trámites de Remedios de Escalada, que me mandan los medicamentos [...] a PAMI de Escalada, voy a buscar los medicamentos. Bueno, me va a pagar los impuestos cuando yo no puedo ir, todos los trámites ella me los hace” (Justina, persona de edad, Lomas de Zamora).

Tareas referidas a obtención de beneficios y recursos públicos

Otras de las tareas que desarrollaban los cuidadores domiciliarios, y que poseían un notable impacto en la vida de las personas mayores, eran las referidas a la orientación para obtener información y el contacto con diversos recursos públicos, a partir de su conocimiento sobre la existencia de determinados derechos o beneficios. Además, efectuaban las gestiones necesarias para que la persona de edad lograra acceder a ellos, como puede advertirse en la siguiente narración:

“Ahora este muchacho [refiriéndose al cuidador], ya hicimos... lo hizo él, el trámite de la prótesis, ya está. Y el otro día, el día 18 de setiembre entregamos los otros papeles para la pensión por discapacidad en Sáenz 271. También me ayudó en eso, porque los trámites son interminables. Interminables...” (Oscar, Villa Fiorito, Lomas de Zamora).

Los coordinadores propusieron a los cuidadores priorizar y valorizar la realización de este tipo de tareas de gestión para la obtención de recursos provenientes del sector público. De este modo, se logran beneficios sostenibles más allá del lapso en el cual se desarrolla la prestación. Entre otras cuestiones, muy frecuentemente los cuidadores se han encargado de efectuar los trámites necesarios para que las personas mayores accedieran al cobro de la jubilación. El siguiente testimonio, de una coordinadora, ilustra las diversas gestiones que pueden realizar los cuidadores para conseguir recursos que mejoren la calidad de vida de la persona de edad:

“Hay mucha dificultad en hacer llegar la información, porque están saturados todos de los puestos de capacitación o de información. La gente no sabe que mayores de 70 años pueden tener una cobertura médica del PAMI, que les permite entonces la asistencia en clínicas, no sabían. [...] Lo que nosotros intentamos es eso, incluirlos dentro de un sistema de protección. La realidad es que hay muchos viejos que están muy alejados de los centros... alejados de los hospitales, alejados de las delegaciones, alejados de la Obra [...] Lo que nosotros podemos, por lo que es el cuidador domiciliario en este momento... si vos tenés una prestación de 5 meses, que sabés que van a ir 5, 4 meses el cuidador a la casa, que tiene que garantizar un aporte en la vida de ellos, más allá de nuestra presencia, conectarlos con un comedor comunitario donde puedan ir a buscar el alimento, ver si pueden entrar en un plan de pensión o jubilación, ver si pueden tener alguna cobertura a través del PAMI y alguna orientación a la familia de lo que iba sucediendo. Eso es lo que nosotros pudimos

hacer. Y eso es lo que vamos a hacer el año que viene” (Marisa, coordinadora general de varias experiencias, González Catán, Gran Buenos Aires).

Tareas de compañía social y apoyo emocional

Además de las tareas detalladas, los cuidadores aportaban otro tipo de cuidados, que involucraban dos funciones de apoyo sumamente importantes para el bienestar de las personas mayores: la compañía social y el apoyo emocional. El diálogo, la lectura, el entretenimiento, la contención, el estar juntos y el compartir vivencias aparecieron entre los cuidados más valorados por las personas de edad. Si se considera que los recursos de apoyo social de la mayoría de las personas eran insuficientes, puede comprenderse más profundamente la importancia que para ellas reviste este tipo de atención. Las narraciones de estas personas mayores dan cuenta de ello:

“Necesito yo. Antes que todo necesito alguien que me acompañe, conversemos de cosas lindas, ella me cuenta lo que ha visto en la calle, qué cosas ha visto, algunas veces va a las reuniones... viene, me cuenta... ¿ve? Eso es un alivio para uno” (Clara, persona de edad, Abra Pampa).

“Acá tomamos mate, es una compañía. Tomábamos mate, conversábamos, ella contaba problemas que tenía en su casa, desahogaba otros problemas ella, así que era como un intercambio” (Cora, persona de edad, Florencio Varela).

4.6 La nivelación: capacitación continua y supervisión

Como ya se ha explicado, la nivelación incluye reuniones semanales de actualización y supervisión. En estos encuentros, conducidos por los coordinadores, los cuidadores encuentran contención para compartir los problemas de la práctica diaria, adquieren herramientas para resolverlos, profundizan temas que fueron escasamente abordados durante la capacitación y obtienen recursos para su inserción laboral autónoma. Tanto los coordinadores como los cuidadores domiciliarios consideraron que la nivelación había sido positiva. Los cuidadores plantearon que este espacio les había permitido, por una parte, consolidar los conocimientos adquiridos en el curso realizado durante el desarrollo del primer componente del programa, y por otra, incorporar nuevas herramientas que habían considerado necesarias a partir del inicio de las tareas en los domicilios. Coincidieron en la importancia que revisten estos encuentros, en los que pueden ser escuchados, intercambiar sentimientos y experiencias, así como compartir logros y desaciertos. Por su parte, los coordinadores también valoraron especialmente este espacio, ya que estimaron que proporcionaba contención a los cuidadores y les permitía sentirse acompañados en la tarea.

Siguiendo los lineamientos del programa, los contenidos trabajados en la etapa de nivelación habían sido acordados entre los cuidadores y los coordinadores. En muy pocos casos se manifestaron quejas sobre el funcionamiento de esta instancia, que se referían fundamentalmente a que los coordinadores no habían considerado los temas que los cuidadores habían propuesto para ser profundizados.

Además de las actividades de actualización y supervisión, la nivelación apunta a que los cuidadores incorporen variados instrumentos, como nociones de *marketing* o cooperativismo, que faciliten su inserción laboral. La conformación de cooperativas merece destacarse, ya que las experiencias en las que se concretaron han resultado muy positivas, mejorando tanto las posibilidades laborales de los cuidadores como las de que las personas mayores continúen recibiendo los cuidados en su domicilio, con independencia que la implementación del programa hubiese concluido. Los cuidadores manifestaron satisfacción con las cooperativas, y en diversas experiencias estaban trabajando en la conformación de este tipo de organizaciones:

“No estamos dependiendo siempre del programa, o tampoco de las becas que nos dan, nosotros hemos formado una cooperativa, estamos esperando... ya se aprobó, pero no nos ha llegado el papel a nuestras manos, pero estamos formando, porque tenemos ganas de seguir trabajando y en algún momento capaz que se acabe el programa, capaz que ya no haya, entonces nosotros lo que queremos es armar, seguir con los

adultos, para no dejarlos solos, abandonados. Estamos formados, tenemos el centro de día, se aprobó y en la cooperativa vamos a hacer el próximo encuentro, el primer encuentro... entonces tenemos ganas de seguir trabajando, entonces nosotros no nos sentimos tan solos o colgados así del programa” (grupo focal con cuidadores domiciliarios, Jujuy).

La conformación de cooperativas ha resultado una interesante alternativa de autoempleo. Estas han funcionado mejor cuando las unidades efectoras a las que pertenecían habían implementado el programa en varias oportunidades, y además habían brindado apoyo a los cuidadores para gestionar la inscripción correspondiente. Las cooperativas constituyen una estrategia para superar muchos de los problemas que afectan a los cuidadores. Entre ellas, puede mencionarse la dificultad para establecer el valor de su prestación en forma privada, las limitaciones para hacer comprender su rol a los familiares de la persona atendida o la falta de medios para difundir sus servicios entre quienes puedan pagar por ellos (Moscovich, 2007).

5. Fortalezas y debilidades en la implementación del programa en las unidades efectoras evaluadas

El análisis efectuado permite identificar tanto las fortalezas del programa como las debilidades en su implementación en las unidades efectoras evaluadas. Entre las primeras se destacan las relacionadas con: i) la continuidad en su implementación y el permanente crecimiento de sus alcances, ii) el impacto positivo del programa en la vida de las personas mayores, de los cuidadores y de los familiares de las personas atendidas, iii) la flexibilidad para realizar adecuaciones a las realidades regionales y modificaciones generales, iv) las articulaciones efectuadas con recursos locales y la firma de convenios que fortalecen sus posibilidades, y v) la profundización del programa como política social.

Con respecto a las debilidades, deben hacerse algunas aclaraciones. La primera es que surgen del análisis de la implementación en las unidades efectoras evaluadas, y en algunos casos no se corresponden con debilidades del programa, sino que se derivan de deficiencias en su ejecución. La segunda es que, las que involucraban al programa en sí, recibieron un seguimiento desde el momento de la realización de la investigación hasta la actualidad. Por esta razón, se expondrán las debilidades halladas en el desarrollo del trabajo de campo, así como las respuestas que, posteriormente, se han brindado desde la Coordinación Nacional, y que han logrado transformarlas en fortalezas, mejorando notablemente la implementación del programa en la actualidad.

Hechas estas aclaraciones, las debilidades detectadas fueron: i) la dificultad para definir el rol del cuidador y las tensiones que esto genera en la relación con las personas mayores y sus familiares, ii) los efectos negativos de la culminación de la prestación, cuando las personas atendidas continúan viviendo las mismas situaciones de vulnerabilidad que a su inicio, iii) la percepción por parte de los cuidadores que el monto de la beca percibida es insuficiente en relación con la tarea que realizan y la cantidad de personas a quienes deben brindar los cuidados, iv) la escasa participación de algunos coordinadores, v) las dificultades en el desempeño del rol que involucran aspectos éticos del cuidador, vi) la imposibilidad de cubrir la totalidad de la demanda de este tipo de cuidados, y vii) la discontinuidad en la implementación de la prestación y su renovación, por la espera que suponen los tiempos administrativos y legales para la firma de convenios.

5.1 Análisis de las fortalezas

5.1.1 Continuidad y crecimiento del programa

Desde su reformulación en 2002 hasta la actualidad, el programa ha mostrado no solo continuidad en su implementación, sino también un notable crecimiento tanto en la cantidad de unidades efectoras que participan como en el número de cursos dictados, de cuidadores formados, de prestaciones

concretadas y de personas atendidas. Si se considera que desde 1996 hasta 2002 se formaron 2.290 cuidadores, y que en 2008 el programa se implementó en 350 unidades efectoras, concretando en este último año 120 cursos de formación (4.800 cuidadores formados) y 50 sistemas de prestación (11.875 personas atendidas), puede sostenerse que su expansión ha sido muy notable.

5.1.2 Impacto positivo en la vida de las personas atendidas, de sus familiares y de los cuidadores domiciliarios

Impacto en las personas atendidas

Si se efectúa un análisis del impacto de los cuidados domiciliarios en las personas atendidas, pueden identificarse diferentes áreas en las que se verifican mejoras. Desde el inicio de la prestación, los cuidadores brindan ayuda para responder a necesidades agudas que padecen las personas mayores. Sin embargo, también pudo observarse que las tareas que realizaban no se reducían a garantizar la subsistencia de la persona atendida. Por el contrario, el rol del cuidador domiciliario contribuía a satisfacer desde necesidades básicas hasta otras cuyo logro resulta más complejo, como mejorar la autoestima y el desarrollo personal de la persona de edad.

Su trabajo trascendía la ayuda para el desarrollo de las actividades cotidianas, mejorando notablemente las condiciones de vida de las personas que recibían esta prestación. Como se detalló en el punto referido a las tareas de los cuidadores, ellos cumplían variadas funciones de apoyo, que involucraban el desarrollo de actividades de la vida diaria, el cuidado de la salud, la obtención de diversos recursos públicos, así como la compañía social y el apoyo emocional. Uno de los puntos fuertes de la función del cuidador fue la flexibilidad para conseguir los objetivos que se proponían en cada caso particular. La labor personalizada logró, a partir de la estimulación, reconectar a la persona con sus capacidades y posibilidades.

Impacto en las familias de las personas atendidas

Los familiares de las personas atendidas también mostraron una generalizada satisfacción con el servicio de cuidados domiciliarios, ya que los liberaba de atender una demanda de ayuda que los excedía y les impedía continuar desarrollando su vida habitual. Para la familia, la prestación tuvo un impacto muy positivo, pues al no disponer de recursos económicos para pagar los servicios de un cuidador, se veían obligados a cuidar de una persona sin tener posibilidades para hacerlo adecuadamente. De este modo, a partir de la labor del cuidador domiciliario, se preserva una relación saludable y satisfactoria entre la persona mayor y sus familiares. Estos últimos pueden ofrecerle cuidados y apoyo, aunque más puntuales, y tener una influencia beneficiosa en su bienestar integral.

Impacto en los cuidadores

Para la mayoría de los cuidadores domiciliarios, la participación en el programa impactó muy positivamente sus vidas. Al inicio del curso, casi todos los alumnos estaban desocupados, padecían diferentes tipos de carencias y no poseían capacitación específica alguna que les permitiera obtener fácilmente un empleo. El programa les permitió el logro de una salida laboral concreta durante la etapa correspondiente a la prestación, y efectuar contactos para continuar o complementar las tareas de cuidados en el sector privado. Para aquellas personas que se desempeñaban como cuidadores con anterioridad al inicio del curso, este implicó la incorporación de conocimientos variados, que mejoraron su tarea y el reconocimiento de su labor.

Además de la obtención de un trabajo remunerado, los cuidadores expresaron sentirse satisfechos emocionalmente. La tarea de cuidados domiciliarios les dio mayor seguridad, la oportunidad de salir de sus hogares, de relacionarse con otras personas y de conocer diferentes realidades. También les permitió insertarse en nuevas y variadas redes sociales, y todo ello supuso un enriquecimiento personal, puesto que la pluralidad invita al aprendizaje y a compartir experiencias diversas. El espacio de la nivelación fue un momento de contención personal para los cuidadores, en el que frecuentemente plantearon situaciones conflictivas que ellos mismos sufrían, como maltratos e

incluso violencia familiar. Además de una salida laboral, la adquisición de nuevas habilidades les permitió un mayor reconocimiento de sus familiares y vecinos, que solían pedirles ayuda o asesoramiento para realizar alguna tarea como el control de la presión arterial y de los signos vitales.

5.1.3 Flexibilidad para realizar adecuaciones a las realidades regionales y modificaciones generales al programa

Una importante fortaleza del programa detectada en el proceso de investigación fue la posibilidad que brinda a las unidades efectoras de realizar diversas adaptaciones de acuerdo con la realidad local. La estructura del programa y la receptividad de sus autoridades le confieren flexibilidad a su diseño. Este carácter dinámico permite un mayor aprovechamiento de los diversos recursos locales y el desarrollo de adecuaciones, tanto en lo relativo a los contenidos como en la asignación de las tareas al cuidador.

Todos los coordinadores consultados, e incluso algunos cuidadores, coincidieron en que el equipo de Coordinación Nacional era accesible para los responsables de las experiencias, se comunicaba fluidamente con los coordinadores locales, escuchaba sugerencias y era flexible para realizar adaptaciones que mejoraran el funcionamiento del programa. Esta posibilidad de efectuar cambios ha tenido una incidencia positiva, ya que se han hecho algunas modificaciones a partir de la retroalimentación que suponía la información brindada por los coordinadores, cuidadores y demás actores involucrados. Es así que se profundizaron contenidos considerados necesarios, como aquellos vinculados a los cuidados paliativos; se extendió el tiempo de dictado del curso; se incluyeron las figuras del asesor y del supervisor psicológico, y se incrementaron las horas destinadas a las actividades de supervisión y contención durante la implementación del sistema de prestación, entre otras transformaciones.

5.1.4 Articulación con recursos locales y firma de convenios que fortalecen las posibilidades del programa

En reiteradas oportunidades se pudo observar que, a partir de la implementación del programa, se concretaron diversas articulaciones con recursos locales —efectores sociales e instituciones que trabajan con la temática de la tercera edad— que mejoraron la prestación y potenciaron las posibilidades de brindar soluciones duraderas a las necesidades de las personas mayores. Algunas de las dificultades que aparecieron en la puesta en marcha pudieron resolverse mediante la combinación creativa de recursos locales y otros programas asistenciales. Cuando el programa logra esa articulación, tiene mayores posibilidades de mejorar sus alcances.

Del mismo modo, el trabajo conjunto con otros organismos del gobierno e instituciones, y los convenios firmados tanto con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el INSSJyP como con la Fundación del Hospital de Clínicas, permitieron aunar recursos y esfuerzos e implicaron avances de enorme importancia en el impacto del programa.

5.1.5 Profundización del programa como política social

Si bien desde sus inicios el programa fue concebido como una política social destinada al mejoramiento de la calidad de vida y a la inclusión tanto de las personas que necesitaban cuidados como de la población desocupada que tenía dificultades para reingresar al mercado de trabajo formal, a lo largo de su implementación se han alcanzado logros que fortalecieron estas metas.

La articulación con las autoridades del INSSJyP propiciará, en una etapa futura, no solo la inclusión de los cuidadores domiciliarios como un recurso humano calificado para la atención de su población objetivo, sino también la capacitación de los cuidadores informales que la obra social tiene en servicio en la actualidad. La posibilidad que los cuidadores capacitados ingresen al mercado laboral formal en condiciones de monotributistas sociales, accedan a una obra social y

efectúen aportes jubilatorios, y la conformación de cooperativas de cuidadores domiciliarios que mejoran sus condiciones y posibilidades laborales, son claros ejemplos de esta profundización del programa como política social.

5.2 Análisis de las debilidades

5.2.1 Dificultades para definir el rol del cuidador domiciliario

De manera reiterada, se observaron dificultades para definir el rol del cuidador domiciliario. A pesar que su perfil técnico y laboral está explicitado en el programa, se tornó problemático circunscribirlo en la labor concreta. Los cuidadores podían detallar sus funciones teóricamente, pero les resultaba difícil transmitirlo en la práctica, en particular, cuando se trataba de delimitar las tareas que la familia pretendía que desempeñara en el hogar. Se debe considerar que, además de constituir una práctica relativamente nueva, la formación del cuidador domiciliario responde a un enfoque de apoyo integral escasamente conocido en nuestra sociedad. Comúnmente se entiende por “cuidados” a ciertas ayudas más específicas, como las que pueden brindar una enfermera en el domicilio o una empleada doméstica en los quehaceres cotidianos.

La amplitud de las tareas que desempeñan los cuidadores domiciliarios posee tanto aspectos positivos como negativos. Entre los primeros, se destaca fundamentalmente la alta flexibilidad para adaptarse a las necesidades particulares de cada persona. Sin embargo, esta amplitud genera confusión en las personas atendidas, en sus familias y aún en los propios cuidadores, quienes deben realizar un permanente esfuerzo por aclarar cuáles son sus funciones frente a demandas que sobrepasan los límites de su rol.

Ante estas situaciones, se pueden desarrollar diversas estrategias que permitan clarificar el papel del cuidador domiciliario para los diferentes actores involucrados en la prestación. Al respecto, durante la etapa correspondiente al curso, la Coordinación Nacional ha incluido un trabajo más profundo en torno a las competencias del cuidador. Este esfuerzo por delimitar sus funciones previene malentendidos y hace posible que la relación entre el cuidador, la persona atendida y su familia sea más distendida y saludable.

El conocimiento que acerca del programa poseen las personas mayores y sus familiares es, en muchos casos, insuficiente y parcial. Frecuentemente, la prestación no es entendida como un derecho, ni como un servicio social proveniente del sector público. Es necesario entonces que los coordinadores, con el apoyo de los cuidadores, realicen una activa tarea de transmisión de las características y funcionamiento del programa, tanto para quienes ya pertenecen a él como para la comunidad en general —y, de hecho, esta actividad está prevista—. En este sentido, es de gran importancia la difusión del programa desde las unidades efectoras, a través de medios de comunicación a los que accedan las personas de edad y sus familias.

La defensa del rol del cuidador y la especificación de las tareas a cumplir se facilita cuando los coordinadores colaboran en tal sentido. Ellos cumplen un papel muy importante, al ser el nexo entre la familia y los cuidadores. Antes de que se inicie la prestación, deben proporcionar toda la información que sea necesaria para despejar dudas y falsas expectativas en torno a su trabajo en el domicilio. Aclarar el tipo de tareas que cumplirá y las ayudas que brindará desde el principio facilitará el trabajo posterior del cuidador y evitará el esfuerzo de rever permanentemente su rol. Cabe destacar que el programa aporta un instrumento denominado “propuesta de prestación”, en el que se pautan los días y horarios en que el cuidador concurrirá a los domicilios y se explicitan por escrito las tareas que desempeñará. El uso de este instrumento es de gran utilidad, para evitar algunos de los problemas asociados a las funciones del cuidador en la casa.

5.2.2 Efectos negativos de la culminación de la prestación

Al finalizar el período de la prestación, el cuidador culmina su labor en la casa de la persona mayor y deja de percibir la beca como contraprestación del servicio. En algunos casos, ninguna de las partes deseaba esta finalización, y ello generaba efectos negativos en ambas. Las personas atendidas sentían que quedaban nuevamente desprotegidas y libradas a su suerte, ya que continuaban viviendo situaciones de vulnerabilidad iguales o similares a las del inicio. En estas circunstancias, la interrupción de la prestación generaba mucha angustia a los cuidadores. Se sentían desprotegidos, responsables y culpables por “abandonar” a una persona con la cual, además, habían establecido un vínculo afectivo. Los cuidadores expresaron que el programa no les brindaba herramientas para manejar la separación que implica esta instancia. Si bien prevé la intervención de los coordinadores con anterioridad al inicio y hasta el final de la prestación, en algunos casos estos no solo tenían escasa participación, sino que además no habían informado a las personas de edad acerca de la culminación del servicio.

Ante estos resultados, se considera que la presencia y el acompañamiento por parte de los coordinadores resultan de gran importancia. Estos, como responsables de transmitir las condiciones del programa a la persona mayor y a su familia, deben también tener una labor activa en la finalización del servicio, brindando el apoyo necesario en esta etapa. Los cuidadores demandaron una mayor contención psicológica durante todo el período de la prestación, tanto para afrontar situaciones de necesidad grave y urgencia de las personas de edad como para poder tomar distancia y sobrellevar la culminación de la tarea de cuidados y la despedida. Como respuesta a esta demanda, desde la Coordinación Nacional se decidió incluir la figura del supervisor psicológico durante la implementación del segundo componente. Con el propósito que los cuidadores domiciliarios pudieran contar con el apoyo y la contención que solicitaban, se asignó una carga horaria de 48 horas, para el trabajo en encuentros semanales con el psicólogo.

Gran parte de las situaciones problemáticas que surgen de la culminación de la prestación se resuelven cuando se encuentran alternativas de sostenibilidad del servicio. En distintas experiencias, las unidades efectoras han obtenido los recursos necesarios —provenientes de los municipios o del INSSJyP (PAMI)— para mantener los cuidados domiciliarios hasta concretar la implementación de un nuevo sistema de prestación. Esto supone un rol muy activo de la organización o del gobierno a nivel local. Como era de esperar, en las experiencias que pudieron dar continuidad al programa —Río Ceballos, Villa Allende, Abra Pampa y Palpalá—, la finalización de la prestación no surgió como un tema problemático. En otros casos, fueron las personas atendidas o el propio cuidador —durante la etapa de prestación— quienes gestionaron recursos y obtuvieron subsidios, el pago de una pensión, la inserción en una red social, la vinculación con algún familiar o la inclusión en un servicio de salud, que implicaron mejoras para la vida de estas personas. En estas situaciones en las que, a partir de la tarea del cuidador domiciliario, se había logrado la conexión de la persona atendida con los sistemas de seguridad social, las redes sociales barriales y la familia, se generaban resultados positivos duraderos y la culminación de la prestación resultaba menos negativa (Moscovich, 2007). Es preciso destacar que la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, ha ampliado el plazo de los convenios firmados con las unidades efectoras, lo que permite mejorar la continuidad en la prestación. Por otro lado, es importante aclarar que los convenios son renovados permanentemente.

5.2.3 Insuficiencia del monto de la beca según la percepción de los cuidadores

Desde la perspectiva de los cuidadores, el monto de la beca que percibían y la ausencia de reintegro de viáticos y de aportes a la seguridad social constituían obstáculos para el desarrollo de sus tareas. El monto de la beca fue considerado insuficiente, tanto en relación al tiempo requerido para desarrollar las tareas como a la responsabilidad que estas implicaban. Como se expuso anteriormente, el cuidador domiciliario también es una persona de escasos recursos, que antes de iniciar la etapa de prestación, en la mayoría de los casos, se encuentra sin ocupación laboral. Los coordinadores

consultados no poseían una opinión unánime acerca de la suficiencia de la beca mensual. Mientras que para algunos el monto era apropiado, para otros un incremento resultaba imprescindible para la sostenibilidad del programa.

El número de personas a las que deben brindar los cuidados surgió como otra situación problemática. En el marco del sistema de prestación, se prevé que el cuidador distribuya sus horas de trabajo en la atención de tres personas mayores. De este modo se mejora la eficiencia del programa, al atenderse un número mayor de personas. Por otra parte, el cuidador se familiariza con diversos casos y enriquece su capacitación. Sin embargo, tanto las personas de edad como los cuidadores evaluaron la atención de tres personas como excesiva. Las personas mayores sentían que los cuidadores “*corrían de un lugar a otro*” sin poder estar en cada domicilio el tiempo necesario. Por su parte, los cuidadores compartían la sensación de que la tarea no se lograba cumplir adecuadamente sin permanecer más tiempo en las casas de las personas atendidas. Además, el hecho de tener que concurrir a diferentes domicilios les implicaba una mayor inversión en tiempo y en costos de traslados. En algunos casos, sin embargo, los coordinadores locales respondieron satisfactoriamente a estas demandas de los cuidadores, logrando, por ejemplo, que se ocuparan solo de dos personas que habitaban en una misma casa, o de manera exclusiva de una persona mayor, cuando la situación era de gravedad.

Como respuesta a las dificultades planteadas, el monto recibido se aumentó en el año 2009 a un valor proporcional al salario mínimo, vital y móvil. Además, como se detallará más adelante, la posibilidad de los cuidadores de incorporarse al monotributo social ha mejorado notablemente sus condiciones laborales, ya que pueden acceder a una cobertura médica y efectuar aportes previsionales, entre otros beneficios.

5.2.4 Escasa participación de algunos coordinadores

A lo largo de la evaluación aparecieron situaciones en las cuales una activa participación de la coordinación hubiera sido necesaria para facilitar el trabajo del cuidador y controlar la calidad de la prestación. Por diversos motivos, los coordinadores no habían logrado articular el delicado equilibrio de intereses entre el cuidador y la persona atendida. En particular, la supervisión de la tarea del cuidador y la comunicación con las personas mayores aparecieron como los aspectos más descuidados. En algunos casos, como se dijo, no se había proporcionado información suficiente a las personas atendidas, ni a sus familias, acerca de las características y el funcionamiento del programa. Además, los cuidadores han solicitado un mayor involucramiento de los coordinadores cuando se produce la finalización de la prestación.

Algunos de estos pedidos de participación más activa de los coordinadores a nivel local se han podido resolver a partir de la permanencia y continuidad del programa en muchas unidades efectoras. Esto ha colaborado en el fortalecimiento de los equipos de trabajo, que han podido apropiarse de sus respectivos roles y comprometerse más con su tarea.

5.2.5 La ética del cuidador: dificultades en el desempeño de su rol

La evaluación que las personas mayores hicieron de la prestación ha sido unánimemente positiva. Sin embargo, aunque muy escasamente, aparecieron ciertos aspectos con los que mostraron disconformidad. Entre los entrevistados hubo quejas sobre la inasistencia o impuntualidad de los cuidadores. En los casos en que los familiares debían esperar al cuidador para poder concurrir a sus trabajos, las llegadas tarde eran un tema que perjudicaba notablemente la organización doméstica.

En ningún caso las quejas acerca del desempeño de los cuidadores generaron pedidos de cambio de la persona que les brindaba la prestación. Este hecho permite valorar las necesidades que atraviesan estas personas, y la importancia de la ayuda que los cuidadores les proveen.

5.2.6 Límites en los alcances del programa

A pesar que las personas formadas hasta la actualidad superan las 12 mil, esta cantidad no permite cubrir el gran número de personas mayores que necesitarían cuidadores domiciliarios. Aún funcionando bien e implementando la mejor estrategia de identificación de los destinatarios de la prestación, en casi todos los casos la demanda de atención supera ampliamente a la cantidad de cuidadores disponibles. Sin embargo, se han realizado grandes avances, que han mejorado notablemente los alcances del programa.

En las localidades pequeñas, en las que se ha logrado poner el programa en marcha en varias oportunidades, se han podido satisfacer las necesidades de cuidados domiciliarios a nivel local. Además, el convenio firmado entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el INSSJyP (PAMI) ha permitido incluir en el período de capacitación a cuidadores informales, que brindaban sus servicios a personas que habían recibido el subsidio correspondiente de la obra social. Considerando que el INSSJyP (PAMI) incluye al 80% de las personas mayores de la Argentina, la formación de los cuidadores informales incrementa notablemente la posibilidad de recibir cuidados domiciliarios de personas capacitadas.

La escala del programa también ha aumentado, ya que desde su reimplementación en 2002 y hasta la actualidad se incrementó sustancialmente el presupuesto asignado, permitiendo no solo extender el tiempo de dictado de las clases y la inclusión de otras figuras profesionales, sino fundamentalmente la multiplicación de experiencias y la llegada a todo el país.

5.2.7 Discontinuidad en la implementación de la prestación y su renovación

La espera que suponen los tiempos administrativos y legales para que las unidades efectoras rindan cuentas y vuelvan a firmar los convenios provoca una interrupción en las implementaciones del programa. Los cuidadores domiciliarios plantearon como una dificultad la discontinuidad en la inserción laboral que ello provoca. Esto se debe fundamentalmente a que el tiempo que media entre la finalización del curso y el inicio del sistema de prestación, así como entre las sucesivas implementaciones de este último, generalmente ronda los tres meses. Las unidades efectoras tienen muchísima dificultad para rendir cuentas de manera oportuna y correcta, por ello, durante 2009 la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, envió técnicos para realizar capacitaciones sobre este tema en las provincias.

Durante el lapso que dura la interrupción, muchos cuidadores formados desertan o se emplean en otros trabajos, provocando una merma en la cantidad de cuidadores disponibles para atender a la población local. Aquellos que habían participado en más de una prestación, o que realizaban la tarea de hecho, podían continuar trabajando de manera privada durante estas “lagunas” que se presentan en el programa. Sin embargo, para muchos resultaba difícil seguir manteniendo el contacto con la coordinación, y debían buscar otras alternativas laborales para asegurar su subsistencia. Esta situación también generó dificultades a los coordinadores, ya que los grupos se disolvían y debían volver a reunirlos para poder iniciar la prestación.

Con respecto a esta dificultad, muchas de las unidades efectoras han logrado continuar el trabajo con los cuidadores en los períodos que median entre las prestaciones. Por una parte, las organizaciones que se desempeñan como contrapartes del programa desde hace tiempo se conectan con cuidadores formados y buscan vincularlos con personas mayores que puedan pagarles. Por otra, la conformación de las cooperativas de cuidadores domiciliarios también ha mejorado notablemente la posibilidad de conseguir una ocupación permanente.

Realizado el análisis de las fortalezas y debilidades del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, también es relevante considerar sus oportunidades y amenazas. Entre las oportunidades para su consolidación y crecimiento merecen destacarse: el hecho que el programa sea de carácter nacional, con financiamiento del Tesoro Nacional; una nueva mirada en las políticas

sociales a partir de 2003, en la que los derechos de las personas mayores son centrales; la decisión política de fortalecer el programa con recursos humanos y financieros; el importante aumento presupuestario que ha tenido, en particular en los últimos tres años, y que ha permitido que el programa llegue a todas las provincias del país; la conformación de cooperativas de cuidadores domiciliarios; los subsidios que brinda el INSSJyP (PAMI) a sus afiliados para pagar el servicio, así como las articulaciones y convenios con diversos efectores sociales, instituciones y organismos de gobierno. Por otra parte, al mismo tiempo que es una oportunidad, puede también entenderse como una amenaza el hecho que, al ser un programa nacional, los cambios de ministros o gestiones políticas podrían no priorizarlo como política pública y social.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

El análisis efectuado a lo largo de este capítulo permite concluir que el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios tiene una gran relevancia, por diferentes motivos. Desde la perspectiva de las recomendaciones internacionales en materia de envejecimiento, considera los principios enunciados por las Naciones Unidas a favor de las personas mayores (Naciones Unidas, 1998 y 1999) y la necesidad de “*ofrecer sistemas adecuados y sostenibles de apoyo social a las personas de edad*”, expresada en el artículo 12 del Informe Final de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002). En concordancia con ello, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento también propone aumentar la disponibilidad de sistemas de apoyo como uno de los objetivos para la creación de un entorno favorable y propicio para las personas mayores (CEPAL, 2004). Por otra parte, la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores planteó como un objetivo principal “*fortalecer las redes de apoyo social de las personas mayores para mejorar su calidad de vida y potenciar su desarrollo como sujetos de derechos*” (CEPAL/CELADE, 2002), y la Organización Mundial de la Salud destacó la importancia de la participación y el apoyo social en el bienestar y la salud integral de las personas de edad (OMS, 2002). El programa que ha sido objeto de este estudio da respuesta a todos estos planteamientos, desde una perspectiva de derechos.

En un escenario caracterizado por un elevado envejecimiento poblacional, un acelerado crecimiento del grupo de los viejos-viejos, un aumento de los hogares unipersonales de personas mayores y la disminución de los cuidadores informales, el diseño y la puesta en marcha del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios como política social constituye una respuesta frente a la necesidad creciente de cuidados de largo término que se presenta en la población de personas de edad. El programa funciona adecuadamente, y desde su reformulación en 2002 ha mostrado no solo continuidad en su implementación, sino también un notable crecimiento tanto en la cantidad de unidades efectoras que participan como en los cursos implementados, los cuidadores formados, las prestaciones concretadas y el número de personas atendidas. Además, se trata de un programa de elevado nivel de eficiencia, ya que con los mismos recursos logra atender las demandas de dos poblaciones diferentes: los desocupados y las personas mayores.

En líneas generales, en casi todas las experiencias, el primer componente del programa, relativo a la formación de los cuidadores, funciona sin mayores dificultades. La capacitación que reciben los cuidadores es integral y permite atender satisfactoriamente a las personas de edad. Para la gran mayoría de los participantes, el curso de formación constituye una oportunidad de retomar sus estudios y un desafío ante el aprendizaje de nuevos contenidos y las exigencias a cumplir. Las tensiones surgidas en torno a las incumbencias de los cuidadores se relacionan con la dificultad de definición de su rol, en parte vinculada con la formación de una identidad en un campo poco explorado, lo que se profundiza por las implicancias del cuidado de personas mayores que viven situaciones de carencias extremas. Los cuidadores sienten la responsabilidad de responder a las necesidades de la persona de edad y de cubrir áreas de trabajo que, aunque no les competen, les

permitan manejar con solvencia las situaciones que enfrentan al cuidar a una persona sin recursos ni acceso a las condiciones mínimas de vida, salud y vivienda. Aún así, los cuidadores se apropian de su tarea, la valoran y se sienten idóneos para resolver las situaciones que se les presentan.

Como resultado del primer componente, los cuidadores logran no solo una adecuada capacitación, sino también la posibilidad de obtener una salida laboral e ingresar en el mercado de trabajo formal. En este sentido, el monotributo social constituye un avance importante en las condiciones laborales de los cuidadores, ya que pueden acceder a una obra social, ser prestadores “en blanco” y realizar aportes para su posterior jubilación. La conformación de cooperativas también es un resultado que merece destacarse. Además, pudo notarse que a partir de su participación en esta etapa del programa, los cuidadores se fortalecen de diversos modos: logran aumentar la confianza en sí mismos para continuar sus estudios y emprender nuevos proyectos, e incluso sienten un mayor reconocimiento de su tarea por parte de familiares y conocidos.

También se ha logrado implementar adecuadamente el segundo componente del programa. La evaluación que realizaron las personas atendidas fue muy favorable, e incluso la calidad de la prestación fue valorada positivamente por todos los actores involucrados. Aún en los pocos casos en que las personas atendidas plantearon alguna queja, deseaban continuar recibiendo el servicio. La prestación, como se ha explicitado, se brinda a las personas mayores que requieren cuidados y que no disponen de recursos económicos ni de apoyo familiar suficiente para satisfacer esa necesidad. Un número elevado de estas personas mayores tiene serias limitaciones para desarrollar de manera autónoma las actividades de la vida diaria, viven solas y no tienen recursos de apoyo informal suficientes. En estos casos, que culminarían en internaciones anticipadas en residencias de larga estadía, en exclusión social y hasta en accidentes o muertes solitarias en el propio hogar, la prestación de cuidados domiciliarios impacta muy positivamente, ya que a partir de la ayuda que reciben pueden mantener cierta autonomía, permanecer en sus hogares, conservar sus roles familiares y participar de actividades sociales y comunitarias. La labor de los cuidadores domiciliarios influye en la salud integral de la persona de edad, ya que su formación polivalente les permite prestar con idoneidad una amplia variedad de ayudas, que si bien involucran fundamentalmente la realización de las actividades cotidianas, mejoran notablemente la calidad de vida de la persona mayor también en otras áreas. En este sentido, el programa posibilita, además, la incorporación de nuevos vínculos en las redes de las personas atendidas, que generalmente se encuentran sumamente desprovistas. Indudablemente, desde la posibilidad de satisfacer necesidades básicas como la alimentación, la higiene y el vestido hasta el recibir compañía y apoyo emocional inciden positivamente en la vida de quien recibe los cuidados.

Si bien la culminación de la prestación aparece como una situación compleja, tanto para los cuidadores como para las personas mayores, en los casos en que a partir de la tarea del cuidador domiciliario se logra la conexión de la persona atendida con los sistemas de seguridad social, las redes sociales barriales y la familia, se observan resultados positivos duraderos y la finalización de la prestación no genera efectos adversos. Esta articulación con otros programas y recursos es muy importante para el fortalecimiento y perdurabilidad de los avances logrados con las personas de edad atendidas, y para el potenciamiento de los alcances del propio programa.

Todo ello reafirma la importancia de los cuidados domiciliarios y de su llegada a quienes más los necesitan. Sin duda, constituyen una respuesta adecuada para prevenir problemáticas de gravedad, que se presentarían tanto a nivel de las personas que requieren cuidados como de sus familias, de las instituciones de salud, de las residencias de larga estadía y de la sociedad en general.

Aunque se han detectado algunas debilidades en la implementación del programa en las unidades efectoras evaluadas, desde el nivel central se ha demostrado una permanente disposición y apertura, tanto a generar nuevas estrategias que resuelvan las dificultades y obstáculos que se presentan en su ejecución como a potenciar sus fortalezas. De este modo, y a partir de la información que aportan los diversos actores participantes, se logra su mejora permanente.

El programa cumple una función muy importante, ya que se orienta a cubrir una demanda que es creciente, y fundamentalmente en el caso de las personas mayores más vulnerables. Favorece la

inclusión social y la participación en la comunidad, tanto para las personas que necesitan cuidados como para las que están desocupadas, desde un paradigma de derechos y de ciudadanía plena.

6.2 Recomendaciones

En esta apartado se sugieren recomendaciones orientadas a optimizar el funcionamiento del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Algunas de ellas aparecen aquí por primera vez, mientras que otras son retomadas del desarrollo del capítulo. Estas recomendaciones han sido elaboradas a partir del análisis e interpretación de diferentes situaciones y necesidades planteadas por los protagonistas en las unidades efectoras evaluadas, y en la mayoría de los casos simplemente se orientan a potenciar aquello que el programa ya viene realizando:

- 1) Continuar promoviendo el aumento de la escala del servicio y habilitando los recursos necesarios para este crecimiento.

El programa ha experimentado un amplio crecimiento de las unidades efectoras, los cuidadores formados y las prestaciones, que ha permitido extender la cobertura de la demanda. Por otra parte, se ha firmado un convenio con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el INSSJyP, que articula y complementa esfuerzos para lograr una mayor llegada a las personas de edad que necesitan cuidados domiciliarios. Se está trabajando en este tipo de articulaciones con otras obras sociales, un esfuerzo de gran importancia para el logro de una elevada cobertura de la población de personas mayores con este requerimiento.

- 2) Mejorar el acceso a la información acerca de la existencia, características, funcionamiento y alcances del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

Si bien el amplio crecimiento del programa y la continuidad de las unidades efectoras han permitido que se lo conozca más profundamente, es importante continuar haciendo esfuerzos de difusión mediante los medios masivos de comunicación gráficos, radiales y televisivos, para lograr un mayor conocimiento por parte de quienes más lo necesiten. A fin de garantizar la accesibilidad, es indispensable que los distintos actores involucrados en la vida de las personas mayores —profesionales, técnicos, directivos, funcionarios, familiares o conocidos— dispongan de información acerca del programa como una alternativa de acción que involucra apoyos formales e informales en variadas formas de complementariedad, y de acuerdo con las características particulares de la persona de edad. Además, las coordinaciones locales deben garantizar una completa información a las personas que ya han ingresado al programa, para clarificar algunas cuestiones como el rol del cuidador y la finalización de la prestación, entre otras cosas.

- 3) Generar estrategias que acorten los tiempos que median entre la implementación de los componentes del programa y las prestaciones.

Sería importante generar estrategias que permitan acortar los tiempos que transcurren entre la implementación del primer y segundo componente, para evitar la deserción de cuidadores y lograr una mayor continuidad de su labor y de los ingresos derivados de ella.

- 4) Garantizar las tareas de supervisión de los cuidadores en los domicilios.

Debe reforzarse la supervisión que realizan los coordinadores a partir de las visitas a los domicilios de las personas atendidas. Frecuentemente, las personas mayores entrevistadas manifestaban haber recibido solamente una visita por parte del coordinador. El diálogo con las personas de edad y sus familiares es una fuente de información primordial para monitorear la labor del cuidador y efectuar los ajustes requeridos para un mejor cuidado. Cuando en la localidad en la que va a implementarse el programa no se disponga del profesional previsto para ejercer esta función, es importante flexibilizar ese perfil,

privilegiando el hecho que se trate de personas que residan en el lugar y que puedan tener un mayor seguimiento de los casos en los domicilios.

- 5) Brindar mayor apoyo y contención a los cuidadores a partir del fortalecimiento del trabajo en equipo.

En varias oportunidades se ha abordado la necesidad de “cuidar al cuidador”. En este sentido, es sumamente importante el trabajo en equipo. La incorporación de la figura del supervisor psicológico como respuesta a esta demanda es muy relevante para brindar a los cuidadores el apoyo, la orientación y la contención necesarias en diversas circunstancias críticas que se presentan en el trabajo con la persona mayor. Sin embargo, es importante que se cumpla lo pautado en el programa y que los coordinadores locales también acompañen al cuidador en situaciones como la definición y defensa de la especificidad de su rol, y que se utilice el instrumento denominado “propuesta de prestación” para pautar por escrito las tareas que desarrollará en cada domicilio, evitando así conflictos entre el cuidador, la persona atendida y su familia.

- 6) Conservar el mayor grado de flexibilidad para la determinación de las tareas del cuidador y priorizar la inclusión de actividades recreativas.

Esta recomendación tiene por objeto reforzar la adecuación y personalización de las tareas del cuidador a las necesidades particulares de la persona a atender, trabajando en el logro de la mayor autonomía posible. En pos de una mayor contribución a la calidad de vida de la persona de edad, se sugiere dar relevancia a las tareas de recreación, conversación y lectura, y priorizar su conexión con redes sociales locales.

- 7) Fortalecer en los cuidadores el conocimiento de los recursos de apoyo formales e informales que estén disponibles para las personas mayores.

Las tareas de gestión y obtención de variados recursos formales —jubilación, pensión, cobertura médica, subsidios, centros de día, entre otros— como informales —conexión con redes, actividades recreativas, sociales y culturales— aseguran el mantenimiento de los logros alcanzados durante la prestación una vez que ella finaliza. En muchas ocasiones, el problema no radica en la falta de determinados apoyos, sino en el desconocimiento de su existencia. Si bien en el curso de formación se incluyen contenidos acerca de los sistemas y los programas vigentes y el acceso a ellos, tanto a nivel municipal como provincial y nacional, para que los cuidadores formados puedan transferir estos conocimientos a las personas mayores y sus familias, estos deben priorizarse aún más, pautando los programas a trabajar e incluyendo los recursos de apoyo informales disponibles en cada localidad.

- 8) Prever la posibilidad de brindar servicios extraordinarios cuando la situación de la persona mayor así lo requiera.

En reiteradas oportunidades, las personas de edad enfrentan situaciones que requieren apoyo extraordinario de los cuidadores. A modo de ejemplo, en algunos casos en que cohabitan dos personas mayores —siendo una de ellas dependiente para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana—, o una persona de edad con su hijo o hija discapacitado, suele suceder que uno de los miembros del hogar postergue tareas importantes, como una intervención quirúrgica, por no contar con alguna persona que pueda acompañar durante el día completo a quien queda solo en la casa. Estos casos podrían solucionarse con la presencia de una guardia de cuidadores remunerada, que se adapte a las situaciones diversas en las cuales las personas mayores requieren servicios extraordinarios (Moscovich, 2007).

9) Garantizar el cumplimiento de las prácticas previstas en el programa.

Si bien las prácticas institucionales y domiciliarias están previstas en el programa, en algunas experiencias no se han realizado en la forma pautada y han originado reclamos de los cuidadores. En este sentido, y considerando la importancia que tales prácticas tienen en la capacitación, se considera relevante garantizar su realización a partir del control de la coordinación.

10) Realzar la tarea del cuidador e incentivar a los cuidadores para que continúen su formación.

Sería apropiado concientizar a la población en general, a través de campañas de difusión y de los profesionales que trabajan con personas mayores, acerca de la importancia de optar por cuidadores domiciliarios formados en caso de necesitar este tipo de servicios.

Bibliografía

- Arias, C. (2004), *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*, Mar del Plata, Suárez.
- Campion, E. (1996), “Home alone, and in danger”, *The New England Journal of Medicine*, 334 (26), 1738-1739.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2004), *América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*, *Boletín Demográfico*, N° 73 (LC/G.2225-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.03.II.G.209.
- _____ (2003), *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050*, *Boletín Demográfico*, N° 72 (LC/G.2211-P/E), Santiago de Chile: CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.03.II.G.87.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2007), “Estimaciones y proyecciones de las poblaciones de América Latina y el Caribe”, actualizadas a julio de 2007 en base a las estimaciones y proyecciones vigentes en el CELADE, Santiago de Chile, [en línea] http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
- _____ (2002), *Recomendaciones para políticas sobre redes de apoyo social de personas adultas mayores*, Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre, [en línea] <http://www.eclac.cl/celade/agenda/0/11250/recomendaciones.pdf>.
- De la Gándara, J. y M. Álvarez (1992), “Repercusiones psicosociales de la soledad en las mujeres ancianas: Síndrome de Diógenes”, *Psicogeriatría*, 8 (9), 433-438.
- DINAPAM (Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores) (2008), *Cuadernillo 11 del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*, Buenos Aires, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social.
- Fassio, A. y L. Golpe (1999), “Población de edad y organizaciones de la sociedad civil”, *Revista de la Escuela de Economía y Negocios*, 1 (3), 73-91.
- Gracia Fuster, E. (1997), *El apoyo social en la intervención comunitaria*, Barcelona, Paidós.
- Huenchuan, S. (2008), “Envejecimiento, sistemas de cuidados, y protección social”, ponencia presentada en el Seminario “Protección Social y Género”, organizado por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), Santiago de Chile, [en línea] http://siis.mideplan.cl/seminario_genero/doc/Ponencia%20SeminarioProteccion%20Social%20Sandra%20Huenchuan.pdf.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2006), *Encuesta Permanente de Hogares. Primer semestre 2006*, Buenos Aires.

- _____ (2005), *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015*, serie *Análisis Demográficos* 31, Buenos Aires.
- _____ (2004), *Estimaciones y proyecciones de país. Total de país. 1950-2015*, serie *Análisis demográfico 2050*, Buenos Aires.
- _____ (2003), *Datos definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*, [en línea] <http://www.indec.mecon.gov.ar>.
- _____ (1998), *Hogares particulares con adultos mayores: perfil sociodemográfico*, serie *Estudios* N° 28, Buenos Aires.
- INDEC-CONADIS (Instituto Nacional de Estadística y Censos-Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas) (2005), *La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad*, Buenos Aires.
- Maslach, C.; W. Schaufeli y M. Leiter (2001), *Annual Review of Psychology*: 52, 397-422.
- Moscovich, L. (2007), *Evaluación cualitativa de una experiencia de promoción de salud en la vejez y su aporte al cumplimiento de las metas del milenio en la Argentina: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*, Buenos Aires.
- Naciones Unidas (2002), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (A/CONF.197/9)*, Nueva York, N° de venta: S.02.IV.4, [en línea] <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/2/28632/N0239754espanol.pdf>.
- _____ (1999), *Derechos Humanos y Personas de Edad*, [en línea] <http://www.un.org>.
- _____ (1998), *Año Internacional de las Personas de Edad (A/RES/53/109)*, Nueva York.
- _____ (1982), *Documentos sobre la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, Viena.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), “Envejecimiento activo: un marco político”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (S2), 74-105.
- Roitter, M. e I. González Bombal (2000), *Estudios sobre el sector sin fines de lucro en la Argentina*. Buenos Aires, Cedes/Johns Hopkins University.
- Roqué, M. y A. Fassio (2007), *Gerontología comunitaria e institucional*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Sluzki, C. (1996), *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona, Gedisa.
- Touceda, M. A. y R. Rubin (2007), *Salud, epidemiología y envejecimiento*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- United Nations (2007), *World Population Ageing, 2007*, Nueva York, [en línea] <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/wpp2007.htm>.
- Yanguas Lezaun, J. J.; F. J. Leturia Arrazola y M. Leturia Arrazola (2001), “Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes”, [en línea] <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-apo>.