

IX Jornadas de Sociología – UBA

Coordenadas contemporáneas de la sociología: tiempos, cuerpos, saberes.

MESA 90 | Envejecimiento: Tiempo, Cuerpo y Saberes

ARLEGUI, María Alejandra

Lic en Sociología- UBA

Mg. en Diseño y Gestión de Programas Sociales- FLACSO

Jefa División Estadística Social- GPSyC- INSSJP

alexarlegui@gmail.com/ marlegui@pami.org.ar

De eso no se habla. Mujeres cuidadoras, la generación postergada

Resumen

El envejecimiento como etapa prolongada del curso de vida nos obliga a generar proyectos vitales, desde una perspectiva personal, así como también a diseñar servicios salud específicos, desde el punto de vista de las políticas públicas.

La dependencia como posibilidad altamente frecuente en la vejez, impone analizar la forma de organizar el sistema de cuidados de los mayores y definir los factores- bisagra entre la protección familiar y la intervención social (políticas públicas).

Por tradición cultural el rol de cuidador es ocupado por las mujeres adultas (50 años y más) las cuales muchas veces, ven cercenada su propia libertad de vivir un envejecimiento saludable o pleno como consecuencia de la carga física y mental (ánimo, emociones y pensamientos) que involucra el cuidado de una persona dependiente y de edad avanzada. Los cuidadores son escasamente mirados y raramente contenidos por el sistema de salud.

La propuesta es presentar algunos indicadores y factores que permitan identificar la magnitud del problema, las capacidades y limitaciones de los hogares para resolverlos y la necesidad de intervenir, a través de políticas públicas específicas, en materia de dependencia y cuidados domiciliarios desde una perspectiva socio- familiar integral que incluya la temática del bienestar del cuidador.

Palabras clave: envejecimiento- dependencia- cuidadores- familia- intervención social

Políticas públicas y necesidades de las personas mayores

Las políticas sociales tienen por función compensar las desigualdades producidas por el mercado, generando oportunidades y mecanismos compensadores para favorecer al acceso al bienestar por parte de la sociedad en su conjunto y de los grupos vulnerables en particular. Una de las primeras discusiones es su universalidad o focalización, su restricción a grupos específicos o su extensión a grandes colectivos sociales.

La capacidad de financiación y sustentabilidad de las políticas públicas tensiona los límites de la intervención social acotándola al cumplimiento de determinados criterios de inclusión. En este caso, revisaremos algunos indicadores sociosanitarios que dan cuenta de la magnitud de las necesidades asociadas a la dependencia en la vejez y la capacidad efectiva de los hogares para afrontar económica y operativamente los requerimientos del cuidado personalizado.

Centrando nuestra mirada en las políticas relacionadas con el envejecimiento poblacional y los derechos de las personas mayores, debemos preguntarnos cuáles son las principales necesidades de la población mayor y las familias que deben brindarles apoyo.

La mayor expectativa de vida y la probabilidad de la dependencia en la vejez impulsan el diálogo entre las esferas pública y privada. ¿Qué corresponde a cada una de ellas? ¿Cuáles son las responsabilidades intransferibles de las familias y qué responsabilidades son delegadas a las familias y deberían ser asumidas por sistema de salud? ¿El sistema de salud está preparado para cubrir las necesidades de atención a través de servicios específicos o cuenta con recursos humanos capacitados y suficientes? ¿Es necesario ampliar el escenario de intervención del Estado a través de políticas públicas?

El objetivo de la presente ponencia es analizar la estructura de oportunidades con la que cuentan las personas en edad frágil para afrontar el riesgo de la dependencia. Particularmente, observando su capacidad económica y la de sus hogares para resolver por sí mismos los requerimientos de los cuidados personalizados domiciliarios.

La hipótesis subyacente es que los cuidadores familiares conforman actualmente la principal o única red de contención de los mayores frágiles y dependientes, quedando invisibilizada la sobrecarga que pesa sobre el cuidador principal, generalmente mujeres que pertenecen a una generación anterior y se encuentran cursando su propio proceso de envejecimiento o ingreso a la tercera edad.

El fenómeno de la longevidad plantea, entonces, el desafío de considerar todas las etapas del envejecimiento y todas las generaciones que forman parte de este proceso, promoviendo la calidad de vida en todas las etapas del curso de vida.

Enfoque del análisis

Partimos del enfoque *activos, vulnerabilidad y estructuras de oportunidades* (AVEO) formulado por Rubén Kaztman y Carlos Filgueiras (1999) en tanto plantea la interacción entre la *sociedad*, el *mercado* y el *Estado* en la conformación de la estructura de oportunidades que permite a los individuos y hogares acumular activos (recursos materiales y de capital humano y social) para afrontar las crisis y acceder al bienestar.

Las estructuras de oportunidades definen las probabilidades de acceso a bienes y servicios así como al desempeño de actividades e inciden sobre el bienestar de los hogares, ya sea porque facilitan a sus miembros el uso de sus propios recursos o porque proveen recursos nuevos (Kaztman et al, 1999). El acceso a bienes y servicios proporciona recursos que, a su vez, permiten el acceso a otras oportunidades, conformando un círculo virtuoso. Las tres esferas son interdependientes entre sí. Su relación es dinámica y compleja. Frente a las tensiones entre sociedad y mercado, el Estado es el encargado de promover las acciones que equilibren las desigualdades de acceso en favor de los grupos más vulnerables.

La esfera familiar, foco de nuestra atención, conforma la primer y fundamental red de contención de los mayores frente a la fragilidad y la dependencia. Desde el siglo pasado, la configuración familiar ha sufrido cambios trascendentes que afectan las relaciones primarias y la eficacia de su función protectora ante situaciones críticas (Kaztman et al, 1999).

Entre sus manifestaciones más claras se observan las altas tasas de disolución (divorcio y separación) y recomposición de las familias (ensamble) así como el incremento de uniones informales o de corta duración. A estos cambios se suman la reducción de su tamaño y otros procesos asociados al aumento del embarazo adolescente y la condición de madre soltera. El debilitamiento de la institución matrimonial contribuyó a la expansión del número de hogares con jefatura femenina incrementado la carga que pesa sobre las mujeres quienes, además de asumir el tradicional rol de cuidado de los miembros de hogar, comparten o asume las responsabilidades en la provisión de recursos económicos y materiales mediante su participación en el mercado de trabajo.

Uno de los sesgos más destacados de la familia moderna es su verticalización. En esta estructura compuesta múltiples generaciones, hay una generación intermedia que todavía tiene responsabilidades de cuidados o sostenimiento de los más jóvenes (hogares con núcleo completo o incompleto con hijos que se encuentran en la etapa de “*salida del hogar*”) y debe asumir paralelamente el cuidado de los mayores (padres y otros) ya sea que formen parte del mismo hogar o vivan fuera del hogar.

Respecto de la estructura de oportunidades que ofrece el mercado de trabajo consideraremos la distribución de ingresos y su relación con el costo de los cuidados personales. Finalmente, analizaremos las oportunidades que ofrece el Estado a través de los programas dirigidos a las personas mayores dependientes.

Magnitud del problema: Cuarta edad y Prevalencia de las limitaciones permanentes en la Argentina

La fragilidad, según Lalive d'Épinay (1998, 2005) conforma la *cuarta edad* o etapa final del *curso de vida*, la cual es cada vez más duradera y se caracteriza por la irrupción de apremios específicos (asimetría de los intercambios, restricción o acceso limitado a una gama de actividades) exigiendo una profunda reorganización y transformación del mundo cotidiano. La declinación de la salud funcional o dependencia no es destino inevitable, aunque su probabilidad aumenta considerablemente en esta etapa de la vida.

Frente a la dependencia y la fragilidad es necesario desplegar una serie de dispositivos que cubran distintas actividades de la vida diaria, así como también gestionar el acceso a servicios médicos y sociosanitarios específicos. El desafío de nuestro tiempo es lograr la mejora en la cobertura de estas necesidades, las cuales tienen como principal componente los cuidados personalizados. La envergadura y magnitud de las necesidades a cubrir, afirma Lalive d'Épinay (2008), plantea la posibilidad de diseñar un "seguro de la cuarta edad" que cubra los riesgos de institucionalización y los costos derivados.

La edad establecida para delimitar el paso de la tercera a la cuarta edad varía según los países y oscila entre los 75 y los 85 años de edad. La Argentina, en distintos estudios sobre personas mayores considera los 75 años y más como edad de corte para distinguir la vejez frágil. Según el último censo nacional, realizado en 2010, la Argentina cuenta con más de 1.700.000 personas de 75 años y más.

Presentan al menos una *limitación permanente*¹ el 43.6% de las personas de entre 75 y 79 años de edad y el 56%.4% de las personas de 80 años y más.

Una aproximación a la magnitud de la población frágil con signos de dependencia, puede obtenerse a partir de tres indicadores clave que identifican a quienes necesitarán algún tipo de ayuda para el desempeño de las actividades de la vida diaria: la *incidencia de personas de 75 años y más con dos o más limitaciones permanentes*, la de aquellas que presentan *limitación motora inferior* (dificultad para subir o bajar escaleras) y la de quienes tienen *limitación cognitiva* (dificultad para entender o aprender).

Entre las personas de 75 años y más, presentan dos más limitaciones permanentes el 27%. Tienen limitación motora inferior el 33% y limitación cognitiva el 8% (valores redondeados). La prevalencia para ambos grupos de edad, se encuentra desagregada en el cuadro 1.

Cuadro 1: Personas de 75 años y más por Grupos de edad según Limitaciones permanentes
Total país. Año 2010

Grupos de edad	Total personas	Total con limitaciones permanentes	Con dos o más limitaciones permanentes	Limitación Motora inferior	Limitación Cognitiva
75-79	775.667	337.980	161.745	198.562	44.079
80 y más	930.714	524.628	296.865	357.564	91.156
Total	1.706.381	862.608	458.610	556.126	135.235
75-79	100,0%	43,6%	20,9%	25,6%	5,7%
80 y más	100,0%	56,4%	31,9%	38,4%	9,8%
Total	100,0%	50,6%	26,9%	32,6%	7,9%

Fuente: Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2010. Elaboración propia

Estos datos son concordantes con los referidos en el *Informe de resultados de la Encuesta de Calidad de Vida de los Adultos Mayores* (ENCaVIAM), realizada por el INDEC en 2012.

¹ El concepto de dificultad o limitación permanente considera a aquellas personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para: ver, aún con anteojos o lentes puestos; oír, aún cuando usa audífono; caminar o subir escalones (limitación motora inferior); agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos (limitación motora superior); entender o aprender (limitación cognitiva).

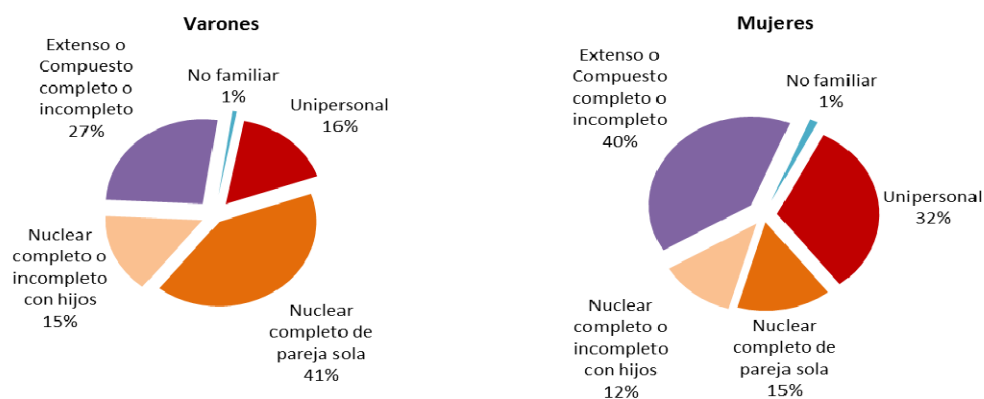
Según el mismo, el 41.0% de las personas de 75 años y más tienen dependencia instrumental², mientras que 20.7% tiene dependencia básica³. Siendo las más afectadas las mujeres.⁴

Situación de convivencia de las personas de 75 años y más

Dado que la familia es la primera red de contención de las personas frágiles y/o dependientes, es necesario saber cuántas de ellas conviven con al menos una persona y cuántas viven solas. Este último grupo es considerado el más vulnerable.

Por efecto de la mayor longevidad e incidencia de la viudez, el 32% de las mujeres de 75 años y más viven solas y sólo el 15% con su cónyuge o pareja (*hogar nuclear de pareja sola sin hijos*). La situación de los varones es inversa: el 41% vive con su cónyuge o pareja y el 16% vive solo (v. Gráfico 1).

Gráfico 1: Total personas de 75 años y más por Sexo según Tipo de hogar



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población hogares y vivienda, procesamiento propio con sistema CEPAL/CELADE Redatam+SP

Gran parte de los varones que viven en *hogares nucleares de pareja sola sin hijos* (etapa de “nido vacío”) conviven con mujeres más jóvenes, lo que explica que dupliquen en incidencia a las mujeres de su mismo grupo de edad en este tipo de hogar.

² Requieren ayuda para una o más de las siguientes actividades instrumentales de la vida diaria: usar el teléfono, viajar en medios de transporte, organizar la medicación, manejar el dinero, hacer las compras, preparar la comida y hacer las tareas del hogar (INDEC, Informe Resultados ENCaVIAM 2012).

³ Requieren ayuda para una o más de las siguientes actividades básicas de la vida diaria Alimentarse, vestirse y desvestirse, realizar la higiene personal, usar el inodoro, acostarse o levantarse de la cama, desplazarse por el interior de la vivienda (INDEC, Informe Resultados ENCaVIAM 2012).

⁴ Dependencia instrumental: 28.1% para los varones y 48.8% para las mujeres. Dependencia básica: 13.2% para los varones y 25.2% para las mujeres (INDEC, Informe Resultados ENCaVIAM 2012).

El resto de las mujeres de 75 años y más viven en hogares extensos o compuestos (con excepción del 1% que vive en un hogar multipersonal no familiar). La incidencia de este tipo de convivencia entre las mujeres es mayor respecto de los varones (40% de las mujeres y 27% de los varones). Para quienes viven en hogares extensos o compuestos las necesidades de ayuda pueden superponerse con las de otros miembros del hogar ya que en ellos conviven distintas generaciones.

Asimismo, como se verá más adelante, las mujeres mayores pueden tener a su cargo el cuidado de los más pequeños, dado que la participación en el mercado de trabajo de las mujeres más jóvenes (45 a 64 años de edad) se encuentra cercana al 60% según datos censales (2010) y posteriores relevamientos de empleo realizados en aglomerados urbanos (2010-2014)⁵.

En síntesis, una de cada tres mujeres y cerca de dos de cada diez varones, deben acudir a la red familiar no conviviente, amigos, vecinos o cuidadores rentados en caso de requerir ayuda para las actividades de la vida diaria. El resto cuenta con al menos un miembro del hogar para brindar ayuda. Principalmente los varones cuentan con el apoyo de sus parejas, mientras que para las mujeres este apoyo se produce mayormente en el contexto de hogares multigeneracionales.

El costo de la dependencia y los ingresos del hogar

Ley 26844 promulgada en el año 2013 constituye un avance en favor de los derechos laborales de los trabajadores del Servicio doméstico en tanto permite regular la relación informal que muchos de ellos mantenían con sus empleadores. En este grupo se incluye a quienes realizan tareas de cuidados personales, conformando la cuarta categoría del Régimen establecido por dicha Ley. En virtud de esta legislación, se establece periódicamente la actualización del Salario Mínimo Vital y Móvil⁶ (SMVM) para esta actividad.

⁵ En los aglomerados urbanos durante el período 2007-2014 el promedio de ocupación entre los varones de este grupo de edad era igual al 85% y al 54 % para las mujeres (EPHC 2007-2014, elaboración propia). Cerca del 4% de los varones y el 3% de las mujeres de este grupo de edad buscaban trabajo.

⁶ La Ley de Contrato de Trabajo (L.C.T.) en su Capítulo II (Art. 116 a 120) legisla sobre el Salario Mínimo Vital y Móvil (S.M.V.M.) estableciendo su vigencia, y otras normas lo utilizan como tope o límite para el cálculo de remuneraciones y de indemnizaciones. También es un derecho incluido en el Artículo 14 bis de la Constitución Nacional. **Mínimo**: es la menor remuneración que debe percibir en efectivo el trabajador sin cargas de familia por su jornada laboral. **Vital**: asegura al trabajador la satisfacción de sus necesidades básicas. Alimentación adecuada, vivienda digna, educación, vestuario, asistencia sanitaria, transporte y esparcimiento, vacaciones y cobertura previsional. **Móvil**: debe ajustarse periódicamente de acuerdo a las variaciones del costo de la vida.

La progresión, gravedad y tipo de dependencia funcional varía según los individuos. En una etapa inicial, los requerimientos de cuidados pueden ser esporádicos o de pocas horas al día. En este caso, consideraremos los requerimientos de quienes necesitan supervisión o asistencia durante 8h diarias o 48 hs. semanales, jornada comprendida en los alcances del SMVM de quienes brindan el servicio de cuidados personales.

Dado que, por definición el SMVM conforma el *umbral de bienestar individual* asegurando la satisfacción de las *necesidades básicas de un adulto activo, sin cargas familiares*, el mismo será considerado como unidad de medida para analizar la capacidad de los hogares para la contratación de este servicio sin afectar el bienestar del resto de sus miembros⁷. Por otra parte, la cronicidad y progresión de la dependencia este costo debe poder ser solventado por un largo período de tiempo (número indeterminado de años).

No obstante la economía familiar funciona con un criterio de economía de escala, el SMVM será considerado un *proxi* de la capacidad del hogar para afrontar el costo de la dependencia sin declinar bienestar. Se considerará que un hogar tendrá capacidad para asumir la contratación de un cuidador domiciliario si su *Ingreso per cápita familiar* (IPCF) se encuentra por encima del salario de subsistencia o SMVM.

En virtud del último dato disponible al mes de junio de 2015 respecto de la distribución decílica de ingresos en aglomerados urbanos, observaremos la relación: Haber mínimo (HM), Salario Mínimo Vital y Móvil del Servicio de cuidados personales (SMVM) e Ingreso per cápita familiar (IPCF) al último trimestre de 2014.

- En ese período el monto requerido para satisfacer el SMVM de un cuidador domiciliario era equivalente a \$4296.⁸
- El monto mínimo de las jubilaciones era igual a \$3.231,63⁹ y el de la pensión ordinaria se encontraba entre los \$1615,8 y \$2.262¹⁰.
- De acuerdo a los últimos datos censales, el 97% de las personas de 75 años y más percibe

⁷ Criterio en consonancia con la perspectiva del curso de vida y considerando la verticalización de las familias y la posibilidad de que las generaciones más jóvenes puedan alcanzar su propia autonomía y salida del hogar.

⁸ Resolución N°1062/2014 del MTySS.

⁹ Resolución N° 449/2014 – ANSES.

¹⁰ El monto de la pensión ordinaria es igual 70 % del haber previsional del titular fallecido que hubiera completado los años de aportes y 50% de quienes no hubieran completado el total de años exigido por el régimen (Fuente: ANSES).

sólo jubilación o pensión. (INDEC, CNPHV 2010). El 74,2% percibe un sólo ingreso previsional (jubilación 60,6% son jubilados, 10,5% pensión por fallecimiento del titular y 5,4% pensión no contributiva) El 23,6% restante percibe jubilación y pensión (son titulares de jubilación y perciben una pensión por fallecimiento del cónyuge).

Según el último informe de la seguridad social, publicado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (segundo trimestre de 2012), **el 79% de los jubilados y pensionados perciben haberes mínimos**, encontrándose por debajo del SMVM de un cuidador domiciliario. En similar situación se encuentran quienes perciben jubilación y pensión, dado que la suma de ambos ingresos mínimos alcanza los \$5.500. No obstante supera el SMVM del servicio doméstico, el remanente no alcanza para garantizar el ingreso o Haber jubilatorio mínimo (HM). El acceso a la contratación de servicios personales quedará entonces restringido a quienes perciben otros ingresos, tuvieran rentas o ayudas familiares.

Respecto de los hogares, la distribución decílica de ingresos emanada de los datos de la EPH durante el cuarto trimestre de 2014 demuestra que el 70% de los hogares tienen un IPCF igual o inferior al SMVM de un cuidador (v. Cuadro 2).

**Cuadro 2: Hogares según Ingreso per cápita familiar.
Total aglomerados urbanos, 4° Trimestre 2014**

Grupo decílico	Media	% de personas	% de personas acumulado
1	778	14,9	14,9
2	1.461	13,9	28,8
3	1.981	12,8	41,6
4	2.537	11,3	52,9
5	3.075	8,3	61,3
6	3.663	9,3	70,6
7	4.532	8,7	79,3
8	5.684	7,9	87,2
9	7.434	7,0	94,2
10	13.199	5,8	100,0
Hogares con ingresos	4.434	99,5	
Hogares sin ingresos		0,5	
Total		100	

Fuente: INDE, EPH cuarto trimestre de 2014

Solamente el 20% de los hogares que pertenecen a los deciles 9 y 10 (no se incluye al decil 8 dado que el IPCF supera levemente el SMVM) estaría en condición de afrontar este gasto extra por un período prolongado de tiempo.

¿Quién cuida a los mayores dependientes?

Según el informe de resultados de la ENCaVIAM¹¹ realizada por el INDEC en 2012, las personas de 75 años que requieren ayuda por sus limitaciones funcionales, la reciben de un familiar en el 78,5%. El 19% recibe ayuda de un empleado doméstico o cuidador no especializado, el 2,4% de un cuidador especializado, el 3,7% de amigos o vecinos y el 0,1% de otros.

Pese a ser más longevas y dependientes funcionalmente, las mujeres reciben menos ayudas familiares respecto de los varones: el 78% de los varones de 75 años y más que requieren ayuda instrumental la reciben de un familiar. Mientras que para las mujeres la ayuda familiar desciende al 73,8% y la de cuidadores no especializados o servicio doméstico asciende al 20,1. Para los varones este último indicador es igual al 15,6% (v. Cuadro 3).

Cuadro 3: Personas de 75 años y más por Sexo según Persona que ayuda para el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria. Total país. Año 2012

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Sexo	Persona que ayuda para el desempeño de actividades instrumentales				
		Familiar	Amigo/ vecino	Empleo doméstico/ Cuidador no	Cuidador especializado	Otros
INSTRUMENTALES (AIVD)	Total	74,9	3,7	19,0	2,4	0,1
	Varones	77,9	3,8	15,6	2,6	0,2
	Mujeres	73,8	3,7	20,1	2,3	0,1
BASICAS (ABVD)	Total	72,7	4,6	16,0	4,7	2,1
	Varones	83,0	4,0	6,5	5,1	1,5
	Mujeres	69,5	4,7	18,9	4,6	2,3

Fuente: INDEC, Informe resultados Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (2012)

La brecha entre varones y mujeres respecto de la ayuda familiar es aún más amplia al analizar quien brinda ayuda para las necesidades básicas de la vida diaria. Mientras que el 83% de los varones recibe ayuda de un familiar y sólo el 6,5% de un cuidador informal (o empleado doméstico), las mujeres reciben ayuda de un familiar en el 69% de los casos y recurren a un cuidador informal en el 18,9% de los casos. Esto puede explicarse por lo expuesto en el ítem “*Situación de convivencia*”, dado que las mujeres son quienes llegan a las edades extremas sin pareja, mientras los hombres cuentan con la presencia de su pareja para brindar ayuda.

La ENCaVI, no obstante analiza las ayudas recibidas, identificando la presencia de las familias como principal red de sostén y cuidados, no indaga sobre la edad de estos familiares sino sobre su sexo y vínculo con la persona mayor. Los cuidadores son preponderantemente

¹¹ Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Adultos Mayores.

hijas mujeres (38.2%) e hijos varones (26,1%). Le siguen en importancia los nietos, amigos y vecinos (22,8%). Dado esta categoría incluye múltiples vínculos, no podemos identificar el rol de los nietos y nietas versus el de amigos y vecinos.

Los hermanos de ambos sexos brindan ayuda en el 5% de los casos. Las nueras y yernos presentan poca incidencia (2,6% son nueras y 0,2 % yernos). Nuevamente, pese a su baja participación de este grupo vincular, las mujeres tienen mayor participación que los varones al momento de brindar ayuda.

Respecto de las ayudas brindadas por parte de los mayores a otros miembros del grupo familiar, el 34% de las mujeres de entre 60 y 74 años de edad y el 12,5 % de las que tienen 75 años y más, cuidan a algún niño del entorno cercano. Para los hombres los porcentajes descienden al 20,7% y 9% respectivamente. Las ayudas brindadas a personas enfermas del entorno familiar o cercano no ofrecen diferencias significativas por sexo rondando el 10% para quienes tienen 60 a 74 años de edad y el 7% para quienes tienen 75 años y más.

Las oportunidades brindadas por el Estado

El principal soporte institucional brindado por el sector público a las personas mayores se concentra en los servicios médicos y sociales brindados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a través del PAMI. Se encuentra afiliados al INSSJP cerca de 4.600.000 personas (jubilados y pensionados con su grupo familiar a cargo)¹² brindando cobertura a más del 90% de las personas de 75 años y más de la Argentina.

El INSSJP cumple un rol esencial en el acceso a servicios médicos gratuitos a través de su red de médicos de cabecera, prestadores de II Nivel de atención médica y de salud mental, así como una extensa cobertura de medicamentos, llegando a cubrir el 100% de los mismos para quienes perciben haberes previsionales mínimos.

Respecto de la población con dependencia funcional, el INSSJP diseñó desde en el año 1973 un programa específico para la atención de esta población: *El programa Médico- Asistencial para el III Nivel de Atención PAMI*¹³. Este Programa constituyó una política gerontológica de avanzada en cuanto a su visión no centrada en la institucionalización, basada la prevención

¹² Fuente: www.pami.org.ar

¹³ INSSJP: Programa Médico- Social para el Tercer Nivel de Atención PAMI, presentado en la Segunda Semana Argentina de Seguridad Social por el ex Ministerio de Bienestar Social, 1974, mimeo.

e implementación de servicios domiciliarios a través de servicios propios (enfermeros, auxiliares domiciliarios, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales). Su objetivo era promover la permanencia de los mayores dependientes en su entorno social y familiar.

Por ese entonces (principios de los años '70) la Argentina contaba con 232.395 personas de 80 años y más (1% de la población total). El INSSJP proyectaba una cobertura igual al 4% de sus incipiente masa de afiliados¹⁴. La población objetivo de estos servicios se estimaba en aproximadamente 20.000 personas a principios de los '70. En la siguiente década este grupo de riesgo llegaría a las 80.000 personas conforme la expansión de la población afiliada y los servicios del INSSJP a nivel nacional.

No obstante el PAMI cubre históricamente la atención especializada en residencias para mayores a través de efectores contratados, las posteriores reformas de los años '90 afectaron fuertemente el servicio de atención directa en domicilio con personal propio, siendo desmantelado luego del proceso de gerenciamiento que sufriera el INSSJP a partir de 1995.

Actualmente se otorgan subsidios económicos a los afiliados más vulnerables con el fin de cubrir distintas necesidades económicas derivadas de la dependencia, además de la atención en Clubes y Centros de día para los afiliados con dependencia leve o moderada y la atención en Residencias con control médico o psiquiátrico para los casos más severos¹⁵.

Estos dispositivos cubren lo que podríamos llamar “la punta del iceberg” dado que están destinados a la población con mayor grado de dependencia y vulnerabilidad social. Sin embargo, el nudo del problema es el actual volumen de personas que podrían requerir cuidados domiciliarios personalizados.

Según la prevalencia de la semidependencia y dependencia, cerca de 700.000 personas de 75 años y más requieren ayuda para las actividades instrumentales y cerca 360.000 ayuda para las actividades básicas. El 75% de la población con necesidades de ayuda instrumental o básica es asistida por la red familiar. El cuidador formal e informal debe constituirse en el centro de atención de las políticas públicas mediante programas especiales de capacitación así como programas de prevención del estrés del cuidador.

Comentarios finales:

¹⁴ En sus inicios el PAMI brindaba servicios en grandes centros urbanos y no tenía alcance nacional. Esta cobertura, por otra parte era consistente con el mayor envejecimiento poblacional de los centros urbanos respecto de las provincias localizadas en el norte y sur del territorio nacional.

La contención de los cuidadores familiares e informales (amigos, vecinos y otros no rentados) es sustantiva para promover y fortalecer la permanencia en el hogar y la integración social de las personas mayores con limitaciones funcionales.

El cansancio del cuidador o estrés de cuidador es una temática investigada y considerada en el campo de la gerontología, debiendo ser incorporada en la estrategia de atención a las personas dependientes. Las familias deben contar con redes institucionales de apoyo técnico-profesional para su orientación y contención así como de asesoramiento administrativo-legal para la articulación del conjunto de prestaciones y servicios que requiere la atención integral de la dependencia.

Respecto de los cuidadores rentados, debería jerarquizarse esta función, no asimilándola a la del servicio doméstico, por cuanto exige saberes específicos y capacidades personales (formación y vocación), requiere de supervisión técnica y contención psicológica y un marco normativo específico que oriente sus incumbencias, responsabilidades y derechos.

La complejidad del servicio de cuidados personalizados está dada por la cercanía de los cuidadores rentados con la persona mayor en la intimidad de su domicilio. La relación entre la persona mayor y su cuidador está moldeada por la confianza depositada en el personal que brinda cuidados domiciliarios. Muchas veces el grado de dependencia requiere la contratación de más de un cuidador. Cuando existe deterioro cognitivo, la relación de la persona dependiente con su entorno cercano (familia y cuidador principal) se torna extremadamente compleja y requiere supervisión técnico- profesional periódica o continua.

En síntesis la persona mayor dependiente y su cuidador principal conforman una misma unidad de observación e intervención. Las políticas sociales y de salud deben considerar a los cuidadores formales e informales como principal capital humano para el logro de una vejez exitosa, asegurando el bienestar de todas las edades, desde una perspectiva sociosanitaria integral que incluya el sostenimiento y fortalecimiento de la red social y comunitaria así como la promoción de nuevos saberes y soportes para el autocuidado y el cuidado del cuidador.

Este es uno de los principales desafíos actuales y futuros en favor de los derechos de las personas mayores y de una longevidad con calidad de vida.

¹⁵ Fuente: www.pami.org.ar

Bibliografía

- Kaztman, Ruben y Carlos Filgueira: *Marco conceptual sobre Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades*, CEPAL, Montevideo, 1999.
- Lalive D'Epinay, Christian y otros: *¿Cómo definir la edad avanzada? Criterio de edad cronológica o edad sociofuncional*, Año Gerontológico, artículo presentado en el VI Congreso Internacional de Francófono de Gerontología, Ginebra 1998.
- Lalive D'Epinay, Christian, Stefano Cavalli y Edith Guilley; *Recorrido de vida y vejez: Sobre la noción de fragilidad*, Centro Inter- facultades de Gerontología, Universidad de Ginebra, 2005.
- INDEC: *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012, ENCaVIAM, Principales resultados*, Serie Estudios INDEC, N° 46, 2014
- INDEC: *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 200, Serie 5, Grupos poblacionales, N° 1, Adultos mayores, hogar y Población*, 2005

Fuentes:

- INDEC, Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda 2010, ECLAC/CELADE, Redatam+SP, procesamiento propio.
- INDEC, Encuesta Permanente de Hogares, Cuarto trimestre de 2014. Cuadros publicados
- INSSyP: <http://www.pami.org.ar/>