



América Latina Hoy

ISSN: 1130-2887

latin hoy@usal.es

Universidad de Salamanca

España

ARROYO RUEDA, María Concepción
ENVEJECIMIENTO, CUIDADOS Y POLÍTICA SOCIAL. CONTINUIDADES Y CAMBIOS
EN ARGENTINA Y MÉXICO

América Latina Hoy, vol. 71, diciembre, 2015, pp. 37-60

Universidad de Salamanca

Salamanca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30843703003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ISSN: 1130-2887

ISSN electrónico: 2340-4396

DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/alh2015713760>

ENVEJECIMIENTO, CUIDADOS Y POLÍTICA SOCIAL. CONTINUIDADES Y CAMBIOS EN ARGENTINA Y MÉXICO

Aging, care and social policy. Continuities and changes in Argentina and Mexico

María Concepción ARROYO RUEDA

Universidad Juárez del Estado de Durango

✉ aguaconflores@hotmail.com

BIBLID [2340-4396 (2015) 71, 37-60]

Fecha de recepción: 17 de agosto del 2014

Fecha de aceptación y versión final: 12 de octubre de 2015

RESUMEN: Este trabajo se propone mostrar, desde una perspectiva comparada de la política social, el otorgamiento de cuidados en la vejez en Argentina y México. Muestra la experiencia de la política nacional de cuidados en Argentina. En este país se realizaron entrevistas a coordinadores, operativos y usuarios del programa nacional de cuidados. Los participantes identifican en la política una visión de derechos e inclusión social de las personas mayores y un apoyo efectivo para las cuidadoras familiares. Por su parte, en el caso de México se observa una escasa y ambigua legislación sobre el tema, predominando la práctica del cuidado informal a las personas adultas mayores, otorgado principalmente por las mujeres en las familias. Los cuidados están fuera de la política de envejecimiento y se circunscriben dentro del «modelo familista», acorde con una exaltada valoración social de la obligación moral del cuidado familiar.

Palabras clave: cuidados; envejecimiento; política social; familia y derechos.

ABSTRACT: This paper intends to show from a comparative perspective of social policy, the provision of care in old age in Argentina and Mexico. It will also show the experience of the national policy of care in Argentina. In this country we carried out interviews with coordinators, operational personnel and users of the national program of care. The participants identify in the policy a vision of rights and social inclusion of the elderly and effective support for family caregivers. Meanwhile, in the case of Mexico, we observe scarce and ambiguous legislation on the subject, which is predominated by the practice of informal care to older people, given mainly by

the women in the families. Basic care is outside the aging policy and confined within the «familist model» according to an exalted social assessment of the moral obligation of family care.

Key words: care; social policy; ageing; family and rights.

I. INTRODUCCIÓN¹

En el contexto latinoamericano la cuestión del cuidado en la vejez ha sido un tema candente en las últimas dos décadas. El cuidado se otorga a las personas en diferentes circunstancias y etapas de la vida y, si bien intervienen otros actores como el Estado y el mercado, generalmente es proporcionado en y por la familia. La cantidad de personas mayores que requieren de cuidados es cada vez mayor en virtud del incremento de esta población y de la mayor esperanza de vida. 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 %, es decir, que más de diez millones de personas de 60 años y más requerirán asistencia cotidiana (Huenchuan 2009).

Este panorama plantea importantes retos para la sociedad y los gobiernos, pero sobre todo para la familia, principal fuente de cuidados en la vejez. Diversos trabajos sobre el tema reflejan la complejidad del cuidado familiar y el impacto sobre quienes lo realizan. Dicho impacto se observa en dos esferas: la pública y la privada (Aguirre 2008). Algunos de los efectos en la esfera pública se relacionan con la insuficiente atención que prestan las políticas sociales a la situación de las mujeres que cuidan a niños pequeños, a ancianos, a discapacitados o enfermos. Además, la escasa información existente sobre los servicios destinados a estos sectores limita tener una idea precisa sobre las formas de otorgar los cuidados, sus repercusiones y beneficios (Aguirre 2008). En el ámbito de lo privado, surgen los conflictos familiares por la responsabilidad del cuidado, así como la afectación física, emocional y del entorno social de las cuidadoras (Robles 2007; Arroyo 2010).

En este trabajo se muestran resultados de investigación sobre los cuidados en la vejez en dos contextos latinoamericanos como son Argentina y México, con el propósito de tener una experiencia comparada desde la provisión de cuidados en el marco de la política social (en Argentina), y el otorgamiento de cuidados desde la visión de la familia al recibir los beneficios de un proyecto de intervención (en México).

En el caso específico de los cuidados en la vejez, se pone a prueba la capacidad de las familias para acceder a cuidados formales y a realizar adecuaciones en la vivienda

1. Proyecto financiado por el Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) de la Secretaría de Educación Pública en el marco de la Convocatoria «Apoyo a Exbecarios-PROMEP». Responsable del proyecto: María Concepción Arroyo Rueda. La autora agradece los comentarios y las sugerencias de dos evaluadores anónimos de *Ámerica Latina Hoy*, *Revista de Ciencias Sociales*, a la primera revisión de este artículo.

cuando la situación lo requiere; esto nos remite a las trayectorias laborales previas, a los sistemas de seguridad social, a los sistemas de protección y a los derechos de las personas mayores a tener calidad de vida (Sojo 2011). Así mismo, se comprueba la solidaridad familiar, la cooperación y la responsabilidad filial. Por otra parte, el mayor peso de la responsabilidad del cuidado de los mayores lo han asumido las mujeres; actualmente, el cuidado femenino se encuentra en riesgo a partir de la disminución de los integrantes en las unidades familiares, de la inclusión de éstas en el ámbito laboral y profesional y del creciente individualismo que predomina en nuestra sociedad (Ribeiro 2004: 43; Rabell 2009).

Los estudios sobre el tema hacen alusión al porcentaje importante de mujeres que realizan cuidado de niños pequeños, enfermos y ancianos (Aguirre 2008; Baththany 2007; Esquivel, Faul y Jelin 2012). Esto tiene que ver con las representaciones sociales acerca del cuidado, que ubican esta tarea con lo femenino. Se piensa que las mujeres son las cuidadoras ideales y que sólo ellas tienen las virtudes necesarias para hacerlo bien. Es decir, el cuidado realizado por las mujeres se construye socialmente a partir de una identidad que se configura como seres que siempre estarán al servicio de los demás (Maier 2001); se realiza en una «lógica del sacrificio», que se basa en una ética del cuidado que no pone límites entre los géneros y entre lo público y lo privado (Sevenhuijsen 2003; Waerness 2001).

Así mismo, muchas mujeres que realizan cuidado llevan a cabo también trabajo extradoméstico, además de contribuir a la producción doméstica de salud, al realizar cuidados que deberían cumplir las instituciones públicas de atención médica (Aguirre 2007). Es así que en los países de la región existe una alta participación femenina, en especial de las hijas, en el cuidado de las personas mayores. Realizan dicha tarea sin recibir retribución económica por ello, no cuentan con la preparación adecuada para otorgarlo y la realizan a un costo personal muy alto, pues muchas de ellas abandonan sus trabajos para dedicarse al cuidado. Esto nos lleva a reflexionar sobre los «costes invisibles» del cuidado, sobre todo en lo que se refiere al tiempo que se invierte en el cuidado, a la falta de remuneración por el mismo y al impacto económico y emocional en las familias, pero sobre todo en las personas que cuidan (Durán 2009; Robles 2007). Todos estos elementos han contribuido a que distintos autores denominen a este fenómeno la «feminización del cuidado».

Las percepciones emanadas de la cultura que condicionan a que la mujer es la más adecuada para desempeñar tareas de cuidado hacen más complejo el fenómeno de las cuidadoras y limitan a los varones a involucrarse más en esta responsabilidad social. De tal forma que aun en el cuidado formal, es decir, aquel que se paga, predominan las mujeres como cuidadoras².

2. Tanto en el caso argentino como en el mexicano hay una predominancia importante de mujeres participando en el cuidado, por lo que en este trabajo haremos alusión a «las cuidadoras» al referirnos a las participantes. De hecho, en el programa de formación para cuidados domiciliarios en Argentina, el 95% de alumnos que se inscriben en el curso de formación para cuidadores son mujeres. Quizás donde más se concentran los cuidadores varones es en los centros de atención hospitalaria, donde

I.1. El Estado y su oferta de cuidados

En la mayoría de los países latinoamericanos, y en México en particular, el Estado otorga servicios de cuidado a las personas mayores a partir de dos modalidades: vía seguridad social y vía asistencia social. La primera toma lugar cuando la persona mayor accedió a un empleo formal y se ganó el derecho a recibir cuidados, sobre todo en las situaciones de enfermedad física o mental. La segunda tiene lugar cuando ante la falta de apoyo familiar y/o recursos económicos, el Estado se hace cargo de los cuidados y atención de personas mayores a partir de programas e instituciones de asistencia social.

Por otra parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el documento *Panorama Social de América Latina 2012*, muestra que algunos países del continente han fortalecido sistemas nacionales o redes de servicios de cuidado; en otros, el tema se ha integrado al debate con la perspectiva de convertirse en uno de los pilares de la protección social. Bajo distintas modalidades, estos países cuentan con programas que atienden las necesidades de cuidado de los mayores y por ende apoyan a las cuidadoras. Por ejemplo, en Uruguay y Costa Rica se está ampliando la cobertura de servicios y se avanza hacia una mayor organización de sistemas de cuidado; en otros países también se están proponiendo legislaciones que inciden en el derecho al cuidado, ligándolo a las políticas de conciliación entre la vida familiar y el trabajo, posibilitando así los derechos laborales (CEPAL 2012). Los distintos acuerdos sobre el tema de cuidado están presentes en las distintas Conferencias Regionales llevadas a cabo en Latinoamérica desde 2003, siendo la más reciente la de San José en Costa Rica en 2012 (Huenchuan 2013). Países como Argentina, Paraguay y Trinidad y Tobago han dado grandes pasos para implementar programas y servicios de cuidado en la vejez, siendo Argentina el país que cuenta con mayor variedad de programas para apoyar las necesidades de los mayores.

En este trabajo se hace referencia a las acciones de cuidado desde una perspectiva comparada entre Argentina y México; explora cómo se enfrenta el dilema de los cuidados a las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad por enfermedad, desde la política social, pero también desde la familia, tomando en cuenta las percepciones de las cuidadoras y también de las personas adultas mayores. Respecto a la oferta de cuidados que ofrece el mercado, es una dimensión que no se aborda en este trabajo; por una parte, por la escasa información que existe al respecto y, por otra, debido a que no forma parte de los objetivos de esta investigación.

II. METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cualitativa sobre el tema de cuidados comparando la situación en México y en Argentina. Para ello, la investigación se realizó en dos

existe un mayor número de enfermeros realizando cuidados profesionales. En el caso de México, de 21 participantes en el proyecto solo 2 fueron cuidadores varones.

contextos urbanos de Buenos Aires y cuatro localidades de la provincia de Jujuy, al norte del país. En el caso de México, el estudio se realizó en la ciudad de Durango, capital del estado del mismo nombre. De manera general se identifican tres etapas en el proceso de la investigación: la primera se llevó a cabo en el periodo de enero a abril de 2011, y consistió en realizar una aproximación bibliográfica de documentos virtuales y textos oficiales del contexto argentino donde se aplica el *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios* y las acciones realizadas en este rubro en México. Una segunda fase se desarrolló durante el mes de abril del mismo año y consistió (ya en suelo argentino, y bajo la coordinación de los directivos del Ministerio de Desarrollo Social y responsables del Programa) en realizar entrevistas grupales e individuales y en la observación de algunos contextos urbanos y rurales donde se desarrolla el Programa. Los participantes en este estudio fueron sus coordinadores y operativos, las cuidadoras y las personas mayores que se benefician de esta política social. El establecimiento previo de acuerdos y negociaciones desde México con los Coordinadores Nacionales del Programa en el Ministerio de Desarrollo Social fueron fundamentales para acceder a los escenarios y a los participantes de la investigación tanto en el área urbana como rural.

En una tercera etapa se implementó (en los meses de junio a agosto de 2011) un curso de capacitación en cuidados domiciliarios en la ciudad de Durango, México. Dicho curso tuvo como base el programa argentino, aunque en menor escala. Los participantes en esta etapa fueron las cuidadoras, quienes fueron seleccionadas a partir de entrevistas sociales y psicológicas; otro grupo de participantes fueron personas mayores que requerían de cuidados. A estos últimos se les seleccionó de las distintas unidades de salud existentes en la ciudad. El último grupo de participantes fueron los familiares que fungían como cuidadores (principalmente mujeres también) de dichas personas mayores. A todos ellos se les realizaron entrevistas abiertas para incorporar la percepción sobre las acciones del programa implementado. Se cuidó el anonimato de los participantes, cambiando sus nombres en los relatos. Para analizar los datos se utilizó análisis de contenido, se establecieron categorías y subcategorías teóricas y empíricas que propiciaron la reflexión acerca de la experiencia del cuidado en la vejez en los dos contextos latinoamericanos. El proceso descrito se llevó a cabo obedeciendo a las siguientes preguntas y objetivos de investigación.

II.1. Preguntas

- ¿Cuáles son las características de diseño y operación del *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios* a personas mayores en Argentina?
- ¿Cuál es la situación de cuidados que prevalece en México y cómo se percibe el cuidado desde las personas mayores y sus cuidadoras?
- ¿Qué aspectos favorecen o limitan la provisión de cuidados en el contexto mexicano?

II.2. *Objetivos*

- Explorar las características y funcionamiento de la política de cuidados en el envejecimiento en el contexto argentino.
- Mostrar la situación del cuidado en México desde la política social y desde la percepción de las personas mayores y cuidadoras.
- Reflexionar críticamente sobre lo que puede cambiar y lo que debe permanecer en el asunto de los cuidados en la vejez.

III. UNA APROXIMACIÓN A LA POLÍTICA DE CUIDADOS EN LA VEJEZ EN ARGENTINA Y MÉXICO

Dos eventos internacionales marcan el despegue del tema de envejecimiento como una cuestión de interés para la agenda pública y para los investigadores: la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento llevada a cabo en Viena, Austria, en 1982, y veinte años después la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en Madrid, España. Los países convocados comienzan con la implementación paulatina de programas y políticas que se derivan de pactos y compromisos internacionales en favor de los derechos de las personas mayores. El tema de los cuidados es un aspecto que se contempla en las distintas propuestas de los países europeos principalmente, dado que su población entró en situación de dependencia de forma importante. En América Latina surge el interés por el tema posteriormente, siendo en junio de 2015 la celebración de la XIV Asamblea general de la OEA (Organización de Estados Americanos), la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en donde el tema del cuidado cobró especial importancia. Dichas propuestas hacen alusión a la obligación que tienen los Estados parte para otorgar servicios de cuidado a largo plazo y la obligación de las familias y cuidadores en las tareas de cuidado y promoción de la participación plena y el respeto de las opiniones de las propias personas mayores (INMAYORES 2015).

Para el caso particular de los cuidados, en América Latina existen diferencias notables entre los países de la región. En este trabajo nos abocaremos a los casos de Argentina y México, revisando brevemente las principales características sociodemográficas de la población mayor y la política social de cuidados.

III.1. *El contexto argentino: un breve recorrido*

Argentina presenta un proceso de envejecimiento avanzado, dado que el porcentaje de esta población representa el 14,3 % de la población total (40.111.096). La esperanza de vida al nacer es de 72,45 años para los varones y de 79,95 años para las mujeres; y la esperanza de vida al llegar a la jubilación es de 17,4 años para los varones y de 22,3 años para las mujeres (Butinof, Guri y Rodríguez 2013). La población mayor del país es fundamentalmente urbana; algo menos que una de cada diez personas

mayores habita en áreas rurales y el resto lo hace en áreas urbanas (Ministerio de Desarrollo Social 2013).

La información referente a la seguridad social nos dice que casi el total de la población (95%) accede actualmente a una jubilación. Así en 2011, es pobre solo el 2,3% y es indigente el 0,8% de la población adulta mayor. La pobreza y la indigencia entre los adultos mayores han descendido fuertemente desde el año 2003 a partir de dos políticas convergentes que se orientaron a mejorar su nivel de ingresos: por un lado, la incorporación de más de 2,5 millones de personas a la cobertura previsional y, por otro, el constante incremento del monto de los haberes previsionales (Ministerio de Desarrollo Social 2013).

Según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de 2001, el 34,5% de todos los hogares del país tenía una persona de 60 años y más. La composición de los hogares se ha modificado, produciéndose un aumento en los hogares unipersonales: el 17,3% de los mayores de 60 años que habita en hogares familiares vive solo (de todos los hogares unipersonales, el 55% corresponde a personas mayores); el 26,8% vive en hogar nuclear completo de pareja sola; el 14,6% en hogar nuclear completo de pareja e hijos; el 6,3% en hogar nuclear incompleto; el 34,2% en hogar extendido (con más de dos generaciones), y el 0,8% en hogar no familiar (INDEC 2010, en Ministerio de Desarrollo Social 2013). Esta misma fuente ofrece información de aquellos adultos mayores que viven en instituciones geriátricas: se tiene que 86.441 personas viven en residencias para adultos mayores; el 70,3% corresponde a mujeres y esto se debe en parte a la sobrevida, característica de la población femenina; resta analizar las condiciones de salud y de vida de estas mujeres.

Respecto a la cobertura de salud, además del sistema de salud público, al que todos los adultos mayores tienen derecho a acceder, el 89% de la población mayor de 60 años tiene otra cobertura en salud. Este valor es más importante en las mujeres (97%) que entre los varones (85%). La primera causa de muerte de las personas mayores son las enfermedades del sistema circulatorio y le siguen en importancia los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio. La prevalencia de las primeras es algo mayor entre las mujeres que entre los varones, en tanto que se da una prevalencia a la inversa en los tumores, es decir, mayor entre los varones (Ministerio de Desarrollo Social 2013).

En cuanto a las condiciones de salud que limitan la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores, el documento citado indica que la mayor incidencia de limitaciones se da en las actividades relacionadas con la movilidad (casi un 29% manifiesta tener problemas y un 1% carece de ella); le siguen las actividades relacionadas con el cuidado de la casa (un 16% tiene limitaciones para realizarlas y un 2% no las puede realizar); y finalmente el 5% tiene dificultades para las actividades relacionadas con su cuidado personal y un 1% no puede llevarlas a cabo. Las limitaciones mencionadas implican forzosamente la necesidad de cuidados, tarea que realiza principalmente la familia; pero también compete al Estado colaborar en esta responsabilidad social.

Las acciones de cuidado a las personas con discapacidad o con deterioro funcional de edad se iniciaron en Argentina hace más de una década. No obstante, es en el periodo del presidente Néstor Kirchner en 2003, cuando estas acciones toman fuerza y se integran en una política nacional que ha ido evolucionando cada vez con más fuerza.

Lo anterior, en palabras de Sojo, es motivado debido a que surge un ciclo externo muy favorable y una administración macroeconómica prudente que generó un crecimiento inédito y que mejoró también algunas variables sociales importantes, en especial el empleo y la pobreza. Diversas iniciativas sociales y políticas abren caminos hacia el reconocimiento de los derechos como base de toda acción en el terreno social (Sojo 2007).

Es en este contexto en el que surge como política nacional el *Programa de Cuidados Domiciliarios* a personas con discapacidad y dependencia. La política social en la que se inserta el programa de cuidados domiciliarios se basa en un modelo de integralidad y de derechos sociales en el que las políticas dejan de ser focalizadas. El programa se ubica en el área de la salud y el bienestar y 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, evitando institucionalizaciones innecesarias (Arias 2009).

Los objetivos de dicho programa 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 en una institución. A fin de determinar la prioridad y el orden de ingreso en el sistema de prestación, se efectúa una evaluación que incluye la medición de la autonomía personal y la relación sociofamiliar 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.

El *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios* también se orienta 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 (Arias 2009: 40). El programa se desprende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, y esta a su vez de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, todas ellas instancias del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. El equipo técnico-administrativo que coordina las actividades del programa está integrado por profesionales de diferentes disciplinas como psicólogos, trabajadores sociales y especialistas en comunicación, principalmente. El programa se desarrolla tanto en contextos urbanos como provinciales, donde realizan acciones de capacitación, supervisión y monitoreo; actualmente casi llega a todo el país.

El programa está constituido por dos componentes. El primero tiene como propósito capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en el domicilio. Se apunta fundamentalmente a: 1) jerarquizar la atención de la población mayor, de las personas con discapacidades y con patologías crónicas invalidantes o terminales; 2) lograr que las cuidadoras sean agentes difusores de salud; y 3) legitimar y/o crear una fuente de trabajo. Los objetivos específicos se orientan a que las cuidadoras: 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 (Arias 2009).

La segunda etapa (componente) se orienta a la prestación de servicios de cuidados con adultos mayores previamente seleccionados por los coordinadores del programa. Una vez que las cuidadoras ya entrenadas se desempeñan como tales, son supervisadas en sus tareas a través de personal del equipo coordinador. En la actualidad se ha formado a más de 12.000 cuidadoras domiciliarias. En 2008 se produjo un incremento muy notable, tanto en el número de cuidadoras formadas (4.800) como en el de personas atendidas (11.875). Los contenidos teóricos del programa se orientan al aprendizaje de aspectos sociales, biológicos y psicológicos del envejecimiento, así como elementos amplios sobre el cuidado, el bienestar y los derechos de las personas mayores. Incluye una parte práctica muy importante en el tercer mes de la capacitación (Arias 2009).

Las aspirantes a tomar la capacitación para ser cuidadoras son seleccionadas cuidadosamente por un equipo de expertos. Se busca favorecer a personas con facilidad para la adaptación a situaciones difíciles, flexibles, con capacidad de escucha y comprensión, con criterio amplio ante situaciones límite, participativas y tolerantes. Estos aspectos resultan clave para desempeñarse eficientemente en el cuidado de las personas mayores.

III.1.1. La implementación del programa

Estar de cerca observando las acciones de los coordinadores del programa, pero también desde quienes lo operan, fue una experiencia significativa que representó *palpar* cómo funciona la política social desde un enfoque de derechos, sin las características del asistencialismo³, pero sí con participación social, calidad humana y compromiso ético. En el siguiente apartado se describen las percepciones que tienen las coordinadoras del programa; posteriormente, las experiencias de algunas alumnas/cuidadoras; y finalmente, la de los receptores/usuarios del mismo.

III.1.1.1. Las coordinadoras

Es una política de estado de esta gestión, y precisamente a donde apunta es no sólo a la inserción laboral de estas personas sino más a empezar a bajar el problema del trabajo negro, porque digo, ha habido mucho trabajo negro en nuestro país, entonces hoy por hoy el monotributo social es esto, el trabajo blanco y el poco costo del contribuyente, el trabajo negro es el trabajo informal, economía informal, incluso en el 2001 en estos

3. N. ALAYÓN (1980) definió el asistencialismo como una de las actividades sociales que históricamente han implementado las clases dominantes para paliar mínimamente la miseria que generan y para perpetuar el sistema de explotación. En la actualidad el término se ha matizado con la noción de que el asistencialismo es una práctica que limita a los ciudadanos el acceso a sus derechos a través de políticas universales, no focalizadas.

índices que te mencionábamos de Argentina, mucha gente tiene sus pequeñas *changas*, que eso o nada, si pintaba el techo por cien pesos, eso no es trabajo blanco no es trabajo formal, no tiene calidad, este es el trabajo que hablábamos que no te hace ningún aporte, te pagan y te echan cuando quieren... Entonces por eso digo, me parece interesante esto: tener una política de Estado articuladísima, y va con otro montón de políticas de Estado y lo mejor, con grupos y con otros grupos de personas que todo tiene que ver con todo, es una gran plataforma de gobierno (Entrevista grupal, equipo coordinador Ministerio de Desarrollo Social).

Otra opinión es la siguiente:

Cuando van a domicilio se encuentran con otra realidad que no es la institucional, sino que es la domiciliaria donde tenemos a la persona abandonada, con mucho conflicto en la familia en muchos de los casos, la mayoría de los casos eh, tenemos viejos que todos los días piden morir, ¿sí?, por su enfermedad, por el abandono familiar, por lo que fuere, entonces se tiene otra situación a enfrentar el cuidador domiciliario, entonces si no abandona el institucional, pero dice: «Yo voy a ser cuidador domiciliario», la palabra lo dice, domiciliario. «Entonces yo voy a venir a los domicilios, yo voy a tener que hacer esto todos los días, no, esto no es para mí y puede que lo deje ahí, no sigue en el curso» (Elisa, coordinadora provincial).

III.1.1.2. La percepción y significados de las cuidadoras/es

Hablar de cuidadoras es introducirse inevitablemente en la cuestión de género. El cuidado, insistimos, se desempeña prioritariamente por mujeres en el ámbito doméstico y en el espacio formal. En este sentido, en el curso de formación, son realmente pocos los cuidadores varones que se inscriben:

Estudiando recién tuvimos dos (varones), de doscientos, dos nada más. Nosotros les decimos a las mujeres que qué les hacen, las chicas qué les hacen, se anotan, pero después no aguantan, pero es muy solicitado el cuidado del hombre ¿viste? Para los mismos hombres, que ¿viste?, vienen a ser cuidados por varones...

Investigadora: Claro, hombres con hombres ¿no?

Claro, se sienten como más cómodos, consiguen trabajo rápido, pero...

(Entrevista grupal con el equipo coordinador).

Investigadora: Pero no se deciden mucho los hombres a formarse ¿no?

[...]. No, no se deciden, sienten que no es como una salida laboral posible, pero hay trabajo para cuidadoras... (Mariana, supervisora, localidad González Catán).

Es así que la mayoría de las experiencias recogidas son de mujeres, las cuales expresan en sus relatos los significados que tienen para ellas desempeñarse como cuidadoras en el contexto de una política nacional:

En lo personal (el curso) me ayudó a entender más la vejez y no tener tantos prejuicios, hacer algo por alguien quizá la remuneración no es la más adecuada, pero el hacer algo por alguien creo que es lo más gratificante (María, cuidadora, localidad González Catán).

En un sentido diferente, Gloria, cuidadora de la provincia de Jujuy expresa lo siguiente:

Es una vocación hacerlo... el que quiere trabajar en una cooperativa tiene que tener vocación, dedicación, tiempo y sin esperar nada porque en un principio no se recibe nada, debes poner de tu recurso, tiempo, trabajo y después yo digo: que llegan los beneficios. Esto me ha permitido salir, conocer gente, eso es realmente gratificante.

En la cuestión económica me dio mayor independencia, ya no dependía de mis padres, cubría mis propios gastos, y en la parte personal, se crece demasiado, se crece a manera del aprendizaje que uno recibe y se crece mediante el intercambio de experiencias con el cuidado que nos lleva, con la persona que uno cuida (Julia, cuidadora. Cooperativa de Jujuy).

III.1.1.3. La percepción y significados de las receptores/usuarios

Las personas mayores y sus familias, que se benefician del programa, se asumen como personas que reciben una prestación a la que tienen derecho y luchan por obtenerla cuando los tiempos de espera se prolongan. Es decir, los trámites a veces llevan tiempo, pero ellos saben que es un derecho al que pueden acceder y lo gestionan, lo solicitan y a veces lo exigen, es decir, cuentan con capacidad de agencia. Esto les permite una serie de ventajas que en otros contextos no existen.

Investigadora: ¿Y qué opinan los demás de esta situación del apoyo del Programa de Atención Médica Integral (PAMI)?

De PAMI, no nos podemos quejar nada, nos dan todo, nos dan pañales, la cuidadora, el medicamento, todo, con decirle que el sueldito de ellos dos son mínimos. La prestación ofrece la interconsulta diaria con el fisioterapeuta, todos los días tiene enfermero, y aparte la doctora que viene cada quince días hasta acá.

Investigadora: ¿Él tiene su pensión, porque él fue trabajador? [...] Si, toda su vida trabajó... ya se lo ganó (Entrevista familiar, Palpalá, provincia de Jujuy).

Hasta aquí, los principales hallazgos de la observación del programa argentino. Enseguida se muestra la situación de los cuidados en México y se describen algunas experiencias de cuidados, de cuidadoras y de personas mayores y familiares que recibieron los beneficios de un proyecto sobre cuidados domiciliarios implementado en Durango, México.

III.2. *Las personas mayores en México y la situación del cuidado. Antecedentes y panorama actual*

En el caso mexicano, el país inicia sus acciones a favor del envejecimiento promulgando la Ley de Protección de las Personas Adultas Mayores, en 2003. Casi al mismo tiempo se instaura el Instituto de Protección de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el cual ha venido implementando distintos tipos de apoyo a las personas mayores: apoyo económico, atención a la salud, residencias de día, actividades culturales y educativas, asistencia jurídica y apoyo de medicamentos. En México, la legislación establece de manera pormenorizada las garantías que las distintas secretarías de Estado deben brindar a las personas mayores (Huenchuan 2013); sin embargo, en lo que concierne a los cuidados, los apoyos institucionales son escasos pues sólo cuenta con cuatro albergues donde se apoya a personas mayores con necesidades de cuidados (SEDESOL 2010).

La oferta que hace el mercado con servicios privados de cuidado queda fuera del alcance de la mayoría de la población. Una opción más escasa aun son algunas asociaciones civiles que funcionan a reserva de acceder a apoyos de proyectos⁴ o bien se sostienen con esporádicos apoyos gubernamentales; esta precariedad de recursos hace que algunos de los que ahí habitan se encuentren en situación de abandono. Según datos de un estudio de la CEPAL, el porcentaje de personas mayores que vive en hogares de ancianos es un 2,9% de la totalidad reflejada en el censo del 2000 (Prado y Sojo 2010). De manera general, en este país hay muy pocos espacios institucionales que otorgan atención y cuidado a las personas mayores y, cuando las hay, tienen enfoques muy limitados (Ham Chande 1999, en Enríquez 2014).

Así mismo, es importante señalar que las acciones de cuidado se complejizan cuando se carece de otros beneficios o derechos que como ciudadanos tienen las personas mayores, como es el acceso a la seguridad social, con su componente de derecho a la salud. Además, en nuestro país existen diferencias notables entre las acciones de la política social de vejez a nivel nacional (de la cual la Secretaría de Desarrollo Social es la principal responsable), en comparación con los estados. Es innegable que en el Distrito Federal (capital del país) se han implementado un mayor número de programas de apoyo a los mayores que dan como resultado que la vejez se viva de forma diferente según el contexto donde se reside. Adicionalmente, la población rural e indígena presenta dificultades para acceder a los apoyos institucionales que se concentran en las áreas urbanas. Las condiciones de vida de los mayores, entonces, están permeadas por el contexto en que se vive (Rubio y Garfias 2010).

Poco más de una cuarta parte (26,2%) de la población adulta mayor vive en localidades rurales; la proporción de mujeres mayores rurales es menor que la proporción de hombres, es decir, en las zonas rurales la población está más envejecida. Otros

4. No se cuenta con un registro confiable de los espacios privados que ofrecen cuidados a personas mayores. En cuanto a las asociaciones civiles, algunas tampoco están registradas en el padrón de SEDESOL.

datos de interés que nos informan de las condiciones de vida de las personas mayores en México son los que reporta la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2010), en los que se menciona que alrededor del 15% de los hogares tienen algún miembro de 70 años o más. La mayoría de estos hogares son mixtos, aunque existen cerca de un millón de hogares –3,6%– que están integrados sólo por adultos mayores. En casi dos terceras partes de los hogares mixtos, la jefatura corresponde a un adulto mayor⁵. En las localidades urbanas es clara la mayor sobrevivencia femenina con una razón de 82,6 hombres por cada 100 mujeres. Sin embargo, en las localidades rurales no se observa esa mayor sobrevivencia femenina: la situación es más equilibrada con una razón de 101,0, lo que indica que por cada 100 mujeres hay 101 hombres (Instituto Nacional de las Mujeres 2012). Por otra parte, los hogares mixtos con jefatura de adulto mayor tienen una distribución similar en todo el país (Rubio y Garfias 2010).

En cuanto a los ingresos, más de una cuarta parte del ingreso de los hogares rurales con adultos mayores proviene de transferencias⁶, mientras que apenas el 6% es producto de pensiones o jubilaciones. En contraste, de cada peso de ingreso de los hogares urbanos con adultos mayores 10 centavos son producto de transferencias y 15 centavos de pensiones o jubilaciones. Las transferencias de programas para adultos mayores en zonas urbanas son menores al 2% del ingreso total (Rubio y Garfias 2010).

Lo que llama la atención es que las transferencias no se distribuyen de acuerdo a los niveles de pobreza como se esperaría. De acuerdo al análisis de Rubio y Garfias en el Distrito Federal, los adultos mayores en el quintil más rico reciben el 28% de las transferencias, lo que representa casi el mismo monto que se reparte entre aquellos que se encuentran entre el 40% más pobre de la población. Por el contrario, en zonas rurales los adultos mayores cuyo ingreso se encuentra entre el 40% más pobre de la población reciben dos terceras partes de las transferencias y aquellos en el quintil más rico, menos del 5%. Los autores enfatizan: «Lo que realmente es preocupante es la población pobre que permanece excluida; alrededor del 35% de los adultos mayores que no reciben ingresos por jubilaciones o transferencias de programas sociales se encuentran en los dos quintiles más pobres de la población» (Rubio y Garfias 2010: 35).

Pero los que reciben un ingreso por jubilación o pensión no llegan ni a una tercera parte de la población mayor (INEGI 2009). La cobertura de los sistemas de jubilaciones es aún menor para la población rural e indígena y prácticamente nula entre el 20% más pobre de la población. Es sabido que esta población carece de acceso a seguridad social,

5. Aunque hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de hogares sin adultos mayores entre distintas regiones donde se llevó a cabo el análisis, dichas diferencias no son relevantes. Existe un patrón similar en todo el país salvo en las zonas rurales, donde se encuentra un ligero incremento de hogares con adultos mayores, a diferencia de contextos urbanos y en el propio Distrito Federal. En el contexto rural, de igual forma, la proporción de hogares conformados sólo por adultos mayores es mayor a la proporción nacional, ocurriendo lo contrario en zonas urbanas.

6. Distintos autores denominan a las transferencias como un conjunto de transacciones interpersonales que se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas (Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca, en CEPAL 2003).

lo que impide su cobertura frente a situaciones de enfermedad, accidente, embarazo o vejez. Además, el monto económico que recibe la mayoría no cubre sus necesidades de manera satisfactoria. En otras palabras, la cobertura en los sistemas formales de seguridad beneficia tan sólo al 40% de la población ocupada (INEGI 2012, en Flores 2013).

En México, para el primer semestre de 2007, la Secretaría de Desarrollo Social⁷ implementó ciertos programas focalizados según zona de residencia. Uno de ellos consiste en un apoyo mensual de 500 pesos mexicanos (aproximadamente 46 dólares) para quienes hayan cumplido 70 años antes de 1 de enero de 2007, residan en localidades rurales de menos de 2.500 habitantes y no reciban beneficios similares a otros programas federales⁸. Para 2008, el *Programa 70 y más* incorpora a más de 80.000 personas mayores y se destinó un presupuesto de casi \$350 millones de pesos (Rubio y Garfías 2010). Entre las prestaciones no monetarias del *Programa 70 y más* se considera una acción aminorar el deterioro de la salud física y mental, aspecto que se constituye en una preocupación constante, pues de esta situación se derivan necesidades de cuidado que no son atendidas por el programa, a diferencia del que se implementa en Argentina (Flores 2013).

A pesar de los esfuerzos por cubrir la insuficiencia de la seguridad social por medio de programas sociales dirigidos a la población adulta mayor, más del 40% de las personas de 70 años y más no gozan de la seguridad de un ingreso proveniente de una pensión o jubilación o de un programa social; además, aproximadamente la mitad de este grupo se encuentra en situación de pobreza. Cabe mencionar que existen diferencias en cuanto a los programas de apoyo entre los estados y la capital del país⁹. También en

7. Identificado como organismo rector de las acciones de asistencia social.

8. Un antecedente importante de apoyo social a las personas mayores surge en el 2006, cuando dentro de los beneficios del programa *Oportunidades*, operado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), se contempla un apoyo monetario adicional a las familias que tengan un integrante de 70 años o más. Las personas mayores se comprometen a asistir a visitas médicas, pláticas sobre aspectos de salud y reuniones. El monto del apoyo se ajusta semestralmente con respecto a la variación de precios de la Canasta Básica y la cobertura geográfica del componente se ha ido acotando desde el 2007 con el fin de lograr una transición gradual de los beneficiarios al nuevo *Programa 70 y más*. En 2010, se contaba con un padrón de aproximadamente 80.000 adultos mayores beneficiados. Cuando una familia beneficiaria está integrada sólo por adultos mayores, el cumplimiento de esta corresponsabilidad sustenta adicionalmente la entrega de los apoyos alimentario (\$210), energético (\$55) y compensatorio por el efecto del alza internacional de los precios de los alimentos (\$120). Así mismo, el *Programa 70 y más* se trata de una pensión no contributiva que beneficia a personas mayores de esta edad residentes en localidades de menos de 30.000 habitantes, con un monto mensual de \$500.00 en efectivo y que es operado por la SEDESOL. Cuando las personas mayores acceden a este apoyo deben renunciar al apoyo del programa *Oportunidades*. En 2009, el padrón activo era de 1,8 millones de adultos mayores en más de 75.000 localidades en todo el país. Quienes radican en la capital del país tienen acceso a un apoyo adicional mensual de \$822.00, denominado Pensión Alimentaria (G. RUBIO y F. GARFÍAS 2010).

9. En el Distrito Federal, en el año 2001, comienza la operación del Programa de Apoyo Alimenticio, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para los Adultos Mayores de 70 años residentes y que en un inicio estuvo dirigido únicamente a los territorios y a la población perteneciente a zonas de alta y muy alta marginación, aunque después se universalizó. Dicho programa otorga mensualmente 600 pesos y medicamentos gratuitos, organizaba actividades grupales de promoción de la salud y control

relación con los albergues que ofrecen cuidado: son escasos y están distribuidos solo en el Distrito Federal, en Guanajuato y Oaxaca, por lo que la inmensa mayoría de personas mayores que requieren de este tipo de apoyo quedan sin posibilidades de ser apoyadas.

Este panorama general sobre las condiciones de vida de las personas mayores sirve para repensar el asunto de los cuidados. Si bien, como ya vimos, los apoyos sociales han tenido un avance importante en los últimos años, éstos han privilegiado el apoyo económico, alimentario y el cuidado de la salud. Sin embargo, en este último rubro (la atención de la salud), no siempre se atiende de manera satisfactoria, sobre todo cuando las enfermedades se hacen crónicas y conllevan dependencia o discapacidad; es así que muchas familias tienen que recurrir a servicios privados para resolver necesidades de atención y medicamentos¹⁰. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos (INEGI 2010), el 16,4% de los hogares en México que tiene al menos un integrante con discapacidad gasta el doble en cuidados de la salud que los hogares sin miembros discapacitados (4,6% frente a 2,4%), erogando más en atención ambulatoria (77,2%) y en medicamentos sin receta (16,1%). El contexto anterior motiva el análisis sobre la respuesta que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud están ofreciendo a esta población en condición de vulnerabilidad.

Por otra parte, el Seguro Popular, instancia que fue implementada para la población que no cuenta con seguridad social, aún no rinde los frutos esperados ni en cobertura ni en calidad de atención¹¹. Existe, adicionalmente, una falta de sensibilización y capacitación del personal de salud en el trato a la personas mayores, lo cual repercute

de padecimientos crónicos. En 2003 se implementa la pensión alimenticia para la población residente del Distrito Federal mayor de 70 años (G. RUBIO y F. GARFÍAS 2010).

10. Este excesivo gasto de bolsillo indica que la población decide utilizar servicios privados, pues los percibe con mayor calidad o enfrenta problemas de acceso a servicios públicos (OCDE 2012; en CONEVAL, 2013). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2006 y 2012 (ENSANUT 2006 y 2012) revelan que, de las personas a las que se atendió en las diferentes instituciones, la percepción de la calidad en la atención es mayor en el sector privado, a pesar de que ésta ha mejorado en los establecimientos públicos en los últimos años. Además, documentan que las personas que son atendidas en establecimientos privados lo hacen aun contando con cobertura de aseguramiento público y que el problema principal se encuentra en el primer nivel de atención. En 2007, el gasto en servicios de salud privados por persona concentró el 54,6% del gasto total en salud. Representando el 93% del desembolso de las personas y un 7% en primas por seguros privados. El gasto del bolsillo en la población de Argentina (41%), Brasil (62%), Colombia (42%) y Uruguay (31%) del gasto privado. En México se encuentra el gasto más alto de bolsillo de la región. Este tipo de gasto expone a las familias a un gasto catastrófico y/o empobrecedor (CEPAL 2010).

11. En 2008 el SPS llegaba a cubrir 27 millones de personas afiliadas. Eso indica que existen 30 millones de personas sin seguridad social en México; y que la necesidad de atención a la salud de las personas sigue recayendo en las instituciones públicas (SSA e IMSS-O). La SSA tiene a su responsabilidad 27 millones de personas y 7 millones de afiliados se atienden en las unidades del programa IMSS-O (CEPAL, 2011).

en que algunos de ellos deciden recurrir a lo privado, renunciando así a la atención a la que tienen derecho¹².

Otro dato similar, pero de una fuente diferente, es el de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social que reporta que 1,5 millones de adultos mayores¹³, del total de 12 millones aproximadamente, requieren algún tipo de ayuda para realizar sus actividades cotidianas (en este país, 189 personas mayores por cada mil se ven afectadas). Las limitaciones en la movilidad son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, lo cual complica aún más las acciones de cuidado que realizan las mujeres, al tener una salud más frágil (las mujeres se ven afectadas 1,4 veces más que los varones). Es así que el 82% requiere ayuda para desplazarse fuera de su hogar; el 63% para hacer sus cuentas o manejar su dinero y el 54% para tomar sus medicamentos; en cuarto lugar, para vestirse, alimentarse e ir al baño o bañarse con un 46%; y, finalmente, el 44% necesita apoyo para levantarse o moverse dentro de sus domicilios (CEPAL 2014; ENESS 2013).

En los reportes mencionados se da a conocer que los hogares con al menos un adulto mayor (AM) con discapacidad gastan 3,9 veces más en consulta externa y 1,8 veces más en medicinas que los hogares con AM sin discapacidad; además, el 40% de estos hogares incurre en gastos catastróficos (Gutiérrez y Lezana 2013). Los aspectos descritos conducen a nuevas reflexiones: ¿cómo viven y cómo enfrentan las familias las situaciones de cuidado de sus familiares mayores y las dificultades que se desprenden de ello cuando no se cuenta con una política de cuidados?

Lo que se puede identificar en primera instancia es que la legislación existente en México tiene un vacío que no ha sido atendido. El cuidado de los mayores continúa siendo una responsabilidad familiar, una obligación filial predominantemente realizada por las mujeres. Dista mucho de ser visto como un derecho. A continuación abordaremos los casos estudiados en el contexto mexicano.

III.2.1. La experiencia de los protagonistas del cuidado

Como ya se mencionó, el propósito principal del proyecto fue capacitar a cuidadoras para apoyar a familias con personas mayores con requerimientos de cuidado. Los relatos que se muestran a continuación corresponden a las alumnas que recibieron la capacitación y otorgaron el cuidado y a las personas mayores y familiares que recibieron el apoyo.

12. Algunos entrevistados refirieron un trato poco digno por parte del personal de salud. Como bien sabemos, la excesiva demanda de usuarios de servicios de salud y el escaso recurso humano y de equipamiento de muchas unidades de atención de salud propician que la calidad de ésta disminuya.

13. De los cuales, la ENESS indica que el 64% son mujeres y el 36% hombres. No se reflejan los rangos de edad en los que se encuentran dichos adultos mayores que permitan identificar en qué etapa de la vejez se acentúa la necesidad de recibir apoyo en la concreción de sus actividades cotidianas.

III.2.1.1. Las cuidadoras

La mayoría de las cuidadoras en el curso de cuidados domiciliarios fueron mujeres (18) y solo dos varones. Cada una de ellas recibió una beca económica por la capacitación, lo cual representó la posibilidad de contar con un ingreso o bien de aumentarlo en el caso de quienes ya tenían una actividad laboral¹⁴. El curso representó la posibilidad de superarse como personas y tener la experiencia de sentirse útiles. Adentrarse en los contenidos sobre temas de envejecimiento fue fundamental, pues la comprensión de este fenómeno en sus dimensiones sociales, culturales, políticas y subjetivas los ayudó a entender mejor este proceso y a valorar su propio ciclo de vida.

Antes del curso yo no tenía amplios conocimientos y se me dificultaba cuidar a las personas mayores, tan frágiles... y se me hacía difícil entender la situación por la que ellas están pasando... (Martha, entrevista grupal).

Antes mi vida transcurría entre el cuidado de los hijos, atender el hogar, salir a vender algún producto, pues no tengo trabajo estable, así que cuando supe del curso me apunté de inmediato... Después del curso me siento una persona útil, capaz de cuidar a un adulto mayor, sea cual sea su problema o incapacidad, gracias a los conocimientos que adquirí... (Rosario, entrevista grupal).

Como se observa en estos relatos, al igual que en los de la mayoría de las cuidadoras de Argentina, tener una posibilidad de capacitarse, de sentirse productivas, útiles y tener un ingreso representa una oportunidad de crecimiento personal que permite que sus vidas cotidianas adquieran un nuevo sentido. Tanto es así que al finalizar el proyecto fue necesario manejar sentimientos de pérdida, es decir, terminar el curso implicó terminar la relación cuidadoras/as-adultos/as mayores-familias, algo que se reflejó en discursos como el siguiente:

Lo más difícil para mí fue dejar de ir a las prácticas, sólo duraron un mes y el adulto mayor que cuidaba no tenía los recursos para poder pagarme por su cuenta, y yo tuve que seguir con mi vida...

III.2.1.2. La experiencia con las familias y con los adultos mayores

Las familias seleccionadas (especialmente quienes fungían como cuidadoras principales) vieron la presencia de las cuidadoras como una gran oportunidad para poder tener un «tiempo fuera» y poder dedicarse un poco de tiempo para sí. Otra ventaja fue que los familiares tuvieron la oportunidad de contar con información y asesoría sobre algunos aspectos específicos de cuidado a sus familiares mayores y así mejorar

14. Tanto la parte teórica como práctica del curso se realizó por las tardes, de tal manera que quienes ya tenían trabajo formal por las mañanas podían asistir sin ningún problema.

la atención que les brindan. De esta manera, la cuidadora desempeñó un rol de apoyo importante tanto para las personas mayores como para sus familiares.

El adulto mayor que cuidé mejoró mucho a partir de mis cuidados, mejoró su carácter, mejoró en sus movimientos, mejoró su relación conyugal, en fin, hubo mejoría en muchos aspectos... (Rita, alumna cuidadora).

La familia del adulto mayor que cuidé se quedó muy agradecida conmigo por la mejoría que vieron en su familiar (Andrea, alumna cuidadora).

Por otra parte, también se presentaron algunas situaciones difíciles como la siguiente:

No había mucho trato con la familia, pues la hija trabajaba, y con la familia del adulto mayor no había ningún trato pues él vivía solo y ellos no lo procuraban [visitaban]... Me daba mucha tristeza por él (Adela, entrevista grupal).

El relato muestra lo que acontece en muchos hogares de adultos mayores: la familia se debilita cuando las redes de apoyo social no son fuertes, cuando la solidaridad se resquebraja a causa de la compleja dinámica que vivimos actualmente. En el ámbito social, los programas sociales del gobierno dirigidos a la población mayor no tienen un impacto en las redes comunitarias y de apoyo familiar, así como tampoco lo tienen en los niveles de participación social y de acceso a la educación (CEPAL 2009, en Enríquez 2014: 381).

Las cuidadoras dieron cuenta de los comentarios de los participantes destacando los aspectos subjetivos que implica cuidar para ellas. Aquí se identifica la satisfacción que ofrece a las mujeres cumplir con una tarea valorada moralmente, pero devaluada en lo económico y en lo social (Robles 2007).

La familia estaba muy contenta porque sintieron un gran apoyo y una gran ayuda.

Esta es la forma en la que a través de un proyecto se implementó una réplica en pequeña escala del programa argentino. En esta experiencia surgieron algunas reflexiones en torno a lo que podría beneficiar una política de cuidados que esté fundamentada en el enfoque de derechos. Mostrar los resultados a las autoridades locales fue un compromiso que se cumplió al finalizar el trabajo. Se espera que surja un mayor número de evidencias empíricas que sensibilicen de tal forma que se tome la iniciativa de implementar una política de cuidados.

IV. A MANERA DE REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

Como se puede apreciar, la experiencia del cuidado implementado desde la política social en Argentina integra una visión incluyente que se sustenta en los derechos humanos y tiene como meta la protección social universal, pues contempla no sólo dar respuesta a necesidades de cuidado de las personas mayores, sino al bienestar de las

familias y de las mujeres que se capacitan como cuidadoras que requieren de una oportunidad laboral, de un ingreso y de crecimiento personal.

En esta óptica, el *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios* no es un programa aislado. Se encuentra insertado dentro de una política amplia de protección de los derechos de los adultos mayores, pero que se implementa previamente al envejecimiento de la población. Es así que a partir del programa se abre la posibilidad de un empleo formal a quienes cuidan a los adultos mayores, beneficiándolos en una doble perspectiva: ofreciéndoles un empleo y posibilitando su ingreso a la protección social¹⁵.

En el caso de México, existe una fuerte tendencia «familista»¹⁶ en cuanto a la responsabilidad del cuidado en la vejez y, al mismo tiempo, un vacío en las políticas sociales que apoyen a las familias cuidadoras. Las familias, pero por encima de todo las mujeres, son quienes dan respuesta a las necesidades de cuidado. Esto trae consecuencias que van desde lo económico hasta lo emocional, pasando por conflictos familiares que deterioran las relaciones interpersonales en el interior de las familias.

En ambos contextos, las experiencias de cuidado (ya sea desde una política de gobierno o desde la intervención en un proyecto, como es el caso de México) contienen un importante elemento de género. Dado que en un 98% de quienes se incorporan a estas tareas son mujeres, convertirse en cuidadoras formales representa una oportunidad de desarrollo y autorrealización. Acceder a un salario y al conocimiento de la vejez y los cuidados se constituye en un elemento de cambio positivo. Para estas mujeres es posible resignificar sus cualidades como cuidadoras; al mismo tiempo, también se promueve el interés por prepararse, por interactuar en un ámbito diferente al espacio doméstico, un espacio donde son reconocidas y valoradas. Significa interactuar en escenarios donde comparten con otras mujeres los conocimientos, las experiencias, las reflexiones sobre el tema de los cuidados y, al mismo tiempo, la interacción con los adultos mayores a quienes cuidan, personas a quienes la experiencia les representa un reto, pero también la oportunidad de crecer.

Con el proyecto implementado en México fue posible constatar las ventajas y beneficios de impulsar acciones de apoyo al cuidado en la vejez. Se busca sensibilizar a distintos actores políticos y sociales para que se piense en la necesidad de implementarlo como una política nacional. No obstante, el tema sigue siendo sólo un motivo de preocupación, pero no de motivación para su implementación. Invertir en cuidados para los mayores no cobra aún la importancia que tiene invertir en los cuidados para los

15. A todos los alumnos que ingresan en el curso de formación se les brinda por parte de la Secretaría de Trabajo y el Ministerio de Desarrollo Social la posibilidad de tener acceso a una pensión, a una cobertura médica y a pagos jubilatorios a través de un pago de mono-tributo social.

16. Los supuestos ideológicos del modelo «familista» son la centralidad de la institución del matrimonio y una rígida división sexual del trabajo; además, intervienen otros actores (como la Iglesia –independientemente de la creencia– y los grupos conservadores) que sostienen este modelo, que es el que prevalece en contextos como el nuestro (R. AGUIRRE 2008). Las creencias y perspectivas «familísticas» ponen el énfasis sobre el lugar de los afectos y del altruismo. Sin duda, mucho del trabajo de cuidado es hecho por amor; al mismo tiempo, esto no significa que amemos hacerlo todo el tiempo (V. ESQUIVEL *et al.* 2005).

infantes (si bien estos espacios también son insuficientes, no lo son en la misma medida que los destinados al cuidado de las personas mayores).

Reflexionando sobre los propósitos de este trabajo, es posible hacernos nuevas preguntas: ¿qué aspectos deben permanecer en el tema del cuidado en la vejez? ¿Qué situaciones deben cambiar para avanzar hacia mejores condiciones para personas mayores, cuidadoras y familias?

Me temo que no hay respuestas contundentes, sino nuevas reflexiones: para asegurar que hombres y mujeres mayores tengan la certeza de que siempre habrá quien los cuide, es necesario continuar fortaleciendo la solidaridad familiar y comunitaria. Empezar a promover desde las nuevas generaciones el valor de la reciprocidad; como mencionan infinidad de investigaciones, todos en algún momento de nuestras vidas necesitamos del cuidado de otros, es necesario reciprocitar el cuidado. Por tanto, hay que poner de relieve que somos personas interdependientes, cuya base es una reciprocidad que desborda la típica de las relaciones contractuales y su ideal de equivalencia constante –reconociendo que éstas tienen su lugar–, para ser asimétrica y ajena al cálculo. Forma parte de la estima ética de sí mismo percibirse como capaz de dar y no solo de recibir (Huenchuan y Rodríguez 2014: 61).

Pensar la reciprocidad y la solidaridad no solo en las relaciones interpersonales o familiares, sino también desde las políticas sociales y las acciones institucionales, son temas que deben estar presentes en la agenda pública. Es importante preservar y ampliar a todos los ciudadanos el derecho a la seguridad social, concebirla como la búsqueda de estabilidad del individuo no solo en el rubro del ingreso por una pensión, sino también en aspectos de la salud. En general, la seguridad social debiera encaminarse al logro del bienestar de los sujetos que la conforman, especialmente de los sujetos mayores (Ronzón y Montoya 2013). A las instituciones públicas y sociales les concierne también la tarea de concienciación cívica, para que los ciudadanos se hagan cargo de la realidad de las personas mayores con autonomía fragilizada y para que se tenga viva conciencia de su dignidad (Huenchuan y Rodríguez 2014).

No obstante, hay cosas que deben cambiar; una de ellas es la visión de que el cuidado es una tarea femenina. La percepción de que las mujeres son mejores que los varones para realizar el cuidado sólo seguirá reforzando las inequidades de género. Es necesario, en las mismas mujeres, introducir la idea de que los varones pueden desarrollar las mismas cualidades que hasta ahora se han considerado exclusivas de las mujeres. Pensar cómo se construye la relación de cuidado desde el género es un tema que sigue pendiente en todos los contextos: subjetivos, políticos, familiares, socioculturales.

Por otra parte, es necesario abandonar prácticas que promueven que las personas se coloquen como «beneficiarias» de la política, para pasar a sentirse usuarios de derechos. Ubicarse en el rol de «beneficiarios» es estar en una posición desigual, donde el que «ayuda» tiene un poder del que el otro carece. Así, cuando se recibe la «ayuda» hay que «agradecer», en lugar de reconocer que sólo se accede a un beneficio al que se tiene derecho. En tiempos electorales los agradecimientos se convierten en votos para los administradores de la política, reforzando el clientelismo político tan común en México; también en tiempos electorales la oferta de programas y apoyos sociales se incrementa considerablemente. En este sentido, como menciona Duschatzky (2000:

59), «el ciudadano objetivo de las propuestas» aparece más como un consumidor de la oferta de programas que como un ciudadano de derechos sociales y políticos.

El cuidado señala un propósito y una forma de consideración consigo mismo, con los otros y con el entorno; los derechos constituyen grandes parámetros para orientar e identificar el grado de desarrollo y el carácter democrático y justo de una sociedad (Arias 2007). Es importante precisar que las políticas públicas/sociales que se hacen cargo de estas dimensiones no tienen como objeto suplantar las relaciones interpersonales del cuidado, sino buscar un equilibrio que apoye a las personas que reciben cuidados y a sus cuidadoras en el marco de diversas formas de corresponsabilidad que sustentan las políticas (Sojo 2007).

El cuidado es uno de los aspectos que más preocupan a los gobiernos y a las oficinas de derechos humanos; el cuidado requiere una acción positiva para incrementar el ejercicio de los derechos en esos ámbitos específicos (Huenchuan 2013). Se requiere promover de manera enfática la visión acerca los derechos humanos y sociales, del ejercicio de ciudadanía, de la inclusión y participación social. Se necesita que las personas se asuman como individuos «con derecho a tener derechos», pues si no se tiene conciencia de ello permanecerá la idea de que existen individuos vulnerables a los que hay que seguir ayudando con políticas focalizadas. En este sentido, la crisis del cuidado en la vejez es plausible resolverla con una convergencia entre el apoyo formal e informal, con la conjunción de esfuerzos entre el Estado y la comunidad, con el intercambio de apoyos entre la familia cercana y los integrantes de la familia extensa, los amigos y la red vecinal.

Al revisar la política de cuidados en ambos contextos latinoamericanos, no nos queda más que considerar que en el caso argentino hay muchos elementos que es necesario que continúen y se mantengan. Para México, hace falta reflexionar sobre aquello que debe ser transformado, sobre todo en aspectos de equidad de género y reciprocidad intergeneracional, pero también incorporar una perspectiva real de derechos que permitan erradicar las formas múltiples de exclusión de prácticas orientadas al cuidado que experimentan cotidianamente mujeres y hombres mayores (Enríquez 2014).

Un fin último es proporcionar elementos a los tomadores de decisiones para la implementación/transformación de políticas de cuidado que contribuyan a disminuir los impactos que éste tiene en las familias con escaso apoyo social y/o soporte familiar.

V. BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, Rosario. Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En ARRIAGADA, Irma (coord.). *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA, 2007: 187-199.
- AGUIRRE, Rosario. El futuro del cuidado. En ARRIAGADA, Irma (coord.). *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2008: en línea: www.eclac.org/dds/noticias/.../9/.../Sintesis_Reunion_Especialistas.pdf. Fecha de consulta: 12 mayo 2009.
- ALAYÓN, Norberto. El asistencialismo en la política social y en el Trabajo Social. *Acción Crítica*, 1980, n.º 7.

- ARIAS, Claudia. Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En CEPAL. *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile: CEPAL, 2009: 29-71.
- ARRIAGADA, Irma. *Políticas hacia las familias. Protección e inclusión sociales*. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA, 2005.
- ARROYO, María Concepción. El cuidado en la vejez avanzada: escenarios y tramas de violencia estructural y de género. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 2010, vol. V (10): 1-21.
- BATTHYANY, Karina. *Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo? Informe final*. Montevideo: IDES, CSIC-UNFPA, 2007: en línea: www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/210_pdf.pdf. Fecha de consulta: 10 marzo 2014.
- BUTINOF, Mariana; GURI, Ana Karina; RODRÍGUEZ, Guadalupe; ABRAHAM, Daniela; VERA, Yarina y GASMANN, Jesica. *Adultos Mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba –apuntes para una reflexión preliminar*. Informe elaborado en el marco del Proyecto UPAMI, SEU-UNC. Córdoba, 2013.
- CEPAL. *Notas de Población*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2003: en línea: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37714-notas-de-poblacion-vol30-ndeg-77>. Fecha de consulta: 3 mayo 2007.
- CEPAL. *Panorama social de América Latina 2010*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2010: en línea: www.cepal.org/es.../1236-panorama-social-de-america-latina-2010. Fecha de consulta: 11 marzo 2012.
- CEPAL. *La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y de los derechos*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2011: en línea: www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm. Fecha de consulta: 23 agosto 2011.
- CEPAL. *Panorama social de América Latina 2012*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2012: en línea: www.cepal.org/publicaciones/xml/5/.../PanoramaSocial2012DocI-Rev.pdf. Fecha de consulta: 13 octubre 2013.
- CEPAL. *Boletín Envejecimiento y Desarrollo n.º 12*. Santiago: CELADE-CEPAL, 2014.
- CONVAL. *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2012: en línea: www.coneval.gob.mx/.../Evaluación_Estrategica_de_Protección_Social... Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- DURÁN, María de los Ángeles y ROGERO, Jesús. *La investigación sobre el uso del tiempo*. Cuadernos Metodológicos, 44. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2009.
- DUSCHATZKY, Silvia. *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- ENESS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013. *Boletín de Prensa*, abril de 2014, n.º 155/44.
- ENRÍQUEZ, Rocío. Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cuadernos de Pesquisa*, 2014, vol. 44 (152): 378-399.
- ENSANUT. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006: en línea: www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf. Fecha de consulta: 8 febrero 2008.
- ENSANUT. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012: en línea: www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf. Fecha de consulta: 15 mayo 2013.
- ESQUIVEL, Valeria; FAUR, Eleonor y JELIN, Elizabeth. Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En SANDOVAL ACOSTA, Girlandrey; ESQUIVEL, Valeria; FAUR,

- Eleonor y JELIN, Elizabeth. *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES, UNICEF, UNFPA, 2012: 11-44.
- FLORES, Atenea. *Transferencias no contributivas a personas mayores. Análisis comparativo de dos programas: 70 y Más y pensión alimentaria de la ciudad de México*. México: CEPAL-ONU, 2013.
- GUTIÉRREZ, Luis Miguel y LEZANA, Miguel Ángel. *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*. Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriátría, 2013.
- HUENCHUAN, Sandra. Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En CEPAL. *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile: CEPAL, 2009: 11-28; en línea: www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/36631/W263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf#page=8. Fecha de consulta: 12 enero 2010.
- HUENCHUAN, Sandra. *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2010; en línea: www.eclac.org/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf. Fecha de consulta: 3 mayo 2011.
- HUENCHUAN, Sandra. *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores 2007-2013*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2013.
- HUENCHUAN, Sandra y RODRÍGUEZ, Rosa Icela. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: CEPAL-ONU, 2014.
- INEGI, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares 2008*. Aguascalientes: INEGI, 2009.
- INEGI, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares 2010*. Aguascalientes: INEGI, 2011; en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/enigh2010/ncv/default.aspx>. Fecha de consulta: 21 octubre 2013.
- INEGI, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*. Aguascalientes: INEGI-IMSS, 2013; en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/accesomicrodatos/encuestas/hogares/modulos/eness/2013/>. Fecha de consulta: 24 junio 2014.
- INMAYORES. *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. OEA, 2015; en línea: http://www.oas.org/es/s/a/ddi/docs/tratados_multilaterales_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf. Fecha de consulta: 15 noviembre 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES. *Situación de las personas adultas mayores en México*. Disponible en: www.xedoc.inmujeres.gob.mx/cendoc/documentos_download/101243. Fecha de consulta: 12 agosto 2015.
- MAIER, Elizabeth. El mito de la Madre. *Revista Iztapalapa*, 1998, vol. 19 (45): 79-106.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Plan Nacional de las Personas Mayores 2012-2016. Dirección General de Políticas para Adultos Mayores*. Argentina: Secretaría Nacional de la Niñez, la Adolescencia y la Familia del Ministerio de Desarrollo Social, 2013; en línea: www.desarrollosocial.gob.ar. Fecha de consulta: 6 octubre 2015.
- PRADO, Antonio y SOJO, Ana. *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de Pensiones y Protección Social Integral*. Santiago de Chile: ONU-CEPAL, 2010.
- RABELL, Cecilia. *Tramas Familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*. México: UNAM-IIS, 2009.
- RIBEIRO, Manuel. *Hacia una política social de la Familia*. México: Senado de la República, 2004.
- ROBLES, Leticia. *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: Editorial Universitaria, 2007.

- RONZÓN, Zoraida y MONTOYA, Jaciel. La seguridad social entre la población envejecida del Estado de México: alcances y limitaciones de las políticas públicas. *Papeles de Población*, 2013, vol. 19 (77): 60-82.
- RUBIO, Gloria y GARFIAS, Francisco. *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2010: en línea: www.cepal.org/publicaciones/xml/0/39750/sps161-adultos.pdf. Fecha de consulta: 5 abril 2012.
- SEVENHUIJSEN, S. The place of care: The relevance of the feminist ethic of care for social policy. *Feminist Theory*, 2003, vol. 4 (2): 179-197.
- SEDESOL. *Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas mayores*. México: INAPAM, 2010.
- SOJO, Ana. *De la evanescencia a la mira. El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 2011: en línea: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/7023-de-la-evanescencia-la-mira-el-cuidado-como-eje-de-politicas-y-de-actores-en>. Fecha de consulta: 9 mayo 2009.
- SOJO, Ana y UTHOFF, Andras. *Cohesión social en América Latina y el Caribe. Una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*. Santiago de Chile: CEPAL, 2007: en línea: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/28198/cohesionsocial_alc_parte1.pdf. Fecha de consulta: 15 marzo 2009.
- WAERNES, Kari. Social Research, political theory and ethics of care. *Research Review*, 2001, 17 (1): 5-16.