

X JORNADAS DE SOCIOLOGIA DE LA UNLP

MESA 46- El nacimiento de la clínica. Ciencias Sociales y Salud.

Las prácticas de cuidado en personas adultas mayores y las acciones de la seguridad social en Argentina- Mga. Dionisi Karina Silvia (Cimecs-UNLP)

Introducción

Este trabajo es el resultado de la conformación del marco teórico y de los lineamientos de análisis, desarrollados como parte de la propuesta de investigación sobre “Las políticas de cuidado de personas adultas mayores dependientes de Argentina”, que esta incluida en el Proyecto “Representaciones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención” a cargo de la Dra. Pagnamento Licia dependiente del Cimecs-UNLP-2017/2018.

En la misma, se realiza un recorrido por los cambios sociodemográficos globales y nacionales, las nuevas condiciones sociosanitarias de la población adulta mayor, la conformación de los sistemas de seguridad destinados a este sector poblacional; así como de las formas de diagnosticar y abordar la vulnerabilidad y la funcionalidad de las personas adultas mayores con dependencia, desde una de las instituciones de nuestro país, de larga trayectoria, especializada en esta temática. En el marco del debate “el cuidado” y las formas de reorganización del cuidado en nuestras sociedades.

Envejecimiento poblacional y aumento de las necesidades de cuidado.

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la transición demográfica generada por cambios en la fecundidad, en la mortalidad y, en menor medida, en las migraciones. Se define como un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, caracterizado por el aumento relativo de las personas en edades avanzadas y la disminución del peso relativo de los más jóvenes. Esto se refleja en la inversión de la pirámide poblacional por edades.

Según cálculos de la OMS entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará: se prevé que para ese período el número de personas de 60 años y más aumente de 605 millones a 2000 millones. El grupo etario que más crecimiento evidencia es el de las personas de 80 y más años. Por su parte, la OIT estima que la población activa (entre 14 y 65 años) aumentará un 30%, mientras que la población mayor a 65 años se triplicará. En consecuencia, expresan Golbert y Roca (2014), se incrementará la tasa de dependencia potencial de mayores en

términos de la disminución de la cantidad de personas potencialmente activas en el mercado de trabajo con respecto a las personas que estarían en condiciones de jubilarse.

El envejecimiento poblacional significa un logro para la humanidad y a la vez un desafío que enfrentan la mayoría de los países en la planificación de sus servicios de previsión social, salud, trabajo, educación, transporte y demás campos que deberán modificarse para dar respuesta a la nueva distribución etaria (Ceminari y Stolkiner, 2016).

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento demográfico se ha expresado con celeridad desde la segunda mitad del siglo XX, se estima que para el año 2050, una de cada cinco personas tendrá más de 65 años. En nuestro país este proceso, se inició hacia el año 1920 y se intensificó en 1970. En la actualidad, Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado, según el Censo de 2010, un 10,2% de la población tiene 65 años y más, y la de 80 años y más un 2,4% (con un crecimiento del 31,9% entre el año 2001 y 2010, Ceminari y Stolkiner, 2016). Una de las características principales de la población adulta mayor de nuestro país, es también su feminización, dado los mayores niveles de mortalidad masculina. Esto es sumamente relevante porque existen una serie de factores que acrecientan los problemas que enfrentan las mujeres mayores. Otra de las características salientes es su perfil urbano y las heterogeneidades entre las unidades subnacionales. En CABA reside el mayor porcentaje de adultos mayores del país (15,7%).

La presencia de más de 5,8 millones de adultos en Argentina y la proyección de que llegará a 13 millones en 2050 hacen que sea necesario, plantean las autoras mencionadas, tomar medidas concretas desde las políticas sociales en un contexto de reducción del tiempo de las familias para prestar apoyo y cuidados a esta población que va incrementando sus tasas de dependencia de terceros.

Este constituye el tema eje de este trabajo, al interrogarnos sobre las formas de reorganización del cuidado en relación a las necesidades específicas de cada grupo etario, en nuestro caso, circunscripto a la población adulta mayor dependiente. Como refieren Golbert y Roca (2014: 13) “el creciente número de personas, que por haber disminuido su autonomía requiere de cuidados de terceros, plantea una nueva problemática en el campo de las políticas públicas”.

Tomaremos como marco general del análisis, el informe de la CIPPEC (2017): “Desayunos sobre políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos en el cuidado de adultos mayores”. En el cual se plantea que, no podemos partir de una idea universal ni única de la vejez, dado que este proceso es transitado y significado de diferente manera según un amplio campo de variables, de allí que prevalezca un concepto social de envejecimiento diferencial (Oddone y Salvarezza, 2001).

Como expresa Almohacid (2015): el envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que opera a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra influido por diversos factores endógenos y exógenos. Esto implica aceptar, que el envejecimiento no configura una enfermedad, ni un error evolutivo, sino un proceso con múltiples causas, cuyo resultado la vejez, es tan heterogéneo en sus manifestaciones unitarias como lo son los sujetos de las mismas. No sólo afecta un cuerpo sometido a un proceso biológico, sino que los cambios en el ciclo de vida implican transformaciones identitarias, nuevos roles, normas y prescripciones sociales que forjan diferenciaciones y desigualdades al interior de las sociedades. Es en los cambios de las condiciones de reproducción de los grupos sociales por las transformaciones materiales y sociales de producción de nuevos miembros que se producen nuevas generaciones. Entendemos el concepto de generación como grupos de individuos que comparten una contemporaneidad cronológica y modos/condiciones sociales y materiales degeneración/producción similares (Criado, 1998, citado por Almohacid,2015). De esta manera, entendemos a la edad como una categoría dinámica, histórica y relacional que se construye socioculturalmente, y que segmenta el curso de la vida en diferentes etapas con roles e identidades propias. Pero que, al estar atravesado por otros ejes de desigualdad, más bien tendríamos que hablar, de un concepto situacional y contextualizado.

Existen problemas conceptuales respecto a las definiciones de las vejezes, sin embargo, se ha resuelto a partir de la determinación de un indicador objetivo, como la edad cronológica. Se han determinado dos subgrupos: los adultos mayores entre 60 y 74 años y otro de adultos más mayores, de 75 años en adelante. Este último subgrupo, ligado por el ciclo de vida al aumento de la esperanza de vida, por un lado y por el otro, al incremento de los tipos y grados de dependencia, se lo ha denominado envejecimiento del envejecimiento. En América Latina, el subgrupo de adultos mayores a 75 años representaba en 1950 el 17 % de la población, y ya a comienzos de este siglo constituían un cuarto de la población total.

Es necesario aclarar, que la edad avanzada no implica necesariamente pérdida de autonomía. Sin embargo, se constata una correlación positiva entre ambas. Como argumentan Golbert y Roca (2014:16) para una mejor comprensión del momento demográfico en que se encuentra un país, además de considerar la expectativa de vida y la tasa de fecundidad, se debe tener en cuenta la tasa de dependencia o el índice de dependencia potencial. En el caso de la Argentina, el censo de 2010 indica que en ese año la tasa de dependencia alcanzó su valor más bajo y se mantendrá cerca de ese nivel hasta 2040 (55,6%). Se calcula que en el 2050 la tasa de dependencia sería del 61% y del 72% en el 2100. Con estos datos, se puede afirmar que la Argentina goza en los próximos 30 años de una situación favorable, por lo que se conoce como bono demográfico: la mayor proporción de su población se encuentra en edad de trabajar.

Debate sobre el cuidado en personas adultas mayores dependientes

La manera en como las sociedades organizan el cuidado que permite la reproducción cotidiana de la vida de las personas, sostienen Rodríguez Enriquez y Marzonetto (2015), ha sido una preocupación histórica de los estudios de género, y en particular de los desarrollados desde distintas vertientes feministas. En las últimas décadas, este tema se ha revitalizado desde la mirada específica que se concentra en el rol que el trabajo de cuidado en el sostenimiento del sistema económico y social, y de las implicancias que de organización en la estratificación social y equidad de género.

En América Latina este tema ha venido ganando impulso tanto en materia de visibilidad del trabajo de cuidado no remunerado como en el debate y el diseño e implementación de políticas públicas para su redistribución. En Argentina, según Rodríguez Enriquez y Marzonetto (2015), la discusión es aún embrionaria, y se promueve más desde algunos sectores académicos, organizaciones de la sociedad civil y espacios legislativos, que desde los ámbitos de gobierno con capacidad para la ejecución de políticas públicas.

Un aspecto a considerar es el sostenimiento de un sistema económico determinado a partir del aporte del trabajo de cuidado no remunerado. La revitalización de este debate dentro del campo económico dio lugar a la promoción del concepto de economía de cuidado, categoría aún en discusión. En sentido amplio, refiere a “todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en la que viven. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad impersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión de cuidado (coordinación de horarios, traslados, supervisión del trabajo de cuidadores, entre otros). El cuidado permite atender las necesidades de las personas dependientes, por su edad o por sus condiciones /capacidades (niños, personas mayores, enfermas o discapacitadas) y también de las personas que podrían auto proveerse dicho cuidado.

Esta temática puede comprenderse mejor, a partir del concepto de organización social del cuidado (OSC), el cual refiere a la manera en que, inter relacionadamente las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen el cuidado. La noción de OSC se emparenta con la de “diamante de cuidado” como representación de la arquitectura a través de la cual se provee el cuidado, esto implica una serie de relaciones y una secuencia de actividades, trabajos y responsabilidades (Rodríguez, 2015). Esto conforma una red de cuidados, donde se dan una multiplicidad de encadenamientos de actores, escenarios y actividades. Estas redes las constituyen las personas que dan cuidado y las que los reciben (es decir, todas las personas en sus

dobles roles de cuidadores y cuidados) así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también comunitaria.

Según la mencionada autora, la evidencia existente demuestra que la OSC, en su conformación actual en América Latina en general, y en Argentina en particular, es injusta porque las responsabilidades de cuidado se encuentran desigualmente distribuidas en dos ámbitos diferentes. Por un lado, hay una desigual distribución de las responsabilidades entre hogares, Estado, mercado y organizaciones comunitarias. Por el otro lado, la desigualdad en la distribución de responsabilidades se verifica también entre varones y mujeres. En síntesis, el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y, dentro de éstos, por las mujeres.

Esta situación está íntimamente entrelazada por una concepción de roles de género y de una división sexual del trabajo; que ubica a las mujeres en el ámbito de la reproducción y por ende del cuidado, como propio de su naturaleza. Lejos de ser una capacidad natural, se trata según las concepciones actuales, de una construcción social sustentada por las relaciones patriarcales de género, que se sostienen en valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos como la educación, los contenidos de las publicidades y otras piezas de comunicación, la tradición, las prácticas domésticas cotidianas, las religiones, las instituciones (Rodríguez, 2015).

Volviendo al tema específico de este trabajo, estamos frente a un cambio demográfico marcado por el aumento de la población envejecida y a este cambio se suma el aumento de las necesidades de cuidado. Lo que se constata, es que este proceso no es acompañado de un aumento de las capacidades de respuesta sino de su descenso (Ceminari y Stolkiner, 2015).

Esta situación da como resultado una “crisis del cuidado”, entendida como el resultado de la conjunción entre un aumento de personas dependientes que requieren de cuidados y una disminución de personas en condiciones de ejercer esa función (CEPAL, 2009). Distintas investigaciones revelan que el núcleo familiar es quien sustenta la mayor carga del trabajo de cuidado de las personas dependientes y dentro de ese núcleo, son las mujeres quienes concentran la mayor carga de trabajo de cuidado. La presencia del estado es débil y cubre parcialmente la provisión de cuidados (Findling, 2015, citada por Ceminari y Stolkiner, 2015). Los resultados de la Encuesta nacional sobre calidad de vida de los adultos mayores del 2012 son contundentes en este sentido: el 77,4% de los adultos mayores reciben los apoyos y cuidados de su entorno familiar, un 12,2% cuentan con ayuda de empleada doméstica o cuidadora no especializado, un 5,5% recibe colaboración de un amigo o vecino y sólo un 3,5% tiene una cuidadora especializada (Ceminari y Stolkiner, 2015). La forma que adopta la OSC depende de los recorridos históricos de los regímenes de bienestar. En función de la distribución de responsabilidades en una sociedad, Aguirre clasifica

los regímenes de bienestar según el peso diferencial que tengan los servicios del Estado, los del mercado, las familias y la red comunitaria. De esta manera, tenemos el vector que va desde regímenes desfamiliaristas hasta aquellos basados en el trabajo de la familia, denominados familiaristas. La autora propone otro escenario posible para la equidad social y de género, en el cual se desarrollen políticas de corresponsabilidad entre familias, estado y mercado, de forma tal de favorecer la ampliación del ejercicio de derechos sociales, económicos y políticos de las mujeres.

Podemos plantear los tres modelos de regímenes de bienestar europeos que analiza Esping Andersen (1990, citado por): a) Un modelos de protección social universal que reconoce derechos ciudadanos y está basado en el pago de impuestos, b) un modelo de protección social a través de la seguridad social, subsidiario de la protección social y con fuentes de financiamiento sobre la nómina salarial y c) un modelo asistencial público de protección social básica (residual) basado en impuestos generales y en servicios sociosanitarios de calidad para los aportantes individuales que lo puedan pagar.

Es así que encontramos dos modelos de respuestas públicas al problema de la dependencia: aquellos países que la consideran un riesgo social y, por lo tanto, la atención a las personas dependientes se considera dentro de los sistemas de protección social; y los países que optan atender a las personas mayores con dependencia a través de la implementación de programas que forman parte de la oferta pública de servicios como derechos ciudadanos. Por ejemplo, en España se aprobó en el 2006, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), lo que significó el reconocimiento de la existencia de un cuarto pilar del Estado de Bienestar. El nuevo sistema garantiza el acceso de las personas dependientes, cualquiera sea su edad, a servicios ofrecidos por instituciones y programas públicos o entidades privadas. El acceso se garantiza de acuerdo con el grado y nivel de dependencia y los beneficiarios participan del financiamiento conforme a sus ingresos y patrimonio. Para determinar el grado de dependencia, se definió el “Baremo de Valoración de la Dependencia”, que se basa en un cuestionario y en la observación directa de la persona por parte de un profesional calificado (Desayunos sobre políticas de cuidado en Argentina-CEPPAL, 2007)

La constitución de los derechos y la conformación de determinados regímenes de bienestar y sus formas de organización del cuidado, ha estado y está fuertemente influenciada por las definiciones de los organismos internacionales y sus marcos jurídicos. El surgimiento de los derechos de los adultos mayores, como jurisprudencia específica, ha tenido y tiene un fuerte impacto en el diseño de las políticas públicas.

En los 90 se inició un importante debate, respecto a los derechos de los adultos mayores, así como a las maneras de dar respuesta a los requerimientos de cuidado para las personas con diferentes grados de dependencia. De la lectura del Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (2016-2019: 15 a 16) de Uruguay, podemos extraer el desarrollo del marco jurídico de protección de los derechos de los adultos mayores. En el mismo se expresa que “gracias al impulso iniciado por las Naciones Unidas, el análisis de los problemas de las personas mayores y sus soluciones empezaron a contextualizarse necesariamente dentro del debate sobre el sector público y la naturaleza del estado social. Desde los años 80, se han sucedido en el tiempo varios instrumentos jurídicos vinculados a la protección de las personas mayores. Estos reflejan distintos paradigmas en el entendimiento del envejecimiento y la vejez. Cabe mencionar que, en 1982 se celebra la Primera Asamblea Mundial sobre envejecimiento, desde la cual se diseña el primer Plan de acción mundial a favor de las personas mayores, bajo un enfoque biológico y reduccionista, pero que instaló esta temática en la agenda de los gobiernos. Desde la Proclamación sobre el Envejecimiento de 1992 hasta la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento del 2002, va perdiendo fuerza el enfoque deficitario del envejecimiento y va instalándose, el concepto de vejez con dignidad. También, se plantea el rol que debería asumir el estado, siendo éste, más activo en la protección de las personas mayores”.

A nivel regional, en el año 2003 se lanzó la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento. Desde ese momento, se reafirma la postura de generar condiciones para una sociedad para todas las edades basada en derechos, que erradique todas las formas de discriminación y violencia hacia las personas mayores.

En 2015 se produjo un hito en lo que respecta a la normativa jurídica internacional con la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Uruguay, Argentina, Brasil y Costa Rica fueron los cinco países firmantes de la misma. La Convención representó un nuevo marco de trabajo que rompió con la dispersión normativa existente hasta ese momento, en la cual reconoce a las personas mayores como un grupo específico para la protección de sus derechos. Es el primer instrumento que planteó las desigualdades de género en la vejez y que incorporó temas, que previamente eran tratados de forma marginal, como la violencia y el maltrato, así como los derechos de las personas mayores a recibir servicios de cuidado a largo plazo. Esto significó un gran avance en el cambio de paradigma que concibe a las personas mayores en su integralidad y como sujetos de derecho, con un mandato a los Estados partes en el cumplimiento de sus ejes estratégicos. En este marco jurídico aparece la idea de cuidar y ser cuidado como un derecho humano básico y universal, que lo aleja de una idea de

protección a un grupo vulnerable y lo acerca a una concepción de derecho ligado a la conformación de sistemas de seguridad social. Desde el enfoque de derechos, se cuestiona el papel del estado como subsidiario, destinado a compensar las prestaciones que no se obtienen en el mercado, y favorece el papel del estado como garante de derechos. Por tanto, los tres pilares clásicos del bienestar, vinculados a la salud, la educación y la seguridad social, están siendo complementados con el denominado “cuarto pilar”, que reconoce el derecho de recibir atención en situaciones de dependencia (Perotta, 2014).

Para las posturas incluidas dentro de la denominada “ética del cuidado” conciben el cuidado, no como una actividad especial para aquellos en situación de vulnerabilidad, sino como una práctica que forma parte de la vida humana, lo que conlleva asumir la interdependencia de la existencia y experiencia humana (Orozco y López Gil, 2011, citado por Cerri y Martínez, 2012). Conceptualmente el cuidado deja de ser percibido como una actividad unidireccional, donde un cuidador activo e independiente hace algo por un receptor pasivo dependiente y se presenta como una actividad que necesita de relaciones entre más de dos individuos: “comprender la importancia del cuidado en la vida humana...supone reconocer de manera más realista de como lo hacen las teorías sociales y morales mayoritarias, que la dependencia y la vulnerabilidad no son unos accidentes que se presentan en el camino y que les llegan solo a los otros, cualesquiera sean: son rasgos característicos de la condición de todo el mundo, aunque los más favorecidos tienen la capacidad de atenuar o negar su intensidad (Paperman y Laugier, 2011, citado por Cerri y Martínez, 2012).

En esta línea, el modelo del Social Care (Cuidado Social), se presenta como una de las propuestas más sugerentes, porque concibe el cuidado como una responsabilidad y una necesidad compartida que va más allá del espacio privado y se expande hacia su entorno social más amplio: “es necesario reconsiderar el problema de la separación entre lo público y lo privado. Esta separación contamina todo el pensamiento de la justicia llevando a una ceguera en la observación de las actividades y de los gestos necesarios para el mantenimiento de las personas y contribuye a que la justicia sea una conversación entre adultos competentes e iguales relacionados con los demás solamente de manera voluntaria, contractual y por asuntos específicos...Desde el punto de vista del cuidado, dicha concepción circunscribe artificialmente toda clase de relaciones sociales y políticas cubiertas por la sombra de la justicia...integrar el cuidado en un enfoque ético, social y político general, que no sea reservado a las mujeres sino que sea una aspiración para todos y por el mismo concepto de justicia” (Paperman y Laugier, 2011, citado por Cerri y Martínez, 2012). A lo que agrega que, concebir el cuidado de esta manera significa “concebirlo como un tipo de trabajo fundamental que, como todos

los demás trabajos, merece ser socialmente problematizado, justamente repartido, culturalmente respetado y correctamente remunerado” (Haber, 2011, citado por Cerri y Martínez, 2012).

Las autoras del trabajo “La organización social de los cuidados”, Cerri y Martínez (2012) consideran necesario fomentar el trabajo etnográfico para lograr un mayor conocimiento de cómo articulan las relaciones de cuidado en función de los contextos concretos y de las relaciones de poder existentes en cada espacio social. Además, consideran que los estudios empíricos, a través de sus resultados, pueden ofrecer alternativas para reconfigurar también las políticas públicas, de modo que éstas, se centren en las necesidades de todos y todas, y respaldar las alternativas teóricas al actual discurso hegemónico edificado sobre los valores universales de la razón y del interés individualista/egoísta.

Los sistemas de cuidado y la medición de la dependencia en adultos mayores

A lo largo del siglo XX y en el marco de la conformación de los estados de bienestar en los países capitalistas, se han desarrollado esquemas de protección social destinados a garantizar a los ciudadanos una red básica frente a los principales riesgos sociales.

Los cambios económicos y sociales vinculados a las transiciones postindustriales, han traído consigo nuevas necesidades que afectan a la gente a lo largo de su trayectoria vital, demandas que han sido agrupadas como nuevos riesgos sociales a proteger a lo largo de las últimas décadas. Las políticas destinadas a hacer frente a las situaciones de dependencia han permanecido en términos generales, sin embargo, considerablemente fragmentadas y escasamente desarrolladas. Las familias han sido históricamente, las principales proveedoras de atención a los miembros que necesitaban dichos cuidados; adaptando las administraciones públicas un rol estrictamente subsidiario, tanto en el plano de la financiación, como en la provisión de cuidados. Tan sólo durante los últimos años los cambios sociodemográficos han forzado un incremento de la visibilidad del tema y han conducido a la discusión, diseño y aplicación de nuevos programas de cuidado de personas dependientes.

Como señalan diferentes investigaciones, existe una gran pluralidad de formas de entender la dependencia, algo que está ligado a las diferentes tradiciones nacionales de gestión de riesgos sociales; así como, en el distinto papel jugado por el conjunto de actores sociales en la definición de dichos riesgos y en la inclusión, de una u otra forma, en la agenda social y política. Cualquier intento de planificación, estudio de personas en situación de dependencia requiere una clara definición de los conceptos involucrados, de la clasificación de los mismos y una escala para cuantificar la gravedad del problema.

La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) representó un avance importante en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno. La dependencia definida como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los parámetros considerados normales”, se especifica en la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM). Cabe destacar, que una mención expresa a la necesidad de ayuda, aparece en la definición de dependencia acuñada en 1998 por el Consejo de ministros de la Unión Europea como “un estado en que las personas, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria”.

La OMS en la 54° Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud” (CIF), como una herramienta que facilita el diagnóstico y la valoración del funcionamiento y la discapacidad asociados a condiciones de salud de las personas. Se trata de un instrumento que simplifica y unifica terminologías y sistemas de graduación de todos los problemas de salud de las personas relacionados a la discapacidad. En el mismo, el concepto de dependencia se sitúa dentro de “los factores contextuales ambientales y de ayuda personal y técnico”. De esta manera, la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se suman dos componentes: 1) una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y 2) la necesidad de ayuda personal o técnica para interactuar con los factores concretos del contexto ambiental.

La discapacidad/dependencia es entendida como, una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades), las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencia), las limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto tanto personal, como ambiental en el que se desenvuelve la persona (barreras o ayuda). Desde esta definición, se comprende la gran variedad de parámetros de estudios y metodologías de medición para el fenómeno de la dependencia.

El progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud, asociados al envejecimiento individual, son el resultado de la interacción de factores biomédicos y contextuales, los que incluyen estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades, entre otros. Este deterioro progresivo puede manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores. Los niveles básicos de funcionalidad son las acciones que una persona realiza en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su

entorno habitual y cumpliendo su rol social. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia.

A los fines de operacionalizar el concepto de dependencia se evalúa la capacidad funcional para desarrollar las actividades básicas (como desplazarse, comer, higienizarse, vestirse solo o con ayuda) e instrumentales (manejo del dinero, administración de medicamentos) de la vida diaria. Ambas no implican necesariamente, pérdida de autonomía en sus decisiones. Estas mediciones tienen en cuenta además el tipo y la intensidad de la ayuda que necesita para desenvolverse en la cotidianeidad.

En Argentina y según datos relevados por la Encuesta Nacional de Vida de Adultos mayores (INDEC, 2012), alrededor del 10% de los adultos mayores presenta dependencia básica. Esta cifra aumenta a medida que avanzan los años, y las mujeres con este tipo de dependencia duplican a los varones en todos los grupos de edad. La tarea de ayudar a las personas con alguna dependencia básica recae principalmente en el entorno familiar (77,4%). En menor medida, son llevadas adelante por empleados domésticos o cuidadores especializados (12,2%), un amigo o vecino (5,5%) o un cuidador especializado (3,5%).

Respecto a la dependencia instrumental, el 22% de los adultos mayores presenta por lo menos una de ese tipo de limitaciones. El INDEC (2012) constata que un 13% necesita ayuda para hacer las compras, 12% para realizar tareas del hogar y 11% para viajar en transporte público, taxi, remis o automóvil particular. Nuevamente, son principalmente los familiares quienes se hacen cargo de estas tareas en todos los grupos de edad (en casi un 80% de los casos), seguido de los cuidadores no especializados o servicio doméstico.

En función del concepto de dependencia que se adopte, pueden existir diferentes enfoques en los sistemas de cuidados para personas mayores. En términos generales, encontramos dos tipos ideales de servicios: los servicios de atención médica (perspectiva sanitarista) y los servicios personales y ambientales ofrecidos por familias o por personal contratado en hogares particulares, como también en hogares de larga estadía (perspectiva social).

Los sistemas de seguridad social y las políticas de cuidado en Argentina

La Argentina, sostiene Rofman y Apella (2016), forma parte de los países pioneros en América latina en el desarrollo de sus sistemas de protección social, junto con Chile, Cuba y Uruguay. Estos países introdujeron en su legislación la creación de seguros de vejez y fallecimiento para algunos grupos de trabajadores organizados a principios del siglo XX. El desarrollo de la protección social se realizó de forma gradual y vinculada al empleo formal, excluyendo de este modo a los

trabajadores desocupados e informales. Los programas de seguridad social del sector formal incluyen transferencias por pensiones, asignaciones familiares y el seguro de desempleo contributivo. Estos esquemas se originaron en negociaciones entre los sindicatos de trabajadores y sus empleadores y derivaron a lo largo del siglo pasado en esquemas nacionales gestionados por el estado.

Estos autores diferencian los alcances entre la seguridad y la protección social. De esta manera, la seguridad social es definida como el conjunto de programas y políticas, denominadas seguros sociales, que tienen como objetivo cubrir determinados riesgos de pérdida de ingresos de los hogares. En términos generales, la seguridad social es instituida con el fin de proveer certidumbre y asegurar a las personas frente a los riesgos de pérdidas de ingresos o shocks de gastos asociados con el retiro a la vejez, invalidez, enfermedad, accidente o fallecimiento. Mientras que, la protección social abarca un campo más amplio que el de la seguridad social, ya que incluye no sólo los tradicionales seguros sociales contributivos, sino también otros esquemas no contributivos de transferencias de ingresos.

Desde una perspectiva de ciclo de vida, las transferencias monetarias en concepto de protección social, alcanza a la población de diferentes maneras según grupos etarios. El incremento del número y proporción de la población mayor de 65 años genera interés por el impacto de esta tendencia sobre la demanda al sistema de seguridad social. A partir de ello, se proyecta un crecimiento tanto del índice de dependencia total como del de adultos mayores para las próximas décadas en nuestro país. En tanto, en el año 2010 el índice de dependencia total ascendía al 55%, se estima que llegará al 72% en 2100. Por su parte, la proporción de la población adulta mayor de 65 años sobre la población en edad de actividad era del 10% en 2010 y se proyecta a un valor de 25% en 2100. Teniendo en cuenta estos datos sociodemográficos, Rofman y Apella (2016) proyectan el gasto en protección social hasta el año 2100. Los resultados hallados sugieren que el gasto total el sistema de protección social tendería a aumentar hasta el 16% del PBI en 2050 y hasta cerca del 24% del PBI en 2100.

En Argentina existen varias instituciones públicas, detalladas en el Informe de la CIPPEC (2017), dedicadas al cuidado de adultos mayores. A nivel nacional, se pueden mencionar la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), la Comisión Nacional de Pensiones, la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el Consejo Federal de Adultos Mayores. Algunas de estas instituciones cuentan con sedes a nivel provincial y local, mientras que otras implementan

programas en articulación con organizaciones locales. En el mismo informe agregan también, el aporte de las organizaciones de la sociedad civil hacia los adultos mayores, que son muy heterogéneas e incluyen centros de jubilados, clubes de jubilados, federaciones provinciales y nacionales, entre otras. Se estima que existen miles de instituciones que incorporan un número elevado pero desconocido de jubilados. Más allá de todas las particularidades que se puedan encontrar en estas instituciones, cumplen un rol fundamental para el desarrollo de determinadas actividades que colaboran en la protección y promoción de los derechos de las personas mayores. Por otro lado, existen instituciones dedicadas al cuidado de adultos mayores, ya sean públicas, privadas, comunitarias o mixtas, y se centran en la atención socio-sanitaria de los adultos mayores. Entre ellas se pueden mencionar las unidades de cuidados domiciliarios, las residencias tuteladas o protegidas, los hogares de día, los centros de media y larga estancia, los centros de rehabilitación, los hogares de ancianos y los hospitales generales con unidades de geriatría. Cada uno de estos tipos de instituciones ofrece actividades y servicios diferentes con niveles de calidad muy heterogéneos.

A los fines del tema que nos incumbe, nos centraremos en la política de sistemas de cuidados llevadas a cabo desde la principal obra social de nuestro país dedicada a la atención de los adultos mayores.

El Instituto es una entidad pública creada por Ley 19.032 hace 40 años, bajo el nombre de Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Se trata de una entidad especializada en la atención de los mayores que, mediante el aporte de los trabajadores activos, de los empleadores y de la retención obligatoria a jubilados y pensionados, brinda servicios sociales y sanitarios. Cuenta con casi 5 millones de afiliados y brinda cobertura médica y social al 82% de las personas mayores de 64 años y a más del 96% de las personas mayores de 79 años de la Argentina, de allí su relevancia.

Esta institución señala en sus prerrogativas, los factores globales ligados a la condición particular del proceso de envejecimiento, que inciden en las complejas problemáticas sociosanitarias que presenta este sector de la población. En este sentido manifiestan “la sociedad actual ha incrementado la sensación de inseguridad, incertidumbre y desprotección frente a los cambios abruptos o acelerados en las esferas macro y micro económica, ambiental, social y cultural. Frente a estos cambios, los sujetos se disgregan, produciéndose un debilitamiento de las instituciones sociales tradicionales al mismo tiempo que se amplía la gama de riesgos y disminuye la posibilidad de predecirlos”. En este contexto, se encuentran los adultos mayores que junto con los niños, pertenecen a la franja etárea más vulnerable de la sociedad, encontrándose expuestos a mayores riesgos y presentando una menor capacidad de respuesta ante una crisis y para las cuales es necesario contar con instrumentos

que permitan incrementar la capacidad de resolución de los mismos” (Programa PROSAR, Resol 1490/ 2008).

Para este trabajo y siguiendo la línea de trabajo expuesta, nos centraremos en el análisis de las categorías que se utilizan en el diseño programático de las prestaciones sociales dirigidas a adultos mayores, con el objetivo de caracterizar las políticas de cuidados.

Los diseños programáticos se basan en un tratamiento integral, interdisciplinario y con estrategias de intervención acordes a las realidades particulares, tendiendo a la inclusión de los afectados en un abanico de programas específicos orientados a minimizar los riesgos existentes, desde intervenciones que articulan la red prestacional, la comunitaria, la familiar y al beneficiario, para el logro de un proceso de transformación vital y social.

Las prestaciones sociales brindadas van desde programas basados en prestaciones colectivas de carácter comunitario como son: las actividades de autocuidado y preventivas (servicios que se brindan a través de los centros de jubilados u otro efector comunitario), la cobertura alimentaria (a través de la compra comunitaria y entrega de bolsón alimentario), ayudas para refracción y/o adecuación de la vivienda (según patología), participación en actividades socio estimulación en Clubes y Centros de día locales; como vemos este conjunto de programas específicos tienen por objetivo generar un marco de inclusión social de carácter comunitario. A los que se agregan el otorgamiento de un subsidio económico, que es individual, no reintegrable, único o por un tiempo determinado por la persistencia de la necesidad, para aquellos a personas que se encuentren en una situación de vulnerabilidad socioeconómica (se incluyen los subsidios para atención domiciliaria). Para aquellos en que los cuidados, no puedan ser cubiertos en el marco de su grupo, se estipula el ingreso a una residencia para la atención de adultos mayores (para la población mayor de 60 años, semi o dependientes que requieren cuidados personales).

Dos conceptos aparecen como claves para la determinación de la categoría “alto riesgo sociosanitario”, que involucrará a la población destinataria del programa de asistencia a situaciones de alto riesgo sanitario (PROSAR), ellos son el de fragilización y el de vulnerabilidad social, entendido como la combinación de insuficiencia de ingresos o situación de pobreza, en un contexto de incontinencia familiar o social, ya sea por ausencia de grupo referencial o por falta de capacidad de los mismos para brindar ayuda.

El concepto de vulnerabilidad es definido, desde los programas diseñados para la atención de adultos mayores, como “un proceso multidimensional en el que confluye el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado y la insuficiencia o falta de

recursos para afrontar tales riesgos” (PROSAR, 2008). Esta conceptualización es acorde a los lineamientos de los organismos internacionales, como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), para la cual, la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente.

En América Latina en los primeros años del XXI, se avanzó en la implementación del marco teórico del enfoque de la vulnerabilidad social (Moser, 1998; Kaztman, 1999 y 2000). El riesgo, se refiere a la posibilidad de que una contingencia (ocurrencia o presencia de un evento, característica o proceso) entrañe efectos adversos para [...] la comunidad, hogar, persona, empresa, ecosistema, etc. [...] El riesgo no alude a un acontecimiento intrínsecamente negativo, sino a uno que puede generar daño o incertidumbre y cuyas consecuencias pueden ser ambiguas o mixtas, combinando adversidad y oportunidad.

Para la CEPAL La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su vulnerabilidad social como individuos. El primer factor es su edad. Desde el punto de vista fisiológico, los individuos con la edad acumulan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes; por ejemplo, la disminución de la fuerza física, la disminución de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente (desde el alimentarse y vestirse por sí mismos) hasta saber orientarse en la vía pública. Desde el punto de vista económico, las personas adultas mayores son poco hábiles a enfrentar un mercado laboral caracterizado por salarios precarios, largas jornadas de trabajo y lo que es peor, seguridad social baja o nula. La disminución o pérdida de un ingreso tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, hasta la más básica como lo es comer y vestir, o más grave como pagar medicamentos en caso de enfermedad. Desde el punto de vista antropológico, el ser viejo en las sociedades modernas es casi sinónimo de pérdida. La sociedad reconoce y valora lo joven, la estética, lo material; el adulto mayor tiene, por tanto, un lugar misericordioso, despierta sentimientos de pena e incluso de culpabilidad. Como se puede ver, factores de riesgo individuales se suman a otros definidos por el entorno político, económico, social y cultural.

Este lineamiento surgió, según González (2014) con fuerza a mediados de la década de 1990, a partir de los fenómenos sociales que provoca la inestabilidad económica de los países en vías de desarrollo. La mayor exposición de América Latina a las consecuencias no deseadas de la globalización, puso de manifiesto la persistencia de la desigualdad estructural del escenario internacional. Al interior de las sociedades, los fenómenos de volatilidad económica y reforma del Estado provocaron la crisis del empleo formal y el incremento de la pobreza. El caso más llamativo

fue la irrupción de los llamados “nuevos pobres”, los segmentos de clase media que, a pesar de su capital educativo y los esfuerzos por insertarse en el mercado laboral, quedaron al margen de la distribución de los recursos societales y experimentaron la ruptura del ideal meritocrático.

Lo que surge de la lectura bibliográfica, es que hay una coincidencia general en considerar a la vulnerabilidad social como una condición de riesgo o indefensión, la susceptibilidad a sufrir algún tipo de daño o perjuicio, o de padecer la incertidumbre. A partir de allí, los autores tratantes, tienden a concentrarse en dos principales interpretaciones de la vulnerabilidad social como fragilidad o como riesgo (Moreno Crossley, 2008:2,4).

La primera concepción asume que la vulnerabilidad es un atributo de individuos, hogares o comunidades, que están vinculados a procesos estructurales que configuran situaciones de fragilidad, precariedad, indefensión o incertidumbre. Se trata de condiciones dinámicas que afectan las posibilidades de integración, movilidad social ascendente o desarrollo. Las mismas están correlacionadas con procesos de exclusión social, que se traducen en trayectorias sociales irregulares y fluctuantes. En esta línea identifica a los trabajos realizados por agencias regionales de la Organización de las Naciones Unidas, tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y autores como Rubén Kaztman (Moreno Crossley, 2008).

La segunda interpretación se concentra en el efecto conjunto de factores de riesgo que aquejan a diversas unidades sociales. Desplaza su atención de los atributos hacia el plano de la distribución de riesgos, que son consecuencia de procesos colectivos de toma de decisión y que se confrontan con las concepciones vigentes sobre la seguridad. Un individuo, hogar o comunidad es vulnerable como resultado del efecto conjunto de múltiples factores de riesgo, que configuran una situación o síndrome de vulnerabilidad social. Si bien estos factores están asociados a la distribución desigual de bienes y recursos, el foco está puesto en la forma que se distribuyen los factores de riesgo en una sociedad. Esta concepción está emparentada con los desarrollos teóricos en torno al riesgo realizado por sociólogos como Niklas Luhmann, Ulrich Beck, Anthony Giddens y Gosta (Córdoba, 2014).

Hasta aquí podemos reflexionar, que las políticas dirigidas a la población adulta mayor vulnerable, caracteriza los riesgos según componente (alimentario, habitacional, cuidados, reinserción social, patología compleja, adicciones, catástrofes o siniestros y necesidades básicas entre las principales) y articula con programas que den respuesta a las necesidades detectadas. Y que conforman un sistema que institucionaliza la protección social como una responsabilidad colectiva, sólo en aquellos casos que presentan vulnerabilidad, sin llegar a constituirse el cuidado como un derecho universal a ser

trabajado ni en políticas públicas que modifiquen el contexto (económico, social, familiar, simbólico) entendido como las principales barreras sociales para el desarrollo independiente de los adultos mayores.

A los fines de focalizar las políticas de atención al cuidado, se diseñó un proceso diagnóstico basado en la determinación del tipo y grado de dependencia y que basa su mirada en la funcionalidad del sujeto en la vida cotidiana. La misma, se realiza a partir de la guía de Valoración Integral de la Dependencia en personas Mayores (GIVD), es considerada como un instrumento de medición cualitativa, organizada en componentes y variaciones que permiten identificar situaciones de riesgo socio-sanitario (indicadores) que permitirán la derivación precisa a diferentes servicios y/o programas acordes a las necesidades de cuidado. La GIVD es considerada, por estas instituciones, como una herramienta para la evaluación de la dependencia funcional, que abarca los aspectos nutricionales, cognitivos, de desempeño, forma de realización y necesidades de ayuda para las actividades de la vida diaria en sus tres dimensiones (avanzadas, instrumentales y básicas) así como, la situación de la red efectiva de apoyo (capacidad real de cuidado) (Disp Nro, INSSJyP, 733/14). La aplicación de la guía, expresa la normativa, es una instancia posterior a la caracterización del tipo y grado de vulnerabilidad socio-sanitaria y su objetivo es detectar en su especificidad y complejidad la dependencia funcional a fin de adecuarla a un esquema de atención progresiva a la dependencia. Es decir, primero se evalúa, la red vincular que contiene al adulto mayor dependiente en sus necesidades y posteriormente, se diagnostica su nivel de funcionalidad. Combinándose necesidad con ayuda.

En la literatura geriátrica (Cortes, Villarreal, Galicia, Martínez y Vargas, 2011), se mencionan reportes de estudios de EGI en poblaciones diferentes de adultos mayores, utilizando diversas escalas, estos trabajos publicados han demostrado una mayor precisión en la identificación de los problemas potenciales de salud y la posibilidad de enfocar, dirigir y realizar acciones en beneficio de esta población hacia una multiplicidad de aspectos, lo que conlleva a diseñar un abanico prestacional más amplio, el cual reconsidera la noción de derecho al cuidado y a cuidarse.

A manera de conclusión

La EGI constituye la forma más razonable de aproximarse al adulto mayor desde cualquier nivel de atención y es esencial su aplicación para mejorar su calidad de vida. Con el paso de los años ha cobrado importancia, la EGV, debido a que permite realizar una evaluación precisa y adecuada de

los distintos aspectos que condicionan la salud de los adultos mayores. Esta intervención y su tratamiento, han demostrado tener un impacto más positivo sobre la percepción individual de salud, menor número de visitas a los servicios de consulta, mayor desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria, mejoría en su vida social y del estado de ánimo y mental del adulto mayor. El modelo tradicional de aproximación clínica ha demostrado que la aplicación de este modelo al adulto mayor, especialmente al “adulto mayor frágil” tiene como consecuencia una mayor frecuencia de diagnóstico incompletos, una excesiva prescripción de fármacos, una mayor incapacidad funcional, al utilizar con menos frecuencia la rehabilitación, una utilización inapropiada de los recursos sociales y una institucionalización menos adecuada del paciente.

Así de esta forma, frente a un modelo clásico de aproximación biomédica al adulto mayor, los múltiples e interrelacionados problemas del paciente geriátrico requieren de una aproximación biopsicológica, social y funcional con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de los recursos y garantizar el seguimiento de los casos. Pero que, al tratarse de un instrumento cualitativo, requiere del adiestramiento de los profesionales intervinientes en su realización, para optimizar el mismo.

El diseño de las normativas de los sistemas de atención a los adultos mayores en Argentina, son muy completos y ofrecen un abordaje multidisciplinario e integral, que enriquece la perspectiva sobre el envejecimiento. Los fundamentos teóricos de las mismas, incluyen no sólo el enfoque de la vulnerabilidad social y los grados de fragilidad de los adultos mayores, así como la medición de la valoración gerontológica integral y su determinación de tipo y nivel de dependencia; sino que también parte de una mirada de curso de vida, que articula los aspectos biográficos de la persona con su entorno y el contexto. Todo lo cual, nos permite pasar a un diagnóstico global y múltiple, que no reduce la condición de la vejez a un estado clínico. El eje del enfoque del curso de vida es analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones (Blanco, 2011).

Como conclusión, podemos decir que, a nivel normativo, se encuentra muy pormenorizado los instrumentos de diagnóstico de la fragilidad y vulnerabilidad en adultos mayores y las formas institucionales de abordar las problemáticas. Diseñando un tipo de evaluación, personalidad, dinámica, situacional y contextualizada; es decir, recupera los aspectos individuales y de red de apoyo del sujeto y la obligación institucional de dar cobertura a las necesidades evaluadas.

Pero que el abordaje de la temática de cuidado aún sigue siendo insuficiente, en relación a su conceptualización y a los apoyos otorgados. Y reducido su reconocimiento, como subsidio, a aquel sector de la población adulta mayor demandante y con ingresos mínimos. Dado que los programas están más circunscriptos a la concepción de vulnerabilidad que implica un enfoque focalizado e individual. No vemos aún, indicios de un tratamiento de esta temática más estructural, que enfoque a las transformaciones en las organizaciones familiares, a la consideración del enfoque de género, a las maneras de cobertura prestacional, a su financiamiento, a las formas de creación de redes comunitarias. Es decir, reformar el sistema de organización del cuidado, de manera global y colectiva. Se sigue sosteniendo, una perspectiva de riesgo social, vinculado a un caso particular, que requiere intervención socio sanitaria; por lo que no modifica el rol de la familia, como principal responsable del cuidado de las personas dependientes. El rol institucional se podría caracterizar, como de gestor de los riesgos sociales de las personas adultas que reúnan las condiciones de vulnerabilidad social y dependencia funcional.

Este camino seguramente está abierto en función que, el nacimiento de esta institución, estuvo basado en una concepción social y sanitaria de la salud de los adultos mayores. Y que en su trayectoria ha incorporado los lineamientos de los organismos internacionales de reconocimiento de los derechos de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

- Almhoacid, Forencia, (2015), Tesis doctoral: Envejecer en la pobreza, UNLP.
- Blanco, Mercedes (2011), El enfoque de curso de vida: orígenes y desarrollo, CIESAS, México.
- Batthyany Karina y Perrotta Valentina (2014), Discurso experto en el cuidado de personas mayores un análisis de género, en Revista de Ciencias Sociales, vol 27, Nro 34, Uruguay, ISSN 1688-4981.
- Ceminari Yanina y Stolkner Alicia (2015), El cuidado de personas mayores en la Argentina: de cuestión familiar a cuestión de derechos, UBACyT, UBA, Argentina.
- Cerri Chiara y Alamillo Martinez Laura (2012), La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada, en Revista Gazeta de Antropología, artículo 14, España, ISSN 0214-7564.
- Córdoba, Leandro (2014), Orientaciones sobre la lectura de la vulnerabilidad social, UNC.
- Cortes, Villarreal, Galma, Martinez y Vargas (2011), Evaluación geriátrica integral, Rev Med, Chile.

Desayunos sobre políticas de cuidado en la Argentina. Avances y desafíos en el cuidado de adultos mayores, CIPPEC (2017).

Golbert, Laura y Roca Emilia (2014), Políticas Públicas destinadas a las personas mayores. El caso Argentino, En Revista Desarrollo Vol 3, año 2014, Artículos de Reflexión, Argentina.

INSSJyP, (2008) Normativas PROSAR

Rodriguez Enriquez , Corina y Marzonetto, Gabriela (2015), Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina, Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año Nro 8 (enero-junio 2015), ISSN 1853-9254.