



*Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Buenos Aires*

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

EL PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS
DOMICILIARIOS EN EL GRAN BUENOS AIRES
DURANTE EL PERÍODO 2010-2013: ALCANCES Y
LIMITACIONES COMO ESTRATEGIA PARA LA
INCLUSIÓN SOCIAL

Yenny Patricia Ortiz Rojas

Directora: Adriana Fassio

Buenos Aires, Mayo de 2015

DEDICATORIA

A mi esposo e hija quienes siempre fueron la motivación para terminar esta tesis. A mi madre, quien es un ejemplo de superación y valentía, de disciplina y amor. A mi buen Dios a quien le debo todo.

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a mi directora de tesis, Adriana Fassio, por haber aceptado el compromiso de orientar mi trabajo y las prácticas de posgrado, siempre comprensiva y dispuesta a compartir sus conocimientos y experiencia, gracias por su amabilidad, respeto y paciencia. A las autoridades de la Maestría, especialmente a Gabriela Peacock, por ser esa mano amiga desde el primer momento en que me contacte con el programa. A mi familia y amigos a quienes siempre llevo en mi corazón.

ÍNDICE

RESUMEN	7
CAPÍTULO 1	8
Presentación del tema de investigación y encuadre metodológico	8
1.1 Introducción	8
1.2 Justificación	12
1.3 Objetivo General y Objetivos específicos	14
1.4 Estrategia Metodológica	15
1.4.1 Selección de los casos de estudio	16
1.4.2 Técnicas de recolección de datos	18
CAPÍTULO 2	20
Marco teórico	20
2.1 El envejecimiento poblacional y las necesidades de cuidado	20
2.1.1 La dependencia	23
2.1.2 Los cuidadores	24
2.2 Las políticas públicas	24
2.2.1 Las políticas sociales y sectoriales	25
2.2.2 Las políticas de inclusión social	27
2.2.3 Políticas de generación de empleo	29
2.3 Las organizaciones de la sociedad civil	31
2.4 La economía social y las cooperativas de trabajo asociado	32
CAPÍTULO 3	37
El papel del Estado ante la demanda de cuidados de la población envejecida: el caso argentino	37
3.1 Lineamientos internacionales sobre el rol del Estado en la asistencia de la población adulta mayor	37
3.2 El modelo Argentino: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (PNCD)	43
3.2.1 Contextualización demográfica	46
3.2.2 La dependencia y la discapacidad en los adultos mayores en el país	47
3.3 Caracterización del programa	48

3.3.1 Primer componente: la formación de cuidadores domiciliarios.....	49
3.3.2 Segundo componente: El sistema de prestación	50
3.3.3 Historia y evolución del PNCD	51
CAPÍTULO 4.....	54
Caso 1: Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea.....	54
4.1 Introducción.....	54
4.2 Características de la organización	55
4.2.1 Historia	55
4.2.2 Integrantes	55
4.2.3 Líneas de trabajo.....	56
4.2.4 Redes	59
4.2.5 Financiamiento	60
4.3 Características de los cuidadores capacitados por la organización	60
4.4 Características de las prestaciones a los adultos mayores y del mercado de trabajo de cuidados domiciliarios	62
4.5 Efecto del PNCD en la vida laboral de los cuidadores	64
4.6 Principales facilitadores y obstáculos en la prestación de servicios	66
4.7 El PNCD como estrategia para la inclusión social	67
4.8 A modo de síntesis.....	70
CAPÍTULO 5.....	73
Caso 2: Orden de Frailes Menores.....	73
5.1 Introducción.....	73
5.2 Características de la organización	75
5.2.1 Historia	75
5.2.2 Integrantes	77
5.2.3 Líneas de trabajo.....	77
5.2.4 Redes	78
5.2.5 Financiamiento	78
5.3 Características de los cuidadores capacitados por la organización	79
5.4 Características de las prestaciones a los adultos mayores y del mercado de trabajo de cuidados domiciliarios	80
5.5 Efecto del PNCD en la vida laboral de los cuidadores	83
5.6 Principales facilitadores y obstáculos en la prestación de servicios	87
5.7 El PNCD como estrategia para la inclusión social	90
5.8 A modo de síntesis.....	92

CAPÍTULO 6.....	95
Caso 3: Cooperativa Sembrando Vida Ltda.....	95
6.1 Introducción.....	95
6.2 Características de la organización	96
6.2.1 Historia	96
6.2.2 Integrantes	97
6.2.3 Líneas de trabajo.....	98
6.2.4 Redes	99
6.2.5 Financiamiento	99
6.3 Características de los cuidadores capacitados por la organización.....	100
6.4 Características de las prestaciones a los adultos mayores y del mercado de trabajo de cuidados domiciliarios.....	102
6.5 Efecto del PNCD en la vida laboral de los cuidadores	105
6.6 Principales facilitadores y obstáculos en la prestación de servicios	109
6.7 El PNCD como estrategia para la inclusión social	111
CAPÍTULO 7.....	115
Conclusiones.....	115
Bibliografía	125
Anexos	135

Cuadros

1. Síntesis de técnicas de recolección de datos.....	18
2. Percepción de los efectos del PNCD en la vida laboral de los cuidadores de Casa de Galilea.....	65
3. Percepción de los efectos del PNCD en la vida laboral de los cuidadores de la Orden de los Frailes Menores.....	85
4. Percepción de los efectos del PNCD en la vida laboral de los cuidadores de Sembrando Vida.....	106

RESUMEN

Este documento aborda el Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios (PNCD) que constituye la política del gobierno de la Argentina para atender la necesidad de cuidado del adulto mayor en su hogar. Se trata de un diseño de política pública único en Latinoamérica que busca mejorar la calidad de vida de este grupo etario mediante la atención adecuada en el domicilio a la vez que promueve la creación de servicios locales de atención domiciliaria a través de la capacitación a personas de la comunidad que se encuentran laboralmente inactivas, dada su baja o nula calificada laboral.

El estudio del PNCD se centra en los alcances y limitaciones del programa en el Gran Buenos Aires como estrategia para la inclusión social e inserción en el mercado de trabajo de las personas capacitadas, partiendo de las diferentes formas en que se organizan los cuidadores para ofrecer sus servicios.

Para ello, se seleccionan tres casos de estudio representativos de los diferentes grados organizacionales alcanzados por los cuidadores formados y se analizan desde la perspectiva de dos actores: informantes claves de las organizaciones y los cuidadores prestadores de servicios de cuidado domiciliario. Después de esbozar la historia y evolución del PNCD, se presentan los resultados de una investigación cualitativa que se focaliza en el efecto del programa en la vida laboral de los cuidadores como herramienta que promueve el empoderamiento y la autogestión, generando capacidades y competencias laborales que permiten acceder a fuentes de trabajo.

PALABRAS CLAVES: Cuidadores domiciliarios, inclusión social, adultos mayores, cooperativas de trabajo asociado, autogestión, generación de trabajo.

CAPÍTULO 1

Presentación del tema de investigación y encuadre metodológico

1.1 Introducción

La población a nivel mundial envejece como nunca antes aconteció en la historia de la humanidad y es sin lugar a dudas, un proceso generalizado e ineludible originado por el incremento en la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad lo que produce un crecimiento acelerado en números absolutos y relativos de personas mayores que tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población. Fundamentalmente el incremento de la esperanza de vida se debe a la mejora en la calidad de vida, a los avances en la ciencia médica que se han producido en las últimas décadas.

Las personas están alcanzando edades que eran impensables en épocas anteriores, y ha aumentado significativamente el número de octogenarios. Técnicamente la población envejece cuando aumenta el porcentaje de adultos mayores (personas de 60 años y más)¹ al tiempo que, disminuye el porcentaje de niños (menores de 15 años) y el de personas en edad adulta (de 15 a 59 años).

Según el Observatorio Demográfico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en América Latina el número de adultos mayores superará por primera vez al de niños en 2040, pasando así de una estructura de población joven a mediados del siglo XX, a una población en proceso de envejecimiento. En las rondas de censos de 2010 ya se observaba claramente la disminución del peso relativo de la población menor de 15 años en el total de la población (de un 40% en 1950 a un 28% en 2010) y se espera que represente solo un 15% de la población total en la región en 2100. El grupo de personas mayores (de 60 años y más) adquiere un mayor peso relativo en el total de la población, al pasar de un 5,6% del total de la región en 1950 a un 9,9% en 2010.

¹ Es importante aclarar que la edad de 60 años y más que se menciona en el presente trabajo es el límite de ingreso a la vejez para los países en vías de desarrollo en tanto que para los países desarrollados es de 65 años (Naciones Unidas, 1982).

Según proyecciones la población de 60 años y más representará en 2100 más del 35% de la población (CEPAL, 2011).

La Argentina es uno de los países de la región que presenta un mayor grado de envejecimiento poblacional. Según datos del censo de 2010 el 14,3% de la población eran adultos mayores de 60 años, porcentaje de población que seguirá en aumento llegando en el año 2050 a representar el 25% de la población total (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009; Fassio y Martínez, 2008).

Si bien vejez no es sinónimo de enfermedad, a medida que la edad avanza es mayor la probabilidad de padecer problemas de salud que implican la necesidad de ayudas y cuidados por parte de los mayores. Es decir que la longevidad acrecienta la demanda de servicios de asistencia, entre ellas de cuidados personales, ya que a medida que la edad avanza, sobre todo en la gran vejez (mayores de 80 años) es mayor la probabilidad de padecer algún grado de deterioro de sus condiciones tanto físicas como mentales al mismo tiempo que experimentan una disminución de las redes de apoyo por causa de la pérdida de la pareja, los amigos y los parientes (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

Ante este fenómeno y sus inminentes consecuencias, propios de las sociedades modernas (CEPAL- CELADE, 2006) se hace necesario una nueva mirada sobre los cuidados. Si bien las familias en nuestra región son las principales cuidadoras (cuidadores informales) de las personas mayores, los cambios en la estructura familiar y la salida de las mujeres al mercado del trabajo hacen necesaria la incorporación de cuidadores formales de las personas mayores con algún grado de dependencia. Esto supone por parte del Estado planificar acciones que permitan garantizar la calidad de vida de la población envejecida así como diseñar políticas públicas integrales que atiendan las nuevas demandas sociales consecuencia del cambio de la pirámide poblacional. Asimismo cabe destacar que estos cambios generan nuevos espacios de incorporación al mercado de trabajo de personas ajenas a las familias que brinden cuidados.

Con ese objetivo, el gobierno de la Argentina a través del Ministerio de Desarrollo Social (MDS) creó el PNCD en el año 1996 como propuesta para la atención y cuidado

del adulto mayor en su hogar. El mismo comprende dos etapas denominadas componentes que se implementan de manera sucesiva, el primero de ellos se enfoca en la formación de cuidadores y la actualización de conocimientos de los cuidadores formados, y el segundo en la promoción y la creación de servicios locales de atención domiciliaria. Estos dos componentes se ejecutan por medio de convenios con provincias, municipios, organizaciones de la sociedad civil, universidades y cooperativas de trabajo que capacitan a los futuros cuidadores y ofrecen prestaciones de cuidados a las personas mayores que así lo requieran. De este modo se evitan o se posponen internaciones innecesarias, lo que contribuye a la permanencia de la persona mayor en su casa y comunidad.

Dentro de los objetivos principales que se planteó el PNCD se encontraba estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria. Estos servicios son parte de la conformación de entornos propicios y favorables, una de las tres líneas de acción propuestas en las recomendaciones de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

Una de las consecuencias del envejecimiento poblacional es la demanda de nuevos servicios de atención a lo largo de la vida, entre ellos de servicios de cuidado, lo que se traduce en la generación de nuevos empleos intensivos en mano de obra básicamente femenina, ya que tradicionalmente ha sido la mujer la que ha desempeñado la función de cuidado (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009). Es así como la figura de cuidador está adquiriendo una importancia creciente y su participación está siendo fundamental para ofrecer calidad de vida en una etapa que es cada vez más larga.

El presente trabajo analiza el PNCD como estrategia para la inclusión social de la población capacitada mediante el programa y la forma como ha contribuido en la creación de servicios locales de atención domiciliaria a los adultos mayores en el Gran Buenos Aires durante el período de 2010 a 2013, teniendo en cuenta que es el período en que hicieron parte del programa los cuidadores sobre los cuales se trabajó en la presente investigación.

En el primer capítulo se presenta y justifica la investigación, se describen el objetivo general y los objetivos específicos, se expone la metodología de investigación, las técnicas de recolección de datos y se exponen los casos de estudio así como la razón de elección de los mismos.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco conceptual sobre el cual se encuadra la investigación. En éste, se hace referencia a temas que atraviesan la investigación como son el envejecimiento poblacional y sus efectos en las necesidades de cuidado de los adultos mayores, la dependencia y el papel de los cuidadores domiciliarios. Luego se desarrollan definiciones conceptuales relacionadas con las políticas públicas, sociales y sectoriales, los programas sociales de inclusión social haciendo foco en los programas de generación de empleo que son el marco general del tema a abordar. Por último, este capítulo aborda el rol de las organizaciones de la sociedad civil como ejecutoras de las políticas públicas y las referencias teóricas sobre la economía social y las cooperativas de trabajo asociado.

El tercer capítulo presenta el análisis del papel del Estado ante la demanda de cuidados formales para la población envejecida y se describen los lineamientos internacionales de las políticas públicas para adultos mayores a partir del Plan Internacional sobre Envejecimiento de Madrid 2002 y la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe para la Implementación del Plan Madrid. Asimismo se describe el modelo adoptado por la Argentina en cuanto al cuidado y atención domiciliaria de los adultos mayores, para lo cual se realiza una contextualización demográfica y descripción del PNCD, su historia, evolución y caracterización de sus componentes.

En los capítulos cuarto, quinto y sexto se exponen los casos de estudio que consisten en tres organizaciones que han realizado convenios con la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutando ambos componentes del PNCD y cuyos egresados se ha organizado de modo diverso para brindar servicios de cuidado como salida laboral dentro de una estrategia para la inclusión social.

Para ello se indagó en las siguientes dimensiones: 1. Los factores internos de las organizaciones relacionados con estructura, tamaño, razón de ser, entre otras características de las organizaciones a analizar. 2. Las variables que describen a los miembros de estas organizaciones. 3. Las características de los servicios de cuidado que prestan los cuidadores formados por las organizaciones. 4. El efecto que produjo el PNCD en la vida laboral de los cuidadores domiciliarios. 5. Los facilitadores y obstáculos que han tenido los cuidadores domiciliarios para organizar el sistema de prestación de cuidados. 6. Los logros/dificultades del PNCD como estrategia para la inclusión social.

1.2 Justificación

Ante el eminente e irreversible proceso de envejecimiento poblacional que vivimos es prioritario analizar las nuevas necesidades de nuestra sociedad y avanzar en la formulación de políticas públicas en torno a su satisfacción, así como la consideración de las nuevas oportunidades de generación de empleo que este fenómeno genera. Una de las necesidades más sentidas de la población envejecida es el sostenimiento de la calidad de vida de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria (Huenchuan, 2008:2), lo cual demanda una gran dosis de servicios personales de cuidado, tal y como lo describiera Robert Reich (1993) en su obra *el Trabajo de las Naciones*, en la que cobra importancia el tema y las acciones que tanto la sociedad como el estado desarrollen en el sentido de atender los retos poblacionales presentes y futuros.

En consecuencia de lo anterior, dentro de los principales aportes que se pretenden con este trabajo se encuentra en primer lugar el relevamiento de información sobre el efecto que ha tenido el PNCD en la vida laboral de las personas capacitadas como cuidadores domiciliarios, los cuales atienden la necesidad de la población envejecida en el Gran Buenos Aires.

En segundo lugar, se analiza el impacto de una política pública para ofrecer herramientas a las comunidades vulnerables e históricamente excluidas, promoviendo el empoderamiento y la autogestión, generando capacidades y competencias laborales que

implican pasar de una política social asistencialista a una de emprendimiento social, pasar del subsidio a la inversión social que despoja a la intervención estatal de la connotación caritativa para otorgarle un sentido ligado al desarrollo social y la creación de capital humano, a partir de la creación de fuentes de trabajo.

En tercer lugar, se pretende rescatar de manera especial, la integración de los esfuerzos de los organismos que son parte del aparato público estatal y de las organizaciones de la sociedad civil en la promoción de ese empoderamiento que conduce a las personas (cuidadores formados) a asumir un rol protagonista en la satisfacción de sus necesidades y de la comunidad de la que hacen parte.

En el presente trabajo se analizan organizaciones que representan diferentes formas de organización de los cuidadores formados dentro del PNCD para brindar las prestaciones de servicios de cuidados domiciliarios. En este sentido, el PNCD no solo ha significado el nacimiento de redes de apoyo y sistemas de prestación de servicios de cuidado de la vejez que facilitan que la persona mayor permanezca en el hogar evitando o postergando el mayor tiempo posible la institucionalización, sino que ha sido una alternativa de inclusión laboral para que población que se encontraba inactiva (especialmente mujeres) dada su baja o nula calificación laboral, pueda acceder al mercado de trabajo que se expandirá en el futuro próximo si se analiza el crecimiento del grupo etario al que se le prestan los servicios personales y las dificultades que tienen las familias para brindar por ellas mismas los cuidados de modo informal.

A partir de un relevamiento de unidades ejecutoras del PNCD se seleccionaron tres unidades ejecutoras del PNCD en el Gran Buenos Aires que presentan tres modalidades de organización de los cuidadores formados con el propósito de analizar sus características, los miembros que la componen y los servicios que prestan los cuidadores; la manera en que opera y atienden las demandas de cuidado de los adultos mayores y los principales facilitadores y obstáculos en el desarrollo de sus actividades.

Es importante señalar que la CEPAL (2009) realizó una evaluación del PNCD que se centró en el impacto del programa en la vida de las personas atendidas, de sus familiares y de los propios cuidadores domiciliarios, pero en general, no existe información sobre

cuáles han sido los alcances y las limitaciones del PNCD como estrategia para la inclusión social e inserción en el mercado de trabajo de las personas capacitadas, lo que da cuenta de la originalidad del tema tratado en esta tesis y el valor de sus aportes al PNCD.

1.3 Objetivo General y Objetivos específicos

Objetivo General

Analizar la política pública PNCD como estrategia para la inclusión social de las personas capacitadas desde la perspectiva de los miembros de las organizaciones del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios en el Gran Buenos Aires durante el período de 2010 a 2013.

Objetivos Específicos

1. Describir las diferentes formas organizacionales del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios en el Gran Buenos Aires surgidas a partir del PNCD, así como las características de las prestaciones que ofrecen a las personas mayores.

2. Analizar cómo el PNCD propició a través de la capacitación, la generación de posibilidades de empleo e inserción en el mercado de trabajo a personas de escasos recursos.

3. Indagar el impacto que produjo el PNCD en la vida laboral de los cuidadores domiciliarios.

4. Identificar desde la perspectiva de las organizaciones del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios en el Gran Buenos Aires, los facilitadores y obstáculos que han tenido los cuidadores domiciliarios para organizar el sistema de prestaciones de cuidados a partir de la capacitación en el PNCD.

1.4 Estrategia Metodológica

El presente trabajo es una investigación del tipo exploratorio no experimental. La unidad de análisis es una muestra no aleatoria (estudio de tres casos). Se trata de un estudio de casos comparado de tres organizaciones del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios ubicadas en el Gran Buenos Aires. La selección y análisis de estos casos de estudio están dirigidos a comprender las dinámicas presentes de los sistemas de cuidado en contextos singulares (Eisenhardt, 1989).

La investigación describe y analiza tres organizaciones que presentan diferentes niveles organizacionales de cuidadores domiciliarios, las cuales se abordan desde el punto de vista de dos actores principales: informantes claves (técnicos) de las organizaciones y los propios cuidadores, con el objeto de analizar el impacto del PNCD desde la perspectiva de un modelo pluralista (Ballart, 1992), donde el eje del trabajo lo constituye los diferentes valores y opiniones de la pluralidad de actores involucrados con el programa (Ballart, 1992). Se examinan los principales alcances y limitaciones del programa como estrategia para la inclusión social de población en situación de vulnerabilidad así como los efectos de la capacitación en la vida laboral de los cuidadores domiciliarios.

Es importante señalar que dentro del desarrollo de trabajo se mantuvo como criterio una visión externa, independiente y conclusiva o de resultado, de acuerdo a las nuevas exigencias de las ciencias sociales, que pretenden ir más allá del modelo analítico normativo legal que ha predominado históricamente como paradigma en la administración pública. Lo anterior se corresponde con lo sugerido en la evaluación de programas y servicios públicos realizadas por Xavier Ballart (1992) en su libro *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?* y que se expresa claramente en el prólogo de la obra escrito por el catedrático de Ciencia Política y de la Administración de la Universidad Autónoma de Barcelona Joan Subirats:

Evaluar implica preocuparse por los resultados, saber si se han obtenido o no los objetivos planteados. Pero la administración pública, en su modelo más extendido (racional-burocrático), no está pensada para preocuparse por los resultados, sino por la legalidad de su actuación. Se trata de un sistema concebido más como expresión de dominación legal,

que como productor de servicios, o de intermediación entre partes, y por ello los mecanismos de control se dirigen más a certificar la conformidad de la actuación administrativa con lo previsto normativamente que a encontrar indicadores de gestión y volumen de resultados e impactos (Ballart, 1992:24).

Bajo esta concepción se intentó la aplicación sistemática de procedimientos de investigación social con el fin de conseguir evidencia empírica válida y confiable que permitan dar cuenta del impacto del programa en la vida laboral de los cuidadores formados.

1.4.1 Selección de los casos de estudio

Los casos de estudio se seleccionaron en función del nivel de organización de los cuidadores para brindar el servicio de cuidados. La propuesta del programa es la de la conformación de cooperativas de trabajo de cuidadores, sin embargo este tipo de organización no es muy frecuente y lo que se observa es un grado menor de formalidad de los cuidadores domiciliarios capacitados que se encuentran involucrados en la atención y cuidado de la población de adultos mayores en el Gran Buenos Aires.

Al hablar de las diferentes formas organizacionales en la prestación de cuidados domiciliarios, se está haciendo referencia a distintos grados organizacionales que de acuerdo a factores ligados comúnmente a capacidades de autogestión, asociación y empoderamiento, por citar sólo algunos de ellos, conducen a los cuidadores capacitados a organizarse dentro de una comunidad para continuar ofreciendo los servicios de cuidado una vez termina el segundo componente del PNCD², a través de la conformación de cooperativas de cuidadores, de bolsas de trabajo y en algunos otros casos, a través de espacios que les abren las organizaciones de la sociedad civil que han actuado como unidades efectoras del programa. Estas interacciones, constituyen una forma donde las organizaciones de sociedad civil (De Piero, 2005) entrelazan sus esfuerzos para contribuir en el desarrollo social de un país y fortalecer la capacidad de una sociedad que avanza

² Dentro del segundo componente del programa se otorga un subsidio a un grupo de cuidadores para realizar la prestación de servicios de cuidado a adultos mayores de la comunidad que requieran atención como una manera de colocar en práctica los conocimientos adquiridos durante el primer componente.

hacia la consolidación de un nuevo nivel de inclusión social desde el paradigma de la participación comunitaria.

El primer caso estudiado es la Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea, que trabaja dentro de la comunidad de la Villa La Cava de San Isidro, los cuidadores de esta asociación representan el caso organizacional más incipiente de los tres estudiados, donde a través de una organización informal dentro de la unidad ejecutora, los cuidadores se auto gestionan para prestar los servicios de cuidado domiciliario a la comunidad.

El segundo caso es la organización religiosa Orden de Frailes Menores que representa una organización de la sociedad civil comprometida con la comunidad del barrio Ejército de los Andes, más conocido como Fuerte Apache, que se encuentra en el sector norte de la localidad de Ciudadela, en el partido bonaerense de Tres de Febrero. La Orden de los Frailes Menores lleva alrededor de 18 años (que se vieron interrumpidos durante los años 1998 a 2002) desarrollando convenios con el PNCD. Esta comunidad religiosa mantiene una bolsa de trabajo (aunque formalmente no se identifique como tal) que le permite mantenerse en contacto con los cuidadores formados en el programa y ser un punto de encuentro entre quienes requieren los servicios y quienes los ofrecen e inclusive, ofrecer cuidado domiciliario voluntario, representando un estadio o grado organizacional intermedio dentro de los tres casos examinados.

Finalmente, el tercer caso estudiado corresponde a la Cooperativa de cuidadores domiciliarios Sembrando Vida, que constituye una unidad organizacional legalmente constituida, autónoma financiera y administrativamente de la unidad efectora del PNCD que le dio su origen en la localidad de González Catán: la Fundación Presbítero José Mario Pantaleo. Esta organización constituye el grado organizacional más avanzado y estructurado de los tres estudiados, donde se puede apreciar como a partir de las competencias laborales adquiridas mediante el PNCD se han desarrollado proyectos de asociación y autogestión que favorecen la constitución de sistemas de prestación de servicios domiciliarios a la población envejecida, a la vez que se generan posibilidades de inserción en el mercado de trabajo a personas con bajos niveles de capacitación y empleabilidad.

1.4.2 Técnicas de recolección de datos

La principal técnica de recolección de datos que se utilizó en el presente trabajo fue la entrevista en profundidad a los diferentes actores de las organizaciones estudiadas, aplicando el método de comparación constante que permite ir descubriendo similitudes y diferencias que conduzcan a la comprensión significativa de la realidad (Glaser, & Strauss, 1967). Las mismas fueron llevadas a cabo durante el tercer y cuarto trimestre de 2013.

También se utilizaron cuestionarios estructurados y semiestructurados aplicados a los cuidadores indagando información sobre las características de las prestaciones brindadas a los adultos mayores y de quienes las prestan, así como sobre el impacto que la formación brindada por el PNCD en la vida laboral de los cuidadores formados.

Por otra parte, se aplicaron cuestionarios a los informantes claves con el objetivo de conocer las características tanto de las organizaciones como de sus integrantes y del mercado de cuidados domiciliarios de adultos mayores. Se realizó un análisis de documentación de las organizaciones y del material de trabajo provisto por el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

Por último se utilizó la observación en terreno, donde se intentó comprender cómo funciona la dinámica de trabajo de las organizaciones estudiadas y cómo es la realidad del día a día de los cuidadores. A continuación se muestra una síntesis de las técnicas de recolección de información:

Cuadro 1. Síntesis de técnicas de recolección de datos

Técnica	Objetivo	Cantidad
Entrevistas en profundidad	Obtener información de fuentes primarias que incluya la percepción y punto de vista de los diferentes actores involucrados en el programa.	23
Cuestionarios estructurados	Recolectar información que permita realizar estadísticas sobre características de la población en estudio y de las prestaciones que ofrecen a los adultos mayores.	12
Cuestionarios semiestructurados	Indagar por información de opinión, con opción de respuesta abierta que permita dilucidar el significado dado por los entrevistados a aspectos como los alcances y limitaciones del	4

	PNCD, las ventajas y desventajas, los facilitadores y obstáculos en el desarrollo del programa.	
Análisis de documentación de las organizaciones y del programa	Relevar información de tipo corporativo sobre las organizaciones en estudio y sobre la organización y puesta en práctica del PNCD y sobre los instrumentos que el programa transfiere a las organizaciones.	7
Observación directa	Aproximación a la realidad social de la organización y sus integrantes permitiendo observarla en toda su complejidad y particularidad. Analizar con mayor precisión los patrones de comportamiento.	2

CAPÍTULO 2

Marco teórico

En este capítulo se desarrolla el marco conceptual de la investigación. Para ello se estudia el envejecimiento poblacional y sus consecuencias, haciendo foco en la necesidad de cuidado de los adultos mayores con algún grado de dependencia lo que conduce a examinar, la creación de fuentes de trabajo e inclusión social para las personas que se capacitan y llevan adelante la tarea de cuidadores domiciliarios formales en la sociedad actual. Posteriormente, se revisa el concepto de organización de la sociedad civil, dado que son las aliadas del organismo público para la ejecución del programa y los conceptos de economía social y cooperativas de trabajo, como estrategia de inclusión social de los cuidadores domiciliarios capacitados en el programa.

2.1 El envejecimiento poblacional y las necesidades de cuidado

El envejecimiento poblacional está relacionado inicialmente con el término “envejecimiento individual” que se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad; sin embargo, tiene que ver no sólo con la evolución cronológica, sino también con fenómenos de naturaleza biosíquica y social (CELADE/CEPAL, 2006).

Como proceso, es natural, y va desde la concepción hasta la muerte, su desarrollo conlleva una serie de cambios que se ven afectados de manera diferente por factores como la herencia biológica, el comportamiento individual, factores sociales, económicos, ambientales y políticos. Como parte de ese proceso está la vejez, la cual ha sido definida como el último de los momentos del ciclo de la vida que comienza alrededor de los 60 años y termina con la muerte (Huenchuan, 2008). También se entiende como el proceso biológico, psicológico, social y mental, que inicia desde el nacimiento, pasa por la niñez, la juventud, se incrementa en la adultez y vejez y termina en el momento de la muerte.

Ahora bien, el envejecimiento poblacional se refiere a un cambio en la estructura por edades de la población, desde la estructura del antiguo régimen demográfico previo a la transición demográfica (con grupos numerosos de población en edades infantiles y juveniles y un escaso número de población en los grupos de edades maduras y longevas) a una nueva estructura propia de la segunda transición demográfica o de la denominada revolución reproductiva, donde básicamente crecen los grupos de edades maduras y longevas manteniéndose o disminuyendo los grupos de menor edad. Este fenómeno poblacional, es consecuencia directa de cambios socioeconómicos que permiten una mayor supervivencia generacional, y a los descensos de los grados de fecundidad y mortalidad (CEPAL, 2009; Huenchuan, 2008).

Al respecto es importante señalar que el envejecimiento poblacional se viene produciendo en tres sentidos: en primer lugar, se ha presentado un aumento relativo de la población de 60 años y más en relación al total de la población; en segundo lugar, ha habido un proceso de envejecimiento de la vejez, es otras palabras, se ha producido un aumento relativo de la población mayor, es decir, 75 años y más (que es la que presenta mayor probabilidad de vulnerabilidad), y en tercer lugar, el envejecimiento ha ocurrido de la mano de un proceso de feminización de la vejez, lo que quiere decir, un aumento relativo de las mujeres dentro de los dos grupos anteriormente mencionados (CEPAL, 2009; CEPAL, 2013).

Tal fenómeno de envejecimiento poblacional según la CEPAL (2013), se explica tanto por una disminución de las tasas de natalidad o número de nacidos vivos por cada mil habitantes, una disminución de la fecundidad, es decir, número de nacimientos con respecto a la población femenina en edad fértil, como por un descenso de la tasa de mortalidad ligada a dos tipos de factores: El primero asociado a la mayor esperanza de vida de las mujeres al nacer, que se traduce en la feminización de la vejez antes mencionada, relacionada no solo con factores biológicos, sino conductuales, tales como la atención médica preventiva, practicada con mayor frecuencia por las mujeres que por los varones y las conductas de riesgo que desarrollan los varones a partir de los condicionantes culturales; el segundo, se presenta por la denominada transición epidemiológica, que implica un descenso de la mortalidad infantil como consecuencia de un mejor control de

las enfermedades infectocontagiosas propias de la niñez y un incremento relativo de los decesos por enfermedades crónico-degenerativas.

Por su parte, estos fenómenos de envejecimiento, en general, demandan servicios de cuidado de diversa índole e intensidad ya sean hospitalarios o domiciliarios, cuidados de corto, mediano y largo plazo, cuidados paliativos, entre otros, puesto que comúnmente dentro de las necesidades de la población envejecida se encuentra la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria (Huenchuan, 2008:2).

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. En este sentido, constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permite la sostenibilidad de la vida (Izquierdo, 2004:20). El cuidado está mayoritariamente en manos de las mujeres, y su falta de reconocimiento en todos los niveles es un aspecto central de los problemas que afectan al trabajo femenino. Sin embargo, se ha analizado como en realidad, el trabajo de cuidado en el hogar concierne a todos sus integrantes, independientemente del lugar que ocupen en la producción de bienes y servicios, ya sean mercantiles o no (CEPAL, 2013).

De acuerdo a la CEPAL, la prestación de cuidados abarca:

(...) el conjunto de actividades, procesos y relaciones persona a persona mediante los cuales (todos) los seres humanos son directa o indirectamente producidos y mantenidos, en la vida cotidiana o de manera puntual, material y psicológicamente así como cognitivamente, a escala intergeneracional e intrageneracional. Está conformada por las estructuras, normas y representaciones sociales vigentes y contribuye, de una u otra manera, a reproducirlas y, eventualmente, a modificarlas (CEPAL, 2013:75-76).

Para los efectos de este trabajo se entenderá que los cuidados son la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria. (Huenchuan, 2008:2).

2.1.1 La dependencia

El concepto de dependencia está relacionado con el estado en el que las personas, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria (Comité de Ministros del Consejo de Europa de 1998), por lo cual requieren asistencia y/o ayuda a fin de realizar los actos corrientes de la vida cotidiana. Hay tres condiciones concurrentes que permiten hablar de la configuración de una situación de dependencia: La primera, la existencia de una limitación física o psíquica; la segunda, la incapacidad de la persona de realizar por sí mismo las actividades de la vida cotidiana y, la tercera, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero (IMSERSO, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen distintos componentes vinculados a la dependencia, que pueden estar asociados a una situación de discapacidad o a problemas de fragilidad y vulnerabilidad. Estos implican dos tipos distintos de limitaciones, asociados a su vez, con diferentes tipos de cuidados:

a. Dificultades para realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.

b. Dificultades para realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, requieren un mayor nivel de autonomía personal. En esta categoría se incluyen tareas domésticas y aspectos sociales y de relacionamiento, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad (uso del teléfono, cuidado de la casa, salida de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos, etc.).

2.1.2 Los cuidadores

Ante las necesidades de cuidado, surge la labor del cuidador, que es el que apoya y asiste a las personas, en este caso específico al adulto mayor en el desarrollo de las actividades propias de la vida cotidiana. Un cuidador domiciliario es aquel que se halla inserto en servicios de atención domiciliaria de baja tecnología. Según los acuerdos internacionales, es una de las herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores frágiles (MDS, 2010:57).

Los cuidadores domiciliarios son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone dentro de su propio hogar o domicilio. Es un rol que en su ejercicio, brinda apoyo al adulto mayor en las actividades de la vida diaria, manteniéndolo en su hogar el mayor tiempo posible y conveniente, inserto en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida diaria (MDS, 2010:55).

El rol de cuidador es en un 85% desarrollado por mujeres en el ámbito familiar y se caracteriza por ser una labor intensiva que limita el tiempo del cuidador y se encuentra unido generalmente, al rol de ama de casa. Así, sus efectos desfavorables para la salud y la calidad de vida de estas personas se potencian, sufriendo de pérdida de participación social y autonomía.

2.2 Las políticas públicas

Uno de los ejes relevantes sobre el cual se trabaja a lo largo de esta investigación es el de políticas públicas. Las mismas son concebidas como programas de acciones que constituyen la realización concreta de decisiones, el medio usado por un actor en particular llamado Estado en su voluntad de transformar comportamientos mediante el cambio de las reglas de juego establecidas hasta cierto momento (Roth, 2002:19). Es así como las políticas públicas tienen relación con el manejo de los asuntos públicos.

Para Aguilar Villanueva (1996) una política pública implica el diseño de una acción colectiva intencional, el rumbo que efectivamente toma la acción como resultado de las diversas decisiones e interacciones de que es objeto y, en consecuencia, los hechos reales que la acción produce. De lo anterior se deduce que políticas públicas tienen relación con el poder social y las posturas políticas, sociales e ideológicas de los actores sociales que intervienen en ellas. De ahí que sean esas tomas de posición por parte del Estado o de otros actores relevantes, las que en buena medida definan los productos o resultados de las acciones emprendidas que finalmente no son más que el reflejo de los valores de una sociedad, dejando de manifiesto a cuál de los diferentes valores, se le asigna mayor prioridad en una determinada decisión (Kraft & Furlong, 2006).

Por su parte, Oscar Oszlak concibe a las políticas públicas no sólo como las acciones sino también como las omisiones o silencios estatales frente a las situaciones socialmente problematizadas. Esta visión más amplia y cercana a la realidad objetiva de las políticas públicas, es sobre la cual se sustenta el presente trabajo, entendiéndose como políticas públicas al conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado frente a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad civil (Oszlak & O'Donnell, 1981:14).

2.2.1 Las políticas sociales y sectoriales

Dentro del conjunto de acciones estatales denominado políticas públicas se encuentran las políticas sociales que se refieren específicamente a las acciones que procuran el mantenimiento de condiciones dignas que impidan la marginación social en cualquiera de sus formas (Montoro, 1997:34), implican el diseño y la ejecución programada y estructurada de todas aquellas iniciativas adoptadas para atender una serie de necesidades consideradas básicas para la población, entre las cuales en términos genéricos figuran: salud, educación, trabajo vivienda, y jubilación entre otras.

La política social procura la creación de bienestar para la sociedad, para lo cual examina el contexto social, político, ideológico e institucional en el que es producido y distribuido ese bienestar (Adelantado, 2000) así como, las relaciones de mercado y la

sociedad civil, el marco normativo, el debate moral y político que inciden en la forma como se conciben y se producen las acciones que buscan favorecer el bienestar de los individuos. De acuerdo a Marshall (1975), la política social usa el poder político para reemplazar, completar o modificar operaciones del sistema económico para lograr resultados que el sistema económico no puede lograr por sí solo; y al hacer esto es guiada por valores adicionales a aquellos determinados por las fuerzas del libre mercado.

Existen diferentes miradas sobre cómo atender las cuestiones sociales. Un enfoque es la búsqueda de soluciones a los problemas sociales como la pobreza y el desempleo. Otro enfoque se relaciona con el análisis de problemáticas tales como el envejecimiento poblacional y el cambio de la dinámica familiar en las sociedades modernas, la globalización, entre otras. Un tercer enfoque se centra en las necesidades de grupos o sectores poblacionales como los niños, los inmigrantes o los adultos mayores. No obstante, el más tradicional es el que se enfoca en los servicios públicos como la salud, educación, pensión y vivienda (Adelantado, 2000).

Finalmente, un enfoque moderno de la política social, aborda la vida de las personas buscando conocer de viva voz los relatos de un desempleado, un vagabundo, un discapacitado, un inmigrante sin papeles frente a los alcances y efectos de la política social en sus vidas (Adelantado, 2000). Esta perspectiva es sobre la cual se desarrolla el presente trabajo, pues dentro del relevamiento de información que se lleva a cabo se busca conocer la mirada que sobre la política en estudio tienen los propios actores miembros de las organizaciones del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios en el Gran Buenos Aires durante los últimos tres años (período en el que se capacitaron la mayor parte de los cuidadores indagados en las tres organizaciones), a partir de los efectos que produjo el PNCD en la vida laboral de los cuidadores domiciliarios capacitados.

Por otro lado, en este trabajo la atención se centra en una política sectorial, es decir, una política pública que se enfoca en un sector de la población en particular, esto es, que atiende a las necesidades de cuidado de los adultos mayores, que es parte de las políticas de vejez concebidas como aquellas acciones organizadas por el estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual (Huenchuan, 1999:1).

Ahora bien, las políticas públicas en general están conformadas por programas, de tal forma que, mientras que las políticas de vejez denotan el consenso logrado en torno a la forma en que el estado debe abordar el fenómeno del envejecimiento y la situación de los adultos mayores, los programas son las intervenciones concretas convertidas en objetivos articulados por actividades y acciones con responsabilidades definidas (Huenchuan & Paredes, 2007:13-14).

2.2.2 Las políticas de inclusión social

Otro concepto clave es el de inclusión social, el cual ha sido considerado desde amplias y variadas perspectivas humanistas y sociales, pero que en términos generales se asocia como un proceso que asegura que todas las personas tengan las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente en la vida económica, social y política. La inclusión está relacionada con la integración, la cohesión, la justicia social, redundando en la posibilidad de participación igualitaria de todos en todas las dimensiones sociales (económica, legal, política, cultural, etc.).

Es frecuente que se defina el concepto de inclusión social a partir de su contraparte, la exclusión social, noción que se relaciona con la ausencia extrema de oportunidades, que comúnmente se fortalece mediante determinadas barreras sociales, religiosas y políticas. La perspectiva de la exclusión social hace referencia a “(...) un conjunto de procesos que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de ciertos grupos sociales frente a factores de riesgo que pueden llevarlos a una situación de pobreza y vulnerabilidad social.” (Banco Mundial-FLACSO, 2000:15).

De acuerdo a Estanislao Gacitúa (2000) la exclusión social incluye tres dimensiones: económica (de privación material y acceso a mercados y servicios); política e institucional (carencia de derechos civiles y políticos que garanticen la participación ciudadana); y sociocultural (desconocimiento de las identidades y particularidades de género, generacionales, étnicas, religiosas).

En la década de los '90, a nivel mundial se despertó el interés por la cuestión de la exclusión social, a partir de las consecuencias de la caída del muro de Berlín, produciéndose un debate político-académico internacional sobre el tema.

En Europa, hacia principios del nuevo milenio, se colocó en marcha un programa comunitario que se conoció como EQUAL, el cual brindaba facilidades laborales y de capacitación profesional a los inmigrantes, uno de los grupos sociales marginados y excluidos, respetando sus diferencias culturales. La iniciativa, sirvió como orientación a un informe presentado al Congreso italiano en el 2000 para la creación de una Comisión Especial de Indagación sobre la Exclusión Social, CIES (Commissione di Indagine Sull'Esclusione Sociale). En este informe, la exclusión social se concibe como sinónimo de marginalización y presume dos prerequisites uno económico, asociado a extrema pobreza, y otro cultural, relacionado con la enajenación respecto a la sociedad. Consecuentemente, la inclusión social implica solucionar los dos problemas, es decir, lograr la plena incorporación a la sociedad con igualdad de oportunidades a través de políticas y programas de nivelación educativa, capacitación laboral y acceso a empleo calificado y a la creación de negocios.

Para Robert Castel (1995) la exclusión, como contracara de la inclusión, se relaciona en función de dos ejes que denotan carencia: El primero vinculado al trabajo que implica los medios por los cuales un individuo logra reproducir su existencia en el plano económico; el segundo relacionado con la inserción en una sociabilidad, que significa la inscripción o la ruptura con respecto al sistema relacional en el que se inscribe su existencia en el ámbito afectivo y social. En términos de la problemática aquí planteada, se desarrollará la exclusión en relación al primer eje que pasa fundamentalmente por la falta de inserción de las personas en el mercado de trabajo y la pertenencia o no al excedente laboral pues es a través de ese mercado que el proceso de acumulación hace sentir, fundamentalmente, sus efectos en las condiciones de vida de la población.

En el caso que nos ocupa, se analiza un programa nacional del gobierno de la Argentina desde la perspectiva de la búsqueda de alternativas a problemas sociales como el desempleo y la falta de ingresos a través de la generación de éstos mediante la prestación de servicios de cuidado domiciliario.

2.2.3 Políticas de generación de empleo

El empleo es fundamental para resolver los problemas que surgen a raíz de la pobreza y la desigualdad, los que a su vez se traducen en exclusión social y vulnerabilidad, ésta última vinculada desde la perspectiva de Castel (1997), con situaciones de carencia en función de la integración o no al trabajo, el cual se constituye en un soporte privilegiado de la inscripción en la estructura social y verifica las relaciones entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y los sistemas de protección, existiendo zonas de máxima tensión entre la integración y la exclusión o desafiliación, es decir, de integrados-estables, de vulnerables y de excluidos donde se encuentran los más desfavorecidos. En este sentido, el concepto de vulnerabilidad refiere a aquella diversidad de "situaciones intermedias" y al proceso por el cual se está en riesgo de engrosar el espacio de exclusión.

La vulnerabilidad social es así, una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad. Para Castel (1997), la vulnerabilidad además de ocupar una posición estratégica, históricamente fue marca de incertidumbre y desdicha de los sectores populares. La desafiliación como tendencia, trayectoria o zona, en primer lugar es una ruptura de redes de integración primaria, es decir, corte en las regulaciones a partir de la inserción en la familia, el linaje, la pertenencia comunitaria. A su vez, los riesgos de desafiliación están dados por las fallas de las relaciones de proximidad con inscripción territorial -familiar y social- dificultando la reproducción de la existencia y la protección.

En este sentido las políticas de empleo constituyen la acción programada del gobierno en el ámbito del mercado de trabajo y de las relaciones laborales que comprenden una movilización de recursos económicos, humanos técnicos y legales para la obtención de resultados concretos frente a las necesidades de generación de ingresos y de trabajo decente, productivo y libremente elegido.

Las políticas de empleo están ligadas a diferentes ámbitos de intervención pública como son el sistema económico, el ordenamiento laboral y la política de protección social y, a niveles de intervención que pueden ir de lo genérico como en el caso de las políticas

activas de empleo, a lo específico como por ejemplo las políticas de fomento de la contratación, programas de orientación laboral, planes formativos sectoriales, entre otros. Así mismo, son una intervención cuya ejecución implica a varios niveles de la esfera pública –administraciones- y privada -entidades y empresas- (Espina, 2007). Sus contenidos se articulan en planes, programas y medidas. Estos a su vez pueden contemplar la prestación de servicios, el desarrollo de actividades o la concesión de ayudas.

Las políticas de empleo se clasifican en políticas activas y políticas pasivas. Las políticas activas de empleo hacen referencia a la intervención directa de los gobiernos en el mercado de trabajo para prevenir o aliviar el desempleo y para mejorar el funcionamiento del mercado de trabajo en términos generales. Consisten en medidas de carácter preventivo de inserción, formación y políticas de promoción de la creación de empleo que tienen por objetivo mejorar las posibilidades de su acceso en el caso de las personas desempleadas, por cuenta propia o ajena, la adaptación de la formación y recualificación para el empleo de las personas trabajadoras, así como aquellas otras destinadas a fomentar el espíritu empresarial y la economía social. En consecuencia, el objetivo final de las políticas activas es promover la inserción laboral y mantenimiento del empleo.

Las políticas activas de empleo se clasifican en tres grandes líneas de actuación:

1. Intermediación: facilitando la interacción entre oferentes y demandantes de trabajo.
2. Formación para el empleo: Medidas destinadas a la capacitación para el empleo aumentando la empleabilidad.
3. Promoción del empleo: Mediante el fomento de la contratación, apoyo al autoempleo y a las prácticas profesionales, programas de empoderamiento y emprendimiento.

El caso del PNCD es justamente una política activa de empleo, relacionada específicamente con las tres líneas: la intermediación, la formación y la promoción de empleo a través del empoderamiento social para la atención de las necesidades de la población adulta mayor.

2.3 Las organizaciones de la sociedad civil

La sociedad civil es concebida como una instancia de construcción colectiva, de representación social y política, donde se profundiza el sentido de ciudadanía y de las redes comunitarias (De Piero, 2005); comúnmente surge de la voluntad de los mismos ciudadanos como respuesta a relaciones desiguales entre la sociedad, el Estado y en especial el mercado capitalista, por lo que viene a ocupar espacios residuales no ocupados por otros sectores sociales (De Piero, 2005).

La sociedad civil se organiza a través de grupos o movimientos sociales plurales que intentan modificar el espacio público; su accionar es considerado como político, aunque independiente tanto del Estado como del mercado, puesto que su objetivo principal no está relacionado con la dominación política ni la acumulación de capital (De Piero, 2005).

Es común encontrar que algunos autores asocian a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) como el tercer sector, lo cual sugiere, que éste se originaría a partir de las fallas que se dan entre Estado y mercado, definidos como los dos primeros sectores, en la asignación de bienes y servicios (Laville, 2004).

En Argentina, las OSC a lo largo de su historia emergen como respuesta a las profundas contradicciones sociales que favorecieron el crecimiento de movimientos y organizaciones civiles autónomas las cuales encauzaron reclamos y necesidades de diversos sectores y se fueron constituyendo en espacios de solución de conflictos de diversa índole; espacios donde lo social y lo individual, lo público y lo privado, lo político y el ámbito de la familia pueden canalizarse, expresarse y lograr un desarrollo (De Piero, 2005).

Las OSC se constituyen en una red de organizaciones que opera en conjunto con el sector público produciendo productos y servicios a los adultos mayores; por otra parte, las redes sociales construidas alrededor de su accionar, son evidencia de que los mecanismos asociativos son la base de la articulación y condición de existencia de estos nuevos actores como ejecutores de políticas públicas.

De manera similar, dentro del accionar de las OSC se van construyendo relaciones inter organizacionales que se convierten a su vez en mecanismos asociativos de articulación entre sí, y entre éstos y organismos estatales o entidades del ámbito privado, configurando el establecimiento de redes sociales por sectores o áreas que se agrupan para trabajar en torno a una temática particular siguiendo objetivos comunes. Las redes (Róvere & Tamargo, 2005) en la medida en que se constituyen en espacios de identificación, reconocimiento e intercambio entre diferentes actores, son una plataforma desde donde es viable gestionar acciones en forma conjunta, lo cual permite considerar formas de cooperar y colaborar.

Las redes de trabajo inter organizacional involucra el trabajo de instituciones del sector público que pueden comprender relaciones del gobierno central con los gobiernos regionales y locales o bien, entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados y municipios con unidades del sector privado o las OSC, estableciendo con ellas pautas de relaciones de trabajo complejas, todas ellas importantes en la implementación de un número significativo de políticas públicas que en la administración pública son cada vez más relevantes (Sulbrandt, Lira & Ibarra, 2001).

2.4 La economía social y las cooperativas de trabajo asociado

La Economía Social, está ligada desde sus inicios, al concepto de solidaridad. La primera aparición de este concepto en trabajos científicos data del siglo XIX, con autores tales como John Stuart Mill y Leon Walras, quienes utilizaron este término para describir las novedosas organizaciones que se estaban gestando en respuesta a los problemas sociales que la naciente sociedad capitalista generaba (Pérez, Etxezarreta & Guridi, 2008).

Para los años '70 resurgió el concepto ante la crisis económica, en cabeza de las asociaciones populares y las cooperativas, que constituyen su eje estructural actual (Chaves, Monzón & José, 2007). Sin embargo, sus acepciones son muy variadas y distantes, dependiendo de la época y región en donde se construyen.

En la actualidad posee dos vertientes ideológicas, dentro de las cuales se pueden encontrar pequeñas o grandes diferencias en sus acepciones, la primera vertiente es la europea, en donde la economía social se plantea como un camino diferente a la economía de mercado, y se construye desde el pensamiento de los socialistas utópicos Owen y Charles Fourier (Da Ros, 2007). Una de las primeras definiciones se encuentra en la Carta de la Economía Social desarrollada y aprobada en 1982 por el Comité Nacional de Enlace de las Actividades Mutualistas Cooperativas y Asociativas de Francia (CNLAMCA), donde se delimita la economía social como:

Conjunto de entidades no pertenecientes al sector público que, con funcionamiento, y gestión democrática e igualdad de derechos y deberes de los socios, practican un régimen especial de propiedad y distribución de las ganancias, empleando los excedentes del ejercicio para el crecimiento de la entidad y la mejora de los servicios a los socios y a la sociedad (Chávez & Monzón, 2003).

Uno de los conceptos más aceptados en el viejo continente para definir la Economía Social es:

Toda actividad económica, basada en la asociación de personas en entidades de tipo democrático y participativo, con primacía de las aportaciones personales y de trabajo sobre el capital (Primer Congreso de la Economía Social, 1993)

Como se observa, la evolución del término en Europa ha ido depurando el concepto, que aunque mantiene su intención de no pertenecer a un sector tradicional de la economía, ya no concentra en las entidades establecidas jurídicamente, sino en la actividad y el sector que desempeñan dentro de la economía nacional.

En Latinoamérica, la concepción de economía social, se plantea a diferencia del modelo europeo, y norteamericano, como un modelo de desarrollo para la región. Su desarrollo se da en la década de los '80, con los chilenos Luiz Razeto, y Manfred Max Neef (Da Ros, 2007).

Para Luis Razeto la economía social tiene un contenido asociativo que involucra a pequeños grupos o comunidades con estrechos nexos de familiaridad, amistad o vecindad

(Da Ros, 2007:11). En cambio para Manfred Max Neef se puede comprender como una estructura de pequeñas empresas populares y solidarias, las que conforman lo que el autor denomina “el mundo invisible”. A partir de estas experiencias se propone un nuevo enfoque de desarrollo económico y social a escala humana (Max Neef, 1984).

Una de las concepciones más aceptadas en la actualidad es:

La economía social es aquella que agrupa a las actividades asociativas y a los movimientos sociales que coinciden en los siguientes principios y características: la organización o empresa tiene por finalidad servir a sus asociados o a su entorno más que generar beneficios u orientarse al rendimiento financiero; tiene autonomía de gestión; integra en sus estatutos y en sus formas de hacer un proceso de decisión democrático; defiende la primacía de las personas y del trabajo sobre el capital en el reparto de sus excedentes; funda sus actividades en los principios de participación, del hacerse cargo y de la responsabilidad individual y colectiva (Elgue, 2006).

Las organizaciones del tercer sector en la Argentina siempre se encargaron de suplir deficiencias dejadas por el Estado, tanto en aspectos educativos, culturales y recreativos, como proveedores de asistencia básica en el área de la salud, vivienda y alimentación (Forni & Leite, 2006). A partir del retorno de la democracia, las organizaciones empezaron a desarrollar actividades comerciales que les permiten cierta autonomía de los fondos gubernamentales. Con la debacle del Estado de Bienestar, la falta de capacidad institucional, permitió un aumento de las organizaciones del Tercer Sector, sin embargo, esta puede darse pese a la ineficiencia de la capacidad estatal y de las mismas entidades de atender las necesidades de los ciudadanos.

Dentro de la economía social y solidaria, las cooperativas son la columna vertebral donde se materializa la organización de las personas para satisfacer de manera conjunta sus necesidades. Su principal característica es la participación del ser humano asumiendo un rol protagonista en los procesos socio-económico de la sociedad en la que vive.

La Alianza Cooperativa Internacional, en su declaración sobre identidad y principios cooperativos, adoptados en Manchester en 1995, precisó que la cooperativa es una asociación autónoma de personas que se han unido voluntariamente para hacer frente a

sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales comunes por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente controlada. Estas dos particularidades de propiedad y control democrático son las que las caracterizan y las hacen diferentes de otros tipos de organizaciones como las empresas controladas por el capital o por el gobierno. Cada Cooperativa es una empresa, en el sentido que es una entidad organizada que funciona en el mercado.

Específicamente las cooperativas de trabajo son un tipo de cooperativa conformada por trabajadores, que ponen en común su fuerza laboral para llevar adelante una empresa ya sea de producción de bienes o prestación de servicios. Se caracterizan por combinar tres objetivos: no tener ánimo de lucro, crear puestos de trabajo para sus socios, y ofrecer servicios de bienestar social a las personas. Los servicios de bienestar social incluyen una amplia gama de actividades; los principales son los servicios sociales, culturales, de apoyo a la vida diaria, de ocio educativo y tiempo libre, y de integración social y laboral de colectivos desfavorecidos.

Según la legislación Argentina (Decreto Ley N°20337 del año 1973) las cooperativas de trabajo son entidades fundadas en el esfuerzo propio y la ayuda mutua para organizar y prestar servicios. Así mismo asume por su propia cuenta, con el trabajo de los asociados, las actividades necesarias para la producción de determinados bienes o servicios; cambiando de la relación de dependencia a la asociativa (Moirano, 1995).

La estructura organizacional habitual de las cooperativas, se compone de dos partes, la estructura institucional, que está compuesta por la Asamblea de Socios, el Consejo de Administración o Comisión Directiva y la Sindicatura o Comisión Fiscal, y por la estructura operativa, que se encarga de las decisiones operativas que dada la legislación propia de La Argentina, debe recaer sobre alguno de los asociados, sin la posibilidad de contratar un gerente o administrador. Sin embargo, y a pesar de estas diferencias, las cooperativas no han logrado generar modelos de administración especiales y particulares que maximicen su actividad económica (Camilletti, Guidini & Herrera, 2005), siendo una de las mayores dificultades la confrontación del poder de la asamblea que recae sobre los asociados y el poder de la junta directiva o gerente que le exige al asociado, dependiendo de la asamblea general.

Desde el PNCD se promueve que los cuidadores domiciliarios egresados conformen cooperativas de trabajo asociado, para lo cual se les indican pautas y se les brinda asesoría en temas requeridos para este fin. Al organizarse en cooperativas de trabajo, los cuidadores domiciliarios logran formalizarse como organización legalmente constituida y reconocida, sujeta de derechos y de deberes, abriéndoles un amplio margen de maniobra a los cuidadores para entre otros, realizar convenios con entidades públicas.

CAPÍTULO 3

El papel del Estado ante la demanda de cuidados de la población envejecida: el caso argentino

3.1 Lineamientos internacionales sobre el rol del Estado en la asistencia de la población adulta mayor

En las sociedades modernas existen varias líneas de pensamiento o miradas de la problemática de cuidados, de ahí que se hayan desarrollado en cada país diferentes alternativas y programas institucionales, ambulatorios y domiciliarios para atender esta creciente demanda de servicios.

Una de ellas, tiene que ver con la alternativa de las internaciones en residencias de larga estadía o en otro tipo de hogares colectivos, aunque es común considerar que sólo las personas que presentan altos grados de dependencia deberían ser atendidas bajo este esquema, por lo tanto, que se ofrezca este tipo de alternativas a adultos mayores que gozan de cierta autonomía, es visto como una anomalía (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

Otra opción aún menos aceptada, tanto por la familia como por los propios adultos mayores es la internación hospitalaria, que implica la demanda de una red amplia de servicios hospitalarios, de por sí costosa y poco viable en el tiempo, si se tiene en cuenta que es un recurso destinado exclusivamente a individuos -dependientes o no- que requieran asistencia médica aguda o cuidados intensivos (Casado & López 2001), tratándose de una alternativa sanitaria y no social, que puede conducir inclusive, al deterioro funcional y otras complicaciones no relacionadas con la causa de ingreso.

Adicionalmente se encuentran diferentes alternativas de prestaciones dirigidas a la atención de la población adulta mayor, como los centros de día o los centros gerontológicos terapéuticos, que de forma ambulatoria prestan atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia (Rodríguez, 2004; Roque &

Fassio, 2009), siendo un recurso social intermedio dirigido a atender necesidades específicas, promoviendo la autonomía sin que deban abandonar su entorno habitual.

Por último, se encuentra la alternativa del cuidado en el domicilio informal, formal y voluntariado para la asistencia y sostenimiento de la población que envejece y que requiere atención sostenida. La opción de prolongar la permanencia en el hogar, demorando o evitando su institucionalización, a través de la promoción e implementación de sistemas de apoyo domiciliario que favorezcan la preservación de los roles familiares y sociales, promuevan la autonomía personal que les permita a los adultos mayores seguir viviendo con dignidad, al mismo tiempo que alivian la carga emocional y económica de los cuidadores familiares y privilegian la integración con la comunidad, constituye no sólo la alternativa más recomendada dado su bajo impacto emocional y social en el adulto mayor y su familia, sino la más aceptada dentro de la población envejecida alrededor del mundo³ (MDS, 2010; Guzmán & Huenchuan, 2006).

Como consecuencia de lo anterior, en los últimos años se ha producido a nivel mundial un replanteamiento del papel que debe jugar tanto la familia, como el Estado y el mercado en la asistencia y cuidados que requieren los adultos mayores.

La familia es el actor por excelencia que ha brindado cuidados a sus miembros, tradicionalmente, se ha responsabilizado y delegado a la familia, y dentro de ella a las mujeres, la atención de los adultos mayores (Huenchuan, 2010). La familiarización, como uno de los tres ejes de dependencia potencial y sometimiento, implica la manera en que las personas (en especial las mujeres, de acuerdo a los estereotipos de conducta e imposición social) pueden ver limitada su facultad de elegir en la vida, dada sus ataduras familiares (Fassio, 2010).

³ La experiencia de países como Alemania, donde las personas mayores reciben directamente las transferencias en dinero para elegir libremente la fuente de cuidado a la que desean acceder, demuestran como los beneficiarios han escogido recibir exclusivamente cuidados informales dentro de sus domicilios en un 77% de los casos (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

De acuerdo a la CEPAL, se estima que esto seguirá siendo una tradición familiar en muchos países de la región, lo que significa enormes desventajas para aquellos hogares más pobres, en la medida en que en un modelo de cuidados familiar, las condiciones de salud y cuidado que gozan las personas de edad depende de las condiciones socioeconómicas de la familia (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

Sin embargo, a medida que el envejecimiento de la población aumenta y ante la salida generalizada de la mujer del hogar y su inserción en el mercado laboral, sumado al hecho que este cambio de la dinámica familiar no ha sido acompañado por un aumento de la participación del hombre en las tareas de cuidado (Huenchuan, 2008), la familia ha tendido a sustituir el tiempo dedicado a esta labor, por el financiamiento de servicios en un mercado escasamente regulado, traspasando al ámbito público una necesidad que se resolvía en el ámbito privado (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

El Estado ha sido el segundo actor, menos antiguo que la familia, quien ha jugado un rol importante en la cuestión. En general, desde el surgimiento del llamado estado de bienestar en los países desarrollados, el Estado ha ofertado cuidados para los adultos mayores; es así como en los estados de bienestar europeos, el cuidado de las personas es parte de las políticas públicas. No obstante, en Latinoamérica y el Caribe la situación es diferente, entre otros factores, porque constituyen sociedades donde es común que exista una oferta segmentada y parcial de servicios sociales y donde frecuentemente se considera que la oferta de cuidados en la vejez compite por los recursos que deberían destinarse a otros grupos poblacionales como son especialmente los niños (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

Cabe destacar que recientemente se han instalado en la agenda mundial las denominadas políticas de cuidado que constituyen recomendaciones de agencias de Naciones Unidas en torno a un mayor involucramiento del estado en la provisión de servicios de cuidado, tanto por sus implicaciones positivas en los demandantes de cuidado, particularmente en el caso de los niños, como por el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo.

Dichas políticas de cuidado, esquemáticamente se dividen entre aquellas que compensan algunos de los costos de cuidar, por ejemplo remunerando el cuidado, y aquellas que empoderan a los cuidadores, es decir, permitiéndoles hacer otras cosas además de cuidar, tendiendo hacia una redistribución del cuidado.

Como se detallará más adelante, la comunidad mundial ha impulsado de manera importante la responsabilidad que debe asumir el Estado ante este grupo poblacional en ascenso, promoviendo acuerdos y llevando a los países participantes de las Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento a incluir el cuidado en las leyes especiales de protección de las personas mayores.

Entre tanto, el mercado ha tomado fuerza en la prestación de estos servicios en la medida en que ha surgido un segmento de la población que ha estado dispuesta a pagar por la atención de los adultos. La mercantilización del cuidado, considerada como uno de los tres ejes de dependencia potencial y sometimiento, parte del supuesto que es el mercado, quien dará satisfacción a esta necesidad y que las políticas estatales sólo se encargarán de atenderla de manera residual (Fassio, 2010). No obstante, las familias y los adultos mayores que presentan restricciones presupuestales son muchos más que los que pueden pagar, por lo que este segmento no es el más representativo dentro del universo poblacional de los adultos mayores.

Dada las consideraciones anteriores, es muy probable que el cuidado siga concibiéndose como una tradición familiar siendo parte de las relaciones de afecto que existen dentro de este ámbito, pese a esto, el Estado no puede dejar esta responsabilidad solo en manos de la familia o en las posibilidades que tenga ésta de contratar servicios privados de cuidado.

En este sentido, resulta valioso señalar cómo la problemática en cuestión llega a instalarse en la agenda pública de países como la Argentina y en general de América Latina y el mundo. La comunidad internacional ha desempeñado un rol protagónico en la incorporación de la temática de la vejez y el envejecimiento en la agenda mundial, en especial a partir de tres hechos (Fassio, 2009b):

- 1) La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y el Plan de Acción de Viena (1982).
- 2) La adopción de los principios a favor de las personas mayores (1991).
- 3) La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Adicionalmente dentro del ámbito interamericano, finalizando la década de los '80 se consagraron medidas en favor de los adultos mayores en el protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), en donde específicamente en su artículo 17, se dispuso la protección y derechos de los mayores.

Más tarde, en 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) reconoció la complejidad y rapidez del fenómeno del envejecimiento de la población mundial y la necesidad de que existiera un marco de referencia que sirviera como base para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad, por lo que un año más tarde, proclamó mediante la resolución 46 de 1991 los Principios en favor de las Personas de Edad y en 1999, las Naciones Unidas declararían el 1º de octubre como el Día Internacional de las Personas de Edad.

Con base al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento los países de la región acordaron en el marco de la Primera Conferencia Regional Intergubernamental, realizada en Santiago de Chile en el 2003 una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe basada en tres ejes claves a saber:

- a) Personas de edad y desarrollo: Consiste básicamente en la protección de los derechos humanos de los adultos mayores, la creación de condiciones para su seguridad económica y su participación social, el acceso al empleo decente y al crédito para micro emprendimientos, la inclusión laboral formal de las personas mayores, el mejoramiento de la cobertura de pensiones no contributivas y contributivas, la creación de condiciones para la participación en la vejez y el acceso a la educación durante toda la vida.

b) Salud y bienestar en la vejez: El fomento de la salud y el bienestar en la vejez relacionado con el acceso a servicios de salud integrales y apropiados de acuerdo a sus necesidades para garantizar el mayor nivel de calidad de vida que preserven su funcionalidad y autonomía.

c) Entornos propicios y favorables: Corresponde a la adaptación de las viviendas y el transporte que les permitan gozar de escenarios físicos, sociales y culturales para potenciar su desarrollo así como favorecer el ejercicio de sus derechos y deberes para una vida independiente en la vejez, los sistemas de apoyo sostenibles y adecuados, y la promoción de una imagen positiva de la vejez y el envejecimiento. Éste último eje se encuentra estrechamente relacionado con los planteamientos sobre los cuales se concibió inicialmente el PNCD.

Posteriormente, en La Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en el 2007 se firmó la Declaración de Brasilia que agregó nuevas líneas de acción alrededor de los derechos de los adultos mayores:

a) La intervención en la prevención y atención a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a los adultos mayores con discapacidad.

b) El acceso a los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo a los adultos mayores que se ven afectados por el VIH/SIDA, ya sea desde su papel como cuidadores de integrantes de su familia como en su rol de promotores en la creación de un ambiente libre de estigma y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA.

c) La realización de estudios e investigaciones que faciliten la toma de decisiones sobre la población de personas mayores identificando brechas de implementación de los derechos humanos.

d) Impulsar el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de forma oportuna así como del acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para los adultos mayores.

e) La creación de marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los adultos mayores en cuanto a la utilización de los servicios de larga estadía o si deciden continuar residiendo en sus hogares, facilitando tanto la formulación como el cumplimiento de las leyes y programas

de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra los adultos mayores.

Más recientemente, los consensos de Quito (2007) y Brasilia (2010) suscriptos en el marco de las X y XI Conferencias Regionales sobre la Mujer, apuntan de manera muy clara hacia la necesaria redistribución de una porción de los cuidados provistos por las familias hacia la esfera pública, y hacia un rol más preponderante del estado en su provisión.

Todos estos acontecimientos y acciones han marcado la pauta a favor de la promoción y adopción de políticas públicas que favorecen los derechos de los adultos mayores a nivel global y han significado la jerarquización de la problemática asociada al envejecimiento como un eje relevante en la agenda de los diferentes gobiernos (Fassio, 2009b).

3.2 El modelo Argentino: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (PNCD)

La Argentina ha sido uno de los países pioneros en el desarrollo de políticas y programas a favor de los adultos mayores, lo cual le ha valido para liderar en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) los planteamientos sobre temáticas referidas a los adultos mayores.

El gobierno nacional argentino especialmente en la última década ha venido dando prioridad a las políticas dirigidas a las personas mayores. En primera instancia, se tomaron medidas para garantizar su seguridad económica, aumentando tanto los montos como la cobertura del sistema previsional que experimento profundos cambios después de la crisis económica y social que vivió el país en el 2001, convirtiéndose en uno de los sistemas previsionales más igualitarios y de mayor cobertura de América Latina.

Pero no solo en el área de la seguridad económica se ha trabajado, el compromiso con las personas mayores también abarca áreas como el de la salud, desarrollo social, educación y cultura. La dependencia nacional que lidera y coordina las diferentes políticas

y programas es la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), que orgánicamente depende de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia dentro del MDS, la cual para mediados del año 2013 coordinaba 10 programas en favor de este grupo poblacional, los cuales se reseñan a continuación:

1. Curso para responsables y equipos técnicos de residencias y centros de día para adultos mayores cuyo objetivo es capacitar a los responsables y/o equipos técnicos de residencias o centros de día en técnicas de gerenciamiento gerontológico.

2. Voluntariado social de adultos mayores que tiene como objetivo promover el desarrollo de acciones comunitarias voluntarias en la población adulta mayor teniendo como destinatarios a los adultos mayores, jóvenes y personas de mediana edad.

3. Programa de promoción del buen trato hacia los adultos mayores que promueve el buen trato hacia los mismos, con la finalidad de lograr su bienestar desde una perspectiva de derechos. Entre los destinatarios del programa están los técnicos de municipios y representantes de organizaciones de mayores, los adultos mayores y personas en general de la comunidad.

4. Proyecto “La Experiencia Cuenta”. Tiene como propósito facilitar la transmisión de oficios y saberes tradicionales desde los adultos mayores hacia las personas jóvenes y de mediana edad promoviendo el intercambio entre personas de distintas generaciones. Los destinatarios son los adultos mayores que puedan capacitar a jóvenes y personas de mediana edad.

5. Programa de fortalecimiento institucional. Busca fortalecer la capacidad técnica y de gestión de las organizaciones que trabajan con la problemática de adultos mayores, así como a fortalecer su participación social. Los destinatarios del programa son las organizaciones de mayores, adultos mayores y técnicos y responsables de organizaciones de mayores.

6. Consejo Federal de Adultos Mayores. Es un espacio de participación y trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la problemática de la tercera edad, con

participación mayoritaria de las organizaciones de adultos mayores pertenecientes a todas las provincias y regiones del país que se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (RENOAM). Su objetivo es promocionar el diseño de las políticas sociales específicas y las líneas prioritarias de acción para el sector de personas mayores y participar en la identificación de las necesidades específicas de la tercera edad, respetando sus particularidades.

7. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Es una carrera de Posgrado que se desarrolla en conjunto con la Universidad Nacional de Mar del Plata que propende generar un aporte comprometido con la realidad nacional, que esté orientado al fortalecimiento comunitario e institucional de los equipos gerontológicos, siendo un espacio innovador y transformador en la sociedad. La especialización es de carácter público, gratuito y federal y está dirigido a profesionales de todo el país, priorizando a los del interior.

8. Trabajo en el área de educación y cultura. Incluye 3 componentes: Proyectos educativos, actividades socioculturales y proyectos comunicacionales. Los objetivos son reafirmar el papel significativo de los adultos mayores en la vida activa de su sociedad, aumentar los niveles de autonomía personal y de pertenencia social, mediante el desarrollo de nuevos papeles y funciones sociales como los que se derivan de la participación social, cultural o educativa y generar o incrementar las redes sociales, mediante el diálogo y el sentido crítico en la participación comunitaria.

9. Programa de promoción de la autonomía personal y accesibilidad universal para adultos mayores. Tiene 2 componentes: Sensibilización y capacitación y promoción del uso de ayudas técnicas. El objetivo general es promover la independencia y la autonomía de las personas mayores a través de la accesibilidad, la adecuación del hábitat y el uso de ayudas técnicas que posibiliten una mejor calidad de vida a éstos. Entre los destinatarios del programa están los técnicos de municipios y representantes de organizaciones de mayores, los adultos mayores y personas de la comunidad.

10. Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (PNCD). Tiene como objetivo lograr que las personas mayores envejecan en sus hogares el mayor tiempo posible y conveniente.

Específicamente el PNCD ha sido reconocido como un diseño único en Latinoamérica para la atención de la población mayor y ha servido como modelo e inspiración para que otros países de la región emprendan acciones tendientes a la preservación de la calidad de vida en la vejez.

3.2.1 Contextualización demográfica

La Argentina es uno de los países de la región que presenta un mayor grado de envejecimiento poblacional. El incremento continuo de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, lo ubican como un país con un envejecimiento moderadamente avanzado (CEPAL-CELADE, 2007). Según datos del censo de 2010, el 14,3% de la población eran adultos mayores de 60 años, frente al 8,8%, 11,9%, 12,9% y 13,4% que representaban en 1960, 1980, 1991 y 2001 respectivamente de acuerdo a los censos nacionales de esos años (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009:32). De acuerdo a diferentes proyecciones demográficas, este porcentaje de población seguirá aumentando progresivamente llegando en el año 2050 a representar alrededor del 25% de la población total (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009; Fassio & Martínez, 2008).

Conforme al Censo 2010, habitaban en Argentina 5.725.838 personas de 60 y más años, pero si se consideraba a la población denominada “vieja vieja” (personas de 80 años y más), la misma superaba las 994 mil personas. Esto es, un 17,4% de la población de 60 y más años. Una de las cuestiones importantes que vale la pena destacar es que el peso de este segmento de la población mayor “vieja vieja” crece aún más velozmente que el resto de segmentos de la población (Fassio & Martínez, 2008).

Otra característica a resaltar dentro de los datos del Censo de 2010, es que tomando como grupo etario a las personas de 65 años y más, había 859.403 personas que habitaban

en hogares unipersonales, es decir, el 21,6% o lo que es lo mismo uno de cada cinco adultos mayores. En el 2000 la Argentina presentaba el porcentaje más elevado de este tipo de hogares entre los países de la región (Huenchuan, 2008). La tendencia es que el porcentaje de personas mayores que vive en hogares unipersonales se incrementa con el aumento de la edad (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009) lo cual los hace un grupo socialmente vulnerable (Gracia Fuster, 1997). Esto sin mencionar los agravantes de vivir en condiciones de pobreza, aislamiento social, abandono y desprotección que en muchos casos conllevan a estados de depresión aguda que culminan con la muerte solitaria del adulto mayor en su propio hogar (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009).

3.2.2 La dependencia y la discapacidad en los adultos mayores en el país

Como se mencionó, la esperanza de vida saludable disminuye con la edad y ante éste marcado aumento del envejecimiento poblacional en el país, es a penas lógico pensar que se haya incrementado los casos de dependencia y por lo tanto, de necesidades de cuidados, así lo demuestra La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (INDEC, 2012), donde se valoró la capacidad funcional de los individuos para desarrollar actividades de la vida diaria, que se divide en básica e instrumental.

La funcionalidad básica hace referencia a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios dentro de su casa, de realizar actividades de la vida cotidiana como alimentarse, bañarse o vestirse; por su parte, la instrumental implica la realización de actividades de mayor complejidad como el uso del dinero, efectuar compras, cocinar o administrar sus medicamentos, actividades necesarias para tener una vida independiente (Sánchez, 2000).

En el 2012 en la Argentina el Alrededor del 10% de los adultos mayores presentaban dependencia básica. En el grupo de adultos mayores de 60 a 74 años este tipo de dependencia era del 5%, mientras que en el grupo de 75 años y más se cuadruplica ascendiendo a 21%, existiendo una clara feminización de la dependencia básica, dado que en todos los grupos de edad las mujeres dependientes duplican a los varones.

En lo que hace referencia a la dependencia instrumental, el 22% de los adultos mayores presentaba al menos una de estas limitaciones: el 13% necesita ayuda para hacer las compras, el 12% para hacer las tareas del hogar y el 11% para viajar en transporte público, taxi, remis o auto particular. El 14% de los encuestados con edades entre los 60 y los 74 años presentaba dependencia instrumental, se triplica en los adultos mayores de 75 años y más, alcanzando el 41% de los adultos de este rango.

De igual manera que en la dependencia básica, la dependencia instrumental también crece con la edad y las mujeres tienen una mayor presencia relativa en este tipo de dependencia, donde se presentaba en el 50% de las mujeres contra un 28% de los varones.

La encuesta en mención también reveló, que un 46,9% de las personas de 75 años y más considera que su salud es regular o mala, mientras que un 38,1% de los que tienen entre 60 y 74 años percibe negativamente su salud. Así mismo se encontró que un 47% percibe que su memoria es buena, y un 27% que es muy buena o excelente. El 23,9%, en cambio, declara que su memoria es regular, mientras que apenas un 1,9 % la considera mala.

Por su parte, con referencia a la cobertura sanitaria, si bien en Argentina toda la población cuenta con cobertura pública gratuita en salud, el acceso a obras sociales supone un servicio privado de mejor calidad para las personas mayores. En este sentido, el Censo 2010 arrojó que del total de personas de 60 años y más, casi el 10% no tiene cobertura a través de obras sociales, prepagas o incluso planes estatales. Esto es, 551.742 adultos mayores que deben recurrir al sistema público de salud para poder atenderse, con todo lo que eso implica en términos de la sobre demanda que dicho sistema presenta.

3.3 Caracterización del programa

El PNCD se creó en el año 1996, bajo la órbita de la ex Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Su implementación fue continua hasta el año 2000, momento en el cual se vio interrumpida, para luego relanzarse en el año 2002, a través de la Resolución N°

1120/02 del Ministerio de Desarrollo Social (MDS), y dentro de éste desde el 2003 es implementado por la DINAPAM.

A partir del 2003 el programa pasó a constituirse en una política de Estado, lo cual implica su permanencia en el tiempo, independientemente de los cambios de gobierno y por ende, el compromiso del Estado para brindar las herramientas necesarias que garanticen el derecho de los adultos mayores a la atención apropiada en el domicilio⁴.

Entre sus objetivos generales se encuentra:

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

3.3.1 Primer componente: la formación de cuidadores domiciliarios

En sus inicios, el programa contemplaba que el primer componente consistía en la implementación de un curso, destinado a aquellas personas entre 25 y 55 años (preferentemente) que fueran titulares de planes sociales. Éstos debían realizar la formación como una forma de contraprestación al plan, lo cual se modificó a partir del 2005 cuando se abrió la posibilidad de que el curso lo realizaran no solo los titulares de los planes sociales, sino también las personas desocupadas que no los poseían. Además, se previó un cupo para aquellos que, sin ser titulares de planes ni estar desocupados, estuvieran interesados en hacerlo, estas modificaciones lograron darle al programa un enfoque social con mayor capacidad de inclusión, concibiéndolo como una estrategia que permitiera la salida laboral de personas con bajos niveles de capacitación y empleabilidad.

⁴ Es de señalar que justo a partir del año 2003 en la Argentina ha permanecido en el poder el mismo gobierno, por lo que no se podría concluir que efectivamente se respeta como política de estado una vez se produzca un cambio de administración.

El objetivo de este primer componente es formar personal idóneo para brindar servicios de cuidados en el domicilio. De esta manera, el programa avanza en el cumplimiento del objetivo de formación de recurso humano especializado en gerontología y geriatría, en este caso en términos de cuidados, previsto en una de las recomendaciones de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional (CEPAL, 2003).

De acuerdo al último informe de la DINAPAM presentado en el marco del Simposio Internacional sobre Cuidados Domiciliarios para Personas Mayores con Dependencia en el Cono Sur de América Latina, a finales de junio de 2012, desde sus inicios hasta mediados del 2011, a través del programa se habían formado en el país 25.000 cuidadores domiciliarios mediante cursos que comprenden en la actualidad 400 horas dictadas en períodos de cuatro meses (inicialmente la formación se implementaba en períodos de ocho meses que comprendían capacitación en aula de clase y prácticas en terreno).

Dentro del PNCD se llevan a cabo cursos de nivelación y de profundización de contenidos, implementándose capacitaciones específicas de acuerdo a los temas sugeridos por los coordinadores de las unidades ejecutoras y los mismos cuidadores sobre temáticas requeridas para una mejor prestación de los servicios tales como cuidados paliativos, Alzheimer, propios de los problemas que enfrenta la población atendida.

3.3.2 Segundo componente: El sistema de prestación

El segundo componente se concreta en la prestación de cuidados a las personas mayores, las personas con discapacidad y los enfermos crónicos o terminales que se encuentren en situación de vulnerabilidad social y que, por diversos motivos, requieran ayuda para el desarrollo de actividades de la vida diaria. Cada cuidador debe prestar servicios en el domicilio de hasta tres personas durante un máximo de seis meses. También es común que las prestaciones se realicen en geriátricos y hospitales públicos de la zona en donde se ubica la unidad efectora. Como contrapartida a la prestación, los alumnos cobran una beca que consiste en el desembolso de un incentivo económico que les sirva para

afrontar sus gastos personales mientras terminan el proceso de formación y puedan salir a ofrecer sus servicios en el mercado de cuidados. El valor de dicha beca hasta el 2012 estaba en \$700 pesos mensuales, para el 2013 se incrementó a \$1.500 mensuales.

El seguimiento de la implementación del segundo componente se realiza mediante un informe preliminar de monitoreo y otro final, así como también “a través del seguimiento y supervisión en terreno por parte del equipo técnico nacional” (CEPAL-CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009:41). A su vez, durante la ejecución de este segundo componente, se continúa con la actualización de los cuidadores previamente formados, a partir de reuniones semanales con la coordinación del programa y con distintos profesionales contratados para dar acompañamiento y soporte a la práctica laboral. En estos encuentros, los cuidadores referencian y buscan apoyo a las dificultades en el desempeño de sus funciones.

Tanto el primer como el segundo componente del PNCD se ejecutan de manera descentralizada, a través del establecimiento de convenios con las provincias, los municipios, las universidades, las ONG y las cooperativas de trabajo, entre otras organizaciones.

3.3.3 Historia y evolución del PNCD

A partir de su relanzamiento en el 2003 el programa ha experimentado una serie de transformaciones. Desde el 2004 se le dio prioridad dentro del programa a la estimulación para la conformación de cooperativas de cuidadores, así dentro del dictado del curso se incluyó la formación en cooperativismo y asociativismo y se brindaron conocimientos acerca de la creación, funcionamiento y gestión de cooperativas de trabajo asociado. En este sentido a 2008 se habían conformado 14 cooperativas de cuidadores a nivel nacional, aunque se tenía información que otras se encontraban en etapa de conformación y tramitación (CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA, 2009:43:57).

En el 2005 se avanzó en la articulación con otras políticas sociales creándose la posibilidad de que los cuidadores formados accedieran al denominado monotributo social⁵, que exige un monto muy bajo de aportes por parte del cuidador, ya que el dinero restante lo aporta el MDS. De esta forma, los cuidadores pueden acceder al mercado formal de trabajo y a una obra social (de libre elección) tanto para ellos como para sus familiares a cargo, y con idénticas prestaciones que las que reciben los demás monotributistas, al mismo tiempo que se computan años de actividad para su posterior jubilación.

Hacia el 2006 el MDS, a través de la Secretaría de la Niñez Adolescencia y Familia y la DINAPAM, firmó el convenio MDS N° 8031/06 con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI) donde este último se comprometía a ingresar a los cuidadores domiciliarios al Registro de Prestadores del Instituto a fin de utilizar sus servicios en pro de mejorar la atención de sus afiliados. Cabe destacar que la mayoría de los cuidadores que cumplen funciones de asistencia a los beneficiarios de la obra social son informales y no disponen de capacitación específica. A través de este convenio, el PAMI prioriza la contratación de los cuidadores formados, generando su rápida inserción en el mercado laboral, y el PNCD incluye a los cuidadores no capacitados en los cursos de formación. PAMI al margen del convenio, ofrecía un subsidio (aproximadamente una tercera parte del costo promedio mensual de un cuidador) a los afiliados que así lo precisaran, para la prestación de este servicio de cuidado domiciliario a través de transferencias de recursos monetarios. Por su parte el MDS se comprometía a financiar aquellos costos relacionados con el otorgamiento del Monotributo Social como herramienta tributaria para los cuidadores domiciliarios formados, y a capacitar a los cuidadores domiciliarios que brindarán el curso a través de destinar los recursos humanos necesarios para la formación de formadores.

Una de las necesidades planteadas desde el PNCD fue la de visibilizar la actividad del cuidador domiciliario en sus aspectos normativos y formales, con la pretensión de crear

⁵ El Monotributo Social creado mediante la Ley 25.865 es un régimen tributario optativo que promueve la incorporación a la economía formal de aquellas personas en situación de vulnerabilidad social que han permanecido históricamente excluidas. Los inscriptos como monotributistas son reconocidos como contribuyentes y pueden emitir factura, acceder a una obra social, ingresar al sistema previsional con opción en el futuro de jubilarse y ser proveedor del Estado por compra directa.

la categoría laboral de cuidador domiciliario, que la diferencie del trabajo de servicio doméstico, con la que comúnmente se asocia y que tiene su propia ley. Con esta finalidad el gobierno nacional impulsó un proyecto de ley, que ya se había presentado en varias oportunidades desde el año 2009, pero que ha perdido estado parlamentario en la actualidad. Por otro lado en el 2011, mediante Resolución CFE (Consejo Federal de Educación) se logró el reconocimiento como oficio del título de cuidadores domiciliarios, bajo la denominación de Auxiliar en Cuidados Gerontológicos.

A fines del 2011 e inicios de 2012, se firmó un segundo y tercer convenio de cooperación entre el MDS, el Instituto de Obra Médico Asistencial Bonaerense (IOMA) y el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) con el objetivo principal de formalizar acciones de colaboración y cooperación entre los dos organismos, a efectos de formar y capacitar al recurso humano que desempeñe tareas concernientes a la atención domiciliaria de adultos mayores. De esta forma las obras sociales se comprometen a financiar y coordinar los cursos de capacitación de los cuidadores domiciliarios e incorporar a los cuidadores ya formados en la cartilla de prestadores, estableciendo algún tipo de relación contractual con ellos, ofreciendo este servicio para sus afiliados.

CAPÍTULO 4

Caso 1: Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea

4.1 Introducción

El primer caso de estudio es La Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea, que para efectos prácticos llamaremos en adelante Casa de Galilea. Esta organización es un centro de desarrollo humano y familiar que trabaja por la población de la Villa La Cava, localizada en el partido de Beccar, municipio de San Isidro, en la zona norte del Gran Buenos Aires. Amigos de Casa de Galilea facilita la promoción y el progreso de las personas generando espacios y acciones que incentiven procesos de cambio y superación de la realidad que viven los niños, jóvenes y adultos que habitan en la villa, buscando mejorar su calidad de vida. Uno de estos frentes de acción es el taller de formación para cuidado de personas mayores, es decir, el PNCD, donde se ofrece a través de la capacitación una salida laboral a residentes de la villa, a la vez que se cubre una demanda de cuidados en la zona.

La implementación del PNCD se viene realizando desde el año 2010. Casa de Galilea ha graduado dos promociones en las que se capacitaron 35 cuidadores domiciliarios. En este tiempo se han otorgado 24 becas de prestación de servicios de cuidado dentro del desarrollo del segundo componente del programa. Una de las particularidades del PNCD en esta organización es que a pesar de que el nivel de convocatoria es alto (las inscripciones de personas interesadas en la capacitación fueron alrededor 270 en total, entre las que se preseleccionaron aproximadamente 90 personas) existe un elevado grado de deserción (alrededor del 61%). Al indagar sobre esta situación se encontró que uno de los factores que influyó fue la existencia de un prolongado tiempo de espera para la ejecución del segundo componente del programa durante el primer convenio, lo que desmotivó a un gran número de inscriptos que decidieron no finalizar. Otras de las causas mencionadas fueron el emplearse como cuidador antes de alcanzar el título, tener que ocuparse de los hijos y del hogar y de eventualidades como la enfermedad.

4.2 Características de la organización

4.2.1 Historia

Amigos de Casa de Galilea es una organización de la sociedad civil establecida en el sector hace más de 15 años, cuenta con personería jurídica a partir del año 2005 y se encuentra conformada por voluntarios vecinos del municipio de San Isidro. Su misión es incentivar la igualdad de oportunidades y derechos en la sociedad, promoviendo la integración solidaria de la sociedad civil y el fortalecimiento familiar, así como las posibilidades de participación e inclusión que favorezcan la igualdad y equidad social.

Casa de Galilea cuenta con un órgano directivo denominado Comisión Directiva conformado por ocho miembros, una Coordinadora General encargada de la administración de la asociación, por cada programa hay un equipo responsable, entre los que se encuentra un coordinador, talleristas e instructores, finalmente están los responsables del funcionamiento logístico de la organización.

No existe un nivel de formalización operativa, es decir, un manual de funciones ni de procedimientos, tampoco se cuenta con una visión ni objetivos formalizados, aunque cuando se indagó a las autoridades de la casa se encontró que la organización tiene la visión de ser líder promotor dentro de su comunidad, del desarrollo y superación de su población, contribuyendo en su educación y brindando acompañamiento que conduzca a la generación de oportunidades a niños, jóvenes y adultos.

4.2.2 Integrantes

La organización cuenta con miembros fundadores y vecinos de San Isidro que colaboran en el desarrollo de las diferentes líneas de acción, en total el equipo de trabajo a octubre de 2013 era de aproximadamente 26 personas entre quienes se encontraban docentes, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, talleristas, fonoaudiólogos, trabajadoras sociales, operadoras barriales y administrativas.

Adicionalmente la organización cuenta con el apoyo de alrededor de 25 voluntarias de distintas especialidades, que colaboran con la actividad social de la Casa.

4.2.3 Líneas de trabajo

El campo de acción de Casa de Galilea es netamente barrial, enfocado en las problemáticas de la comunidad de Villa La Cava. Las principales líneas de acción son el desarrollo humano integral, la promoción y apoyo escolar que mitiguen el riesgo de situación de calle de niños y jóvenes, la formación de valores, la atención psicológica y apoyo familiar, aunque constantemente se encuentra dispuesta a trabajar de manera conjunta con el estado y otros operadores sociales barriales en pro de la comunidad de la villa.

En el desarrollo de su misión, la asociación desarrolla diversos proyectos que atienden a diferentes grupos de población, entre los que se encuentran:

a) Centro de Estimulación Temprana (CET): Se enfoca en la estimulación emocional, afectiva e intelectual de niños menores de tres años por parte de la madre favoreciendo el desarrollo de capacidades y previniendo problemas de aprendizaje e integración a futuro.

El CET trabaja en dos líneas de acción:

La primera consiste en la atención personalizada de la madre en embarazo, etapa desde donde se empieza a promover el vínculo con su hijo, se estimula el desarrollo de las capacidades del niño y se incorporan dentro de la familia herramientas de estimulación temprana.

La segunda línea de acción se materializa en la realización de talleres de formación en canto, cuento y desarrollo evolutivo para las madres, a través de los cuales se promueve el reencuentro con ellas mismas, con sus historias, para posteriormente re vincularse con sus hijos desde un nuevo lugar; el de mujer, madre, esposa e integrante de una comunidad, desarrollando una mirada esperanzadora de vida que les permita proyectar un futuro distinto.

b) Centro de Atención y Desarrollo (CAD): Brinda un espacio de educación alternativa en contra turno con la escuela, a niños en riesgo de deserción escolar y en situación de calle, promoviendo la educación de valores a través del arte con el propósito de disminuir los niveles de violencia e incentivar la creatividad. Se ofrece apoyo escolar, natación, murga, expresión corporal, plástica y computación y se realizan actividades que integran a los padres o adultos referentes de los niños, con el fin de facilitar el fortalecimiento de los vínculos familiares. Se realiza el seguimiento de los niños a través de operadores barriales y se trabaja en red con las escuelas del barrio y los centros de salud.

c) Centro de Atención y Orientación Psicológica: Este Programa se desarrolla a partir de un convenio con el Centro Oro, ofrece una escucha cercana y objetiva por parte de profesionales que prestan atención psicológica a la comunidad del barrio de la Villa La Cava. La orientación busca proporcionar elementos que permitan resolver las cuestiones vitales que obstaculizan el desarrollo personal, vincular y familiar.

d) Taller de Computación: Facilita el acceso a tecnologías como herramienta de inclusión. Capacita en el manejo y reparación de computadoras que una vez reparadas son repartidas entre los participantes del taller.

e) El Candil: Estimulación de las capacidades artísticas de niños y adolescentes a través de grupo de danzas folklóricas que favorece valores como el trabajo en equipo y el fortalecimiento de la autoestima, disminuyendo el riesgo de las situaciones de calle mientras se recupera y fomenta la identidad cultural de cada región del país.

f) Abuelas: Programa que contempla encuentros semanales donde además de generarse un espacio de escucha, se comparte actividades como manualidades, talleres y salidas recreativas.

g) Proyecto Padrinos: Este programa genera vínculos y lazos de compromiso a través de la red de solidaridad de la empresa Sanofi- Pasteur, donde cada empleado de la empresa apadrina a niños entre seis y 16 años, apoyándolos e involucrándose en sus realidades personales y familiares.

h) Juguemos de Locales: Proyecto que fortalece los vínculos de compromiso y solidaridad de los vecinos de San Isidro con sus vecinos más próximos de la Villa La Cava por medio de una alianza solidaria con el San Isidro Club donde se concientiza, difunde, comparte y fomenta la integración social.

i) Instituto Abierto para el Desarrollo y Estudio de Políticas Públicas (IADEPP): El instituto presta asesoría a la comunidad de Villa La Cava en el ejercicio de sus derechos a través de la orientación y trámite de gestiones vinculadas al estado referentes especialmente con pensiones, certificados de discapacidad, inscripciones, judiciales, documentación de extranjeros.

j) Taller de Formación para Cuidado de Personas Mayores: En convenio con la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia Amigos de Casa de Galilea lleva a cabo el PNCD que busca mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, de las personas con discapacidad y de aquellas que presenten patologías crónicas o terminales brindándoles atención domiciliaria, como así capacitar a miembros de la comunidad para desarrollar tareas inherentes a la función del cuidador domiciliario, lo que constituye una oportunidad laboral para las personas sin empleo estable o en situación de vulnerabilidad social, ya que existe una fuerte demanda de este rol dentro de la comunidad de San Isidro y no se cuenta con personal formado para atenderla de manera adecuada .

La formación se imparte en Casa de Galilea y las prácticas se realizan en el Hospital Central de San Isidro, el Hogar Marín de las Hermanitas de los Pobres de San Isidro y en la Casa de las Hermanas de la Caridad de Calcuta que se encuentra dentro de la Cava. El taller contempla un segundo módulo que consiste en una pasantía rentada para los egresados con mejores promedios que permite obtener título habilitante para desarrollar la labor de cuidador.

k) Atención Socio-Comunitaria: Actividad diaria y continua de la organización que consiste en la escucha, atención, orientación y remisión de distintas problemáticas que aquejan a la comunidad y vecinos de la Cava en general, con el objeto de consolidar lazos de confianza y apoyo entre la Casa y el barrio; así mismo, la permanente comunicación con

la comunidad permite a Casa de Galilea actuar como puente entre problemas particulares de las familias y los mecanismos del municipio para darles solución.

l) Unión y Amistad San Isidro La Cava (UASI): Se trata de un proyecto dirigido por jóvenes del barrio donde a partir del deporte se promociona e incentiva la permanencia en el sistema educativo, la formación de valores, la promoción y prevención en salud. La población objetivo de este programa son niños y jóvenes entre los ocho y 25 años a los cuales se les capacita en temas de liderazgo y construcción comunitaria transmitiendo la enseñanza que cada uno es el protagonista de su vida.

m) Proyecto Envi3n: Proyecto de la Municipalidad de San Isidro donde Casa de Galilea participa en el dise1o de la estructura de la sede del trabajo realizado con j3venes entre 16 y 21 a1os en situaci3n de riesgo de deserci3n escolar y posterior formaci3n en oficios con salida laboral.

4.2.4 Redes

Con referencia a las redes inter organizacionales, Casa de Galilea trabaja estrechamente con otras ONG e instituciones enfocadas en la asistencia social de la villa entre las que se encuentran la Parroquia Nuestra Se1ora de La Cava, el Colegio Santo Domingo Savio y los colegios cercanos, el Centro de Salud y Psicopatologías y la Direcci3n de la Mujer de la Municipalidad de San Isidro, Caritas Diocesana, la Universidad de San Mart3n, el Museo Social Argentino, el Grupo Educativo Mar3n, la Universidad de Vanderbilt (Nashville – EE.UU) y la Universidad de Miami (Miami – EE.UU). Por 3ltimo, la asociaci3n trabaja de manera cercana con la Municipalidad de San Isidro, actuando como puente de comunicaci3n y acci3n del gobierno local con la comunidad de la Villa.

De igual manera, Casa de Galilea forma parte de la Red Interamericana de Investigaci3n y Promoci3n del Bienestar Comunitario que lidera la Universidad de Miami y junto con otras 12 instituciones como la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, la Facultad de Psicolog3a de la Universidad de Buenos Aires, la Fundaci3n Abril, la Sociedad

Paraguaya de Psicología, la Fundación Moira, entre otras organizaciones, trabaja en el fomento del bienestar social de las comunidades circundantes.

4.2.5 Financiamiento

Su forma de financiamiento es a través de aportes mensuales voluntarios de vecinos de San Isidro que constituyen alrededor del 30% de los ingresos promedio de la asociación, la municipalidad realiza una contribución mensual de fondos desde el año 2005 para el sostenimiento del Centro de Estimulación Temprana (CET) que representa aproximadamente el 17% de los ingresos, asimismo numerosas empresas se han sumado a apoyar la actividad social de Casa de Galilea patrocinando eventos a beneficio de la organización tales como eventos musicales, la cena anual y un torneo de Golf en los que participan activamente los vecinos de San Isidro, siendo ésta la mayor fuente de financiación, que representa cerca del 40% de los recursos con que se sostiene la asociación. Adicionalmente las empresas patrocinadoras llevan a cabo aportes de tipo económico, que representa el 11% del total de ingresos y organizaciones de la Iglesia Católica como Caritas realizan una contribución que representa el 2%.

En lo que refiere a los aportes mensuales voluntarios existen varias modalidades, entre ellas se encuentra el proyecto padrinos donde con una cuota de \$100 se cubre la mitad de los costos de educación de un niño de 6 a 16 años del CAD, y con un aporte de \$200 se cubre la totalidad de los costos; de igual manera opera para el CET, donde con \$100 se cubre la mitad de los costos de estimulación temprana de una mamá y su bebe de 0 a 3 años y con una cuota de \$ 200 se cubre el total de los costos de estimulación temprana.

4.3 Características de los cuidadores capacitados por la organización

A continuación se realiza un perfil de la población capacitada por la organización dentro del PNCD. Los cuidadores formados en Casa de Galilea se caracterizan por ser población especialmente joven que se encuentra en un rango de edad de 20 a 50 años, siendo 33 años el promedio. Con referencia al nivel de educación el 56% de los cuidadores

egresados contaban con secundaria completa y aunque se han formado algunos hombres, el 89% de los egresados son mujeres, por lo que se hará referencia a cuidadoras.

El sector socioeconómico al que pertenecen es medio bajo, el 80% pertenecen a clase media baja y el 20% a clase baja, lo que se corresponde con la realidad socioeconómica del barrio, no obstante, llama la atención que ninguno de los cuidadores de la organización son beneficiarios de planes sociales salvo la asignación universal por hijo en los casos que aplica. El 20% son jefas de hogar, el 60% ocupan la posición de hija y el 20% restante son esposas o compañeras. Estas posiciones dentro del hogar concuerdan con que sólo el 25% de las cuidadoras se constituyen en el principal receptor de ingresos en el hogar, por lo tanto la capacitación ofrecida en Casa de Galilea en general, es tomada como una forma de generar ingresos complementarios al interior de la familia, que en promedio se compone de cinco integrantes. La vivienda que habitan en un 80% de los casos es propia y en un 20% es familiar, es decir, pertenece comúnmente a los padres o abuelos o algún miembro de la familia.

En general, las cuidadoras de Casa de Galilea no contaban con formación gerontológica formal certificada antes del programa, a excepción de una persona, pero sí con experiencia previa en el área gerontológica cuidando adultos mayores en domicilio (de la persona mayor).

De otro lado, la referente del PNCD de esta organización aunque no cuenta con estadísticas de ello, considera que las egresadas del programa logran insertarse de manera inmediata al mercado laboral como cuidadores, dado que como se mencionó, en algunos casos no alcanzan ni a finalizar el curso cuando ya tienen ofertas de trabajo solo con el hecho de mencionar que se encuentran realizando la capacitación.

Finalmente al indagar sobre el número de cuidadores que se inscribieron como monotributistas se encontró que aunque inicialmente dentro del desarrollo del PNCD se registraron como tal, casi ninguna lo mantiene.

4.4 Características de las prestaciones a los adultos mayores y del mercado de trabajo de cuidados domiciliarios

La prestación de los servicios de cuidado domiciliario se anuncia de persona a persona, aunque en alguna ocasión se ofrecieron los servicios a través de carteles institucionales. La forma en que comúnmente contactan a las cuidadoras es a través de Casa de Galilea, ya que al ser ejecutor del PNCD se ha convertido en un lugar de referencia de cuidados domiciliarios dentro de la municipalidad de San Isidro. La organización recibe inicialmente las solicitudes para posteriormente remitirlas a una cuidadora líder egresada del primer convenio, encargada de distribuir la demanda de servicios entre los cuidadores que previamente han informado su disponibilidad de tiempo. A partir de allí, son los cuidadores interesados los que se colocan en contacto con los posibles prestatarios del servicio, vía telefónica o por correo electrónico, iniciando un proceso de diálogo y acercamiento donde se resuelven dudas, se realizan negociaciones y se llegan a acuerdos en el mejor de los casos, de lo contrario, se vuelve a la instancia de la cuidadora líder que administra la información de oferta de cuidados.

Algunos de los factores que las cuidadoras tienen en cuenta para definir la prestación de los servicios es el ingreso a percibir que es directamente proporcional al número de horas diarias o semanales que se requiere el servicio, la disponibilidad de tiempo y la cercanía o no al domicilio.

Las cuidadoras de Casa de Galilea atienden en casi todos los sectores económicos, siendo los más frecuentes el medio bajo y medio típico, el valor que les pagan oscila entre \$20 y \$25 pesos argentinos por hora de cuidado, en promedio laboran durante 8.8 horas al día, cuidando a 1.2 personas por día. No obstante, a pesar de estos promedios se observó cierto grado de dispersión de ingresos puesto que hay cuidadoras que ganan hasta \$50 pesos por hora y que se emplean por turnos de 12 horas en el día o en la noche.

Los servicios que prestan dentro de sus horas de trabajo corresponden a las labores propias de su rol como cuidadores, tales como organización e higiene del adulto mayor y su hábitat, preparación de alimentos, compras, ayuda en el desplazamiento y realización de trámites personales, atención, escucha y compañía, entre otros.

En esta organización se observa de manera particular que los cuidadores capacitados prestan sus servicios a personas de diferentes sectores, es decir, tanto a personas residentes de la municipalidad de San Isidro y zonas aledañas del partido de Beccar, como a usuarios en Ciudad de Buenos Aires. De acuerdo a lo indagado la forma de contratación de las cuidadoras es por horas, lo cual se relaciona con que no existe relación de dependencia laboral entre quien contrata y el prestador del servicio, sólo la contratación de una labor por un tiempo determinado que generalmente se paga por horas, a excepción de los cuidadores que logran emplearse en instituciones formales como un geriátrico o un hospital.

En consecuencia a lo anterior, aunque el PNCD promociona e incentiva a la inscripción como monotributistas, trámite realizado al finalizar el programa, ninguno de los entrevistados dijo cotizar como monotributistas aludiendo falta de recursos para pagar el monotributo, lo que indica que las cuidadoras de Casa de Galilea aunque son ocupados, ostentan condiciones laborales precarias, trabajando sin prestaciones sociales y bajo las condiciones que cada uno de ellos es capaz de negociar con sus prestatarios. Solo aquellos que logran insertarse laboralmente con una institución municipal o alguna otra organización formal como el PAMI tienen acceso a las prestaciones sociales.

Por otro lado, las principales causas de terminación de servicios comúnmente suelen ser falta de recursos económicos para costear el servicio y por recuperación o fallecimiento del adulto mayor.

El tiempo de continuidad en el trabajo así como el tiempo que se permanece cesante es relativo a circunstancias particulares, no encontrándose una tendencia ni siendo posible un promedio indicativo sobre este aspecto.

La principal fortaleza del mercado de cuidados domiciliarios referida por Casa de Galilea es la creciente demanda que tiene el servicio:

Suponete que dentro de las necesidades de un viejo enfermo dependiente se encuentra ya no solo la atención especializada que tenés de médicos y enfermeras, sino que es necesario los cuidados, la ayuda de una persona que lo asista en las actividades diarias, de la vida diaria,

donde factores como la dinámica familiar hoy en día cuentan, donde los adultos como los jóvenes no cuentan con el tiempo ni con la disposición para hacerse cargo de los viejos, y como verás, se está dando un progresivo aumento de la población vieja, que demanda y demandará al cuidador para que le preste sus servicios, así que es una necesidad creciente en el país (Referente de la Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea)

Dentro de las amenazas que las cuidadoras refieren del mercado de cuidados se mencionaron la falta de conocimiento sobre la labor del cuidador, ya que al ser una actividad relativamente nueva, se suele confundir con la profesión de enfermera o empleada doméstica, lo que genera falsas expectativas respecto de los servicios contratados. Otra amenaza tiene que ver con la falta de regulación y legislación Argentina que los proteja laboralmente de abusos e inclusive de mal trato por parte de la familia de quienes los contratan.

4.5 Efecto del PNCD en la vida laboral de los cuidadores

Para analizar la forma en que el PNDC influyó en la vida laboral de las cuidadoras formadas se diseñó una encuesta y se realizaron entrevistas que permitieron captar la percepción que tienen los cuidadores sobre la manera en que el programa transformó su situación laboral, familiar y personal. A continuación se describen algunos de los resultados:

Frente a la pregunta, ¿después de la capacitación como cuidador domiciliario sus ingresos laborales: aumentaron, permanecieron iguales o disminuyeron? el 60% de los encuestados respondió que habían aumentado y el 40% restante que habían permanecido iguales:

No, no, mejoraron un 100 por ciento, de hecho ahora tengo un paciente, pero he llegado a tener tres pacientes, lo que no tengo es tiempo para trabajar, así que no, no la verdad es que muy bueno... como salida laboral es muy bueno (Cuidadora egresada de Casa de Galilea).

De igual manera, se consultó ¿después de la capacitación como cuidador domiciliario su perfil laboral mejoró? Encontrando que el 80% considera que la formación recibida

dentro del PNCD le sirvió para mejorar su perfil laboral. El siguiente cuadro permite resumir la percepción de los cuidadores frente a algunos de los efectos del PNCD:

Cuadro 2. Percepción de los efectos del PNCD en la vida laboral de las cuidadoras de Casa de Galilea

Pregunta	Valoración positiva (10 a 7)	Valoración media (6 a 4)	Valoración escasa (3 a 1)	No sabe/No responde
¿Cuánto cree que logró superarse laboralmente al ser beneficiario del PNCD	80%	20%		
¿Cuánto siente que logró realizarse personalmente al ser un cuidador domiciliario?	100%			
¿Cuánto considera que haber sido parte del PNCD impactó positivamente su proyecto de vida?	80%		20%	
¿Cuánto cree que ser cuidador domiciliario lo reposicionó frente a su propia familia?	80%		20%	
¿Cuánto cree aumentó su nivel de autoestima después del PNCD?	100%			

En general, la percepción que las cuidadoras de Casa de Galilea tienen sobre los efectos del PNCD en sus vidas es positiva, claramente se observa que su paso por el programa se tradujo en una oportunidad que las ayudó a mejorar no solo a nivel personal sino laboral, siendo un instrumento superador de la realidad que viven los habitantes de la villa. Se destaca de forma especial que el 100% de los encuestados aumentaron su autoestima y sienten haberse realizado personalmente en la labor como cuidador, lo que indica que para los egresados del programa su formación les permitió ser todo lo que quisieron ser, es decir, encontrar su misión en la vida, lo cual es un logro no menor y un valor agregado del PNCD, ayudar a las personas a que descubran su vocación y sean inspirados para colocarse al servicio de una población que requiere la atención de toda la sociedad.

Asimismo, el 80% de las cuidadoras considera que haber pasado por el PNCD logro dotarlas de elementos que le han permitido ser el autor de su propio destino, refiriéndose a la posibilidad de manejar su fuerza de trabajo administrando su tiempo y siendo su propio jefe. En otro de los casos referidos les sirvió para proyectarse a nuevos retos, como por ejemplo estudiar una profesión a fin con la capacitación recibida como es enfermería y gerontología comunitaria.

No sabés, creía que el estudio no era para mí, no sabía qué estudiar, pero al capacitarme como cuidadora lo vi claramente, supe que quería profesionalizarme como enfermera, encontré que ayudar a quien lo necesitás es, es lo que quiero y puedo hacer, ahora el año que viene empiezo enfermería (Cuidadora egresada de Casa de Galilea).

Respecto de su mirada sobre el cooperativismo, el 100% de las cuidadoras consultadas consideran que es bueno asociarse, pero el 20% de poder hacerlo no le gustaría formar parte de una cooperativa de trabajo de cuidadores porque suponen que es muy difícil auto coordinarse y que no es beneficioso a nivel de ingresos porque tendrían que asumir gastos y por ende se vería disminuido sus ingresos.

4.6 Principales facilitadores y obstáculos en la prestación de servicios

Los facilitadores que mencionaron las cuidadoras de Casa de Galilea son el amor a la profesión de cuidador, ya que como se mencionó antes, las cuidadoras descubren a menudo que su misión en la vida es cuidar y ayudar a la población envejecida. Adicional a esto, es un trabajo en el que se pueden adecuar los horarios de acuerdo a las necesidades y tiempo disponible, lo que difícilmente se puede hacer trabajando como dependiente en una empresa.

Otro de los facilitadores mencionados las capacitaciones son las capacitaciones que reciben por parte de Casa de Galilea como en los espacios ofrecidos por entidades como la DINAPAM como los encuentros nacionales de cuidadores, aunque refieren falta de tiempo para asistir a los diferentes eventos programados, es decir saben de la existencia de oportunidades pero no las aprovechan.

Dentro de los obstáculos que tiene la prestación de servicios se mencionan el descuido y abandono de la familia del adulto mayor que tiene como consecuencia que el cuidador a menudo deba enfrentar situaciones complejas no sólo de salud física y mental sino de salubridad del lugar donde habita. Otra de las dificultades referidas es el mal carácter que tienen a menudo los adultos mayores, derivado comúnmente de sus condiciones de salud y otros factores que contribuyen a que el trato hacia las cuidadoras sea hostil, inclusive se menciona mal trato por parte de la familia del adulto mayor, por lo menos al inicio de la prestación de servicios mientras se familiarizan y surgen los lazos de amistad y empatía.

El mal pago se refirió como otro de los obstáculos en la prestación de servicios. Es de aclarar que aunque existe un buen nivel de demanda para llegar a concretar una prestación de servicios existen múltiples variables que influyen en la negociación, entre ellas que las horas requeridas concuerden con el tiempo disponible del cuidador, la cercanía o lejanía del lugar al que se deba acudir para la prestación del servicio, la empatía que se genere entre el cuidador y el adulto mayor y su familia, el estado y nivel de criticidad que presente el servicio, etc.

Finalmente, uno de los factores que recurrentemente los cuidadores describen como obstáculo en la prestación del servicio es el alto impacto psicológico y emocional que demanda esta labor, estando expuestas a padecer el Síndrome de Burnout (Menezes, 2000) puesto que no resulta sencillo atender a personas enfermas que comúnmente padecen enfermedades complejas e incurables o degenerativas. En este sentido, las cuidadoras relatan cómo los adultos mayores atraviesan comúnmente por realidades tan devastadoras que los terminan afectando emocionalmente sin que tengan instancias a donde puedan acudir para atravesar situaciones tan dolorosas como los duelos después del fallecimiento de un adulto mayor.

4.7 El PNCD como estrategia para la inclusión social

Dentro de su misión, Casa de Galilea tiene como objetivo la promoción y el desarrollo de las personas con el fin de facilitar igualdad de oportunidades que favorezcan

la inclusión social y permita mejorar la calidad de vida de la población de Villa La Cava, y precisamente esas son las razones por las que no dudó en celebrar el convenio para ejecutar el PNCD, porque es una herramienta que posibilita la superación de las personas mejorando sus perfiles de empleabilidad. Así lo tiene claro una de las referentes de la organización:

A Casa de Galilea le pareció una buena oportunidad realizar el convenio con la DINAPAM para desarrollar el Programa de Cuidadores porque significaba una puerta que se le abría a muchas mujeres, digo mujeres porque ellas son las que por excelencia se vinculan con esta clase de capacitaciones, aunque el programa va dirigido a la comunidad en general incluyendo por supuesto hombres, para que se capacitaran y tuvieran la posibilidad de dejar las changas que tenían que eran la única opción de emplearse, y profesionalizarse en una actividad para la cual existe bastante vocación por parte de las mujeres de Villa La Cava (Referente del PNCD de Casa de Galilea).

Cuando se capacita para mejorar la empleabilidad, se está apuntando a uno de los factores claves por los que pasa la exclusión social. El empleo es fundamental para resolver los problemas que surgen a raíz de la pobreza y la desigualdad, los que a su vez se traducen en exclusión social como se describió en el marco teórico.

En este sentido, el PNCD en Casa de Galilea al relacionarse con la capacitación y la promoción del autoempleo de personas con baja calificación laboral y por ende baja empleabilidad, combate la exclusión y abre puertas hacia la inclusión social que indica Castel como uno de los dos ejes que denotan carencia (Castel, 1995). No obstante, respecto del segundo eje descrito por Castel que implica inclusión social y que se encuentra asociado con la inserción en un sistema relacional en el que cada individuo logra desarrollar su existencia en el ámbito afectivo y social (Castel, 1995), en el caso de esta organización sólo se alcanza a nivel de los cuidadores formados los cuales avanzan en el reconocimiento social por la labor desarrollada, pero a nivel de los adultos mayores no se evidencia tan claramente.

Se parte entonces, que la exclusión social que experimentan los adultos mayores y en general todas las personas, no solo es en términos de carencias del tipo material, sino de la no-integración social, relacionadas con el hacer parte de redes sociales protectoras, así

como del nivel de participación en estas, como seres dependientes del grado de acceso relacional y uso de los servicios disponibles en la sociedad (Marco, 2000; Arriba, 2001; Parra & Tortosa, 2002).

Una de las características de Casa de Galilea es que su enfoque no es el trabajo con adultos mayores, sino que tiene como prioridad a los niños y a sus madres. Adicional al PNCD, esta organización sólo desarrolla el programa denominado Abuelas, que como se mencionó antes, consiste en un espacio con que cuentan las adultas mayores para reunirse y compartir diversas actividades lúdicas semanalmente, además de que se puedan concretar algunos espacios de escucha, lo que se podría referir como un mecanismo aislado de inserción social fuera del ámbito familiar.

A nivel de cuidadores se encontró que aunque no son parte de alguna red de apoyo de atención de adultos mayores, llevan a cabo acciones de índole social de manera individual como visitar y asistir a algunos adultos mayores que tuvieron a cargo dentro de la prestación de servicios del segundo componente del PNCD, ayudar a adultos mayores en situación de calle, socializar y transmitir los conocimientos adquiridos respecto del adulto mayor a amigos, familiares y a través de charlas en espacios comunitarios como la iglesia de la municipalidad, sin embargo, al no estar organizados ni liderados por ninguna instancia todas estas iniciativas no pasan de ser hechos aislados que no generan lazos sociales trascendentes que favorezcan la cohesión social de la comunidad ni su reconocimiento como expertos en esta temática.

Por consiguiente, se puede afirmar que el PNCD en Casa de Galilea no ha producido inclusión social de los adultos mayores que indique la creación de redes y mecanismos de participación que les permita desarrollar su esfera afectivo-social, como es el caso que se estudiará más adelante, del barrio Ejército de los Andes que cuenta con el liderazgo de La Orden de los Frailes Menores y de los cuidadores formados en esa organización.

4.8 A modo de síntesis

En conclusión la Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea, que para efectos de la presente investigación constituye el nivel organizacional más bajo o incipiente en el sistema de prestación de servicios de cuidado a los adultos mayores de su comunidad, es la unidad efectora del PNCD más joven de las tres seleccionadas, a 2013 después de haber celebrado dos convenios del primer y segundo componente del PNCD ha graduado a 35 cuidadores domiciliarios de 90 que habían sido admitidos al programa, presentando un alto grado de deserción justificado (por la organización) en gran parte, por la demora en la ejecución del segundo componente del programa.

Algunas de las características a destacar de los cuidadores de esta organización es que son personas especialmente jóvenes, con un promedio de edad de 33 años, que cuentan con nivel de estudios de secundaria completos y donde el 89% son mujeres. La forma de contratación de las cuidadoras comúnmente es por horas, no cotizan como monotributistas y por ende se encuentran en el sector de trabajo informal, desprovistas de prestaciones sociales.

Partiendo de la poca experiencia que acumula la organización en el tema de la atención de la población adulta mayor, se encontró que Casa de Galilea es una unidad efectora que actúa dentro de los parámetros establecidos por el programa sin efectuar un trabajo adicional al que ejecutaba antes de la implementación del mismo. En concordancia, tanto la organización como los egresados de ella, no han logrado construir ni profundizar líneas de acción en torno a la población adulta mayor, careciendo de liderazgo, capacidad de contención y red de apoyo para este grupo poblacional, exceptuando algunas acciones aisladas e individuales llevadas a cabo por las cuidadoras egresadas tales como visitar y asistir a algunos adultos mayores que tuvieron a cargo dentro de la prestación de servicios del segundo componente del programa, servir a adultos mayores en situación de calle y socializar los conocimientos adquiridos.

De igual manera se encontró que no existe seguimiento por parte de la unidad efectora del PNDC a las prestaciones ofrecidas por las cuidadoras egresadas, lo que puede

desencadenar en prestaciones de baja calidad dada la falta de actualizaciones y de control sobre las egresadas.

Las cuidadoras domiciliarias después de pasar por el programa y aún antes de culminarlo, se emplean en la prestación de cuidados a adultos mayores o a cualquier persona que requiera de sus servicios, teniendo como único fin lograr los mejores ingresos personales a partir de su calificación laboral y del estatus social que les representa el haber sido formados para este trabajo en específico, permitiéndoles tener una salida laboral diferente a la prestación de servicios domésticos que por regla general, son los empleos a los cuales antes tenían acceso. De tal manera, el sistema de prestación de cuidados domiciliarios en la comunidad, a excepción de los beneficiarios de la prestación del segundo componente del PNCD, es exclusivo para las personas mayores que cuentan con capacidad adquisitiva.

La forma en que comúnmente contactan a las cuidadoras es a través de Casa de Galilea en donde se reciben inicialmente las solicitudes, las cuales son remitidas a una cuidadora líder encargada de distribuir la demanda de servicios entre los cuidadores capacitados con disponibilidad de tiempo a partir de una lista previamente actualizada por cada uno de los cuidadores oferentes.

Algunas de las características a resaltar de las prestaciones de servicios de los cuidadores de esta organización son que atienden a diferentes sectores sociales ubicadas dentro y fuera de la municipalidad de San Isidro, los factores determinantes para concretar las prestaciones son el valor ofrecido por hora de servicio como la cantidad de horas que se requiere el cuidador así como la disponibilidad de tiempo con que se cuente, reciben en promedio \$20 a \$25 por hora de trabajo, empleándose en promedio 8.8 horas al día cuidado y cuidando a 1.2 personas diariamente.

El tema del cooperativismo, aunque es bien visto por las egresadas de Casa de Galilea, no se encuentra dentro de sus prioridades debido a que consideran que es una opción difícil de concretar y que conlleva disminución de sus ingresos partiendo del supuesto que en una cooperativa les toca aportar recursos y repartir utilidades.

Dentro de los principales efectos del PNCD en la vida laboral de las cuidadoras están el incremento de sus ingresos laborales (en el 60% de los casos), el aumento de su autoestima y la realización personal, así como el proyectarse a posibilidades de educación universitaria.

Los facilitadores que las cuidadoras mencionan son la vocación de servicio y la flexibilidad horaria. Los principales obstáculos que los cuidadores mencionan son el descuido y abandono en que frecuentemente encuentran al adulto mayor y el mal pago de los servicios prestados.

Otro de los obstáculos que se deja ver dadas las complejas situaciones que las cuidadoras deben enfrentar en el desarrollo de sus labores es el alto riesgo de padecer el síndrome de Burnout, que se caracteriza por un profundo desgaste emocional y físico del cuidador (Menezes, 2000), que en este caso se potencializa por la falta de contención y soporte de la unidad efectora del programa.

Finalmente, se puede afirmar que El PNCD como estrategia de inclusión social en Casa de Galilea ha tenido éxito en sólo uno de los dos ejes que implica la inclusión social según Castel (1997); combatiendo la exclusión social desde el ámbito de la formación y promoción del autoempleo y la generación de ingresos, así como de la inclusión social alcanzada por los cuidadores a partir del reconocimiento de su labor y fallando, desde el ámbito de la inserción social de los adultos mayores, puesto que éstos sólo tienen acceso a atención si cuentan con los medios económicos para contratar los servicios de cuidado, logrando de manera parcial su objetivo de estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria.

CAPÍTULO 5

Caso 2: Orden de Frailes Menores

5.1 Introducción

La comunidad religiosa Orden de Frailes Menores es una organización de la sociedad civil confesional católica constituida por más de cien provincias (fraternidades franciscana) alrededor del mundo, una de ellas es la Provincia San Francisco Solano ubicada en la Argentina, la cual se fundó en 1989, como resultado de la unión de varias “custodias”, es decir, grupos de fraternidades que dependían de otras provincias. Esta provincia se articula en cuatro zonas, denominadas Norte, Centro, Sur y Buenos Aires, además de las casas de Orán y la misión aborigen de Pichanal que conforman una fraternidad zonal, teniendo como sede provincial la ciudad de Río Cuarto, Córdoba⁶.

La organización cuenta con personería jurídica para operar dentro del país, está avalada y reconocida por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y registrada ante el Ministerio de Educación porque cuenta con colegios y con casas de cuidado diurno de niños en donde se brinda apoyo escolar y alimentación.

Los franciscanos, como comúnmente se les conoce, han creado centros de voluntariado social mediante los cuales gestionan alianzas entre la comunidad y el Estado para el desarrollo de grupos poblacionales que requieran acciones que favorezcan su calidad de vida y la superación de diversas problemáticas que los aquejan. Una de estas acciones en favor de los adultos mayores ha sido el desarrollo durante 18 años del PNCD, los cuales sólo se han visto interrumpidos por el período comprendido entre 1999 y 2003 como consecuencia de la crisis social de esos años, siendo un programa ampliamente

⁶ Otras jurisdicciones franciscanas presentes en el territorio argentino eran hasta marzo de 2014, la Provincia de la Asunción del Río de La Plata, que abarca la antigua custodia Fray Luis Bolaños, del Paraguay y la Provincia de San Miguel, sin embargo, a partir del 27 de marzo de 2014 se integraron en una sola Entidad Provincial.

conocido y aceptado dentro de la comunidad. Durante el tiempo que la Orden lleva como unidad ejecutora del PNCD, ha formado a 158 cuidadores, entre los que se registran 150 mujeres y 8 hombres⁷, razón por la cual dentro de la descripción del caso se hará referencia a cuidadoras dado que son mayoría. En total se han desarrollado siete convenios de capacitación (primer componente) y diez convenios de sistema de prestaciones (segundo componente).

En lo que refiere al PNCD esta comunidad religiosa mantiene una especie de bolsa de trabajo de las graduadas del programa que les permite mantenerse en contacto con las cuidadoras formadas, promover servicios de cuidado domiciliario voluntario y ser un punto de encuentro entre quienes requieren los servicios y quienes los ofrecen, caracterizando un estadio organizacional intermedio de sistema de prestación de servicios de cuidados domiciliarios donde la sociedad civil lidera la construcción de un tejido social que articula esfuerzos ante la necesidad de cuidado de los adultos mayores como consecuencia del proceso de envejecimiento poblacional. Más aún, la labor de los franciscanos propicia la generación de una dinámica social activa a través de la movilización de la población en situación de vulnerabilidad y exclusión social hacia el desarrollo local comunitario voluntario, logrando el surgimiento de redes de apoyo y sistemas de prestación de servicios de cuidado que facilitan el envejecimiento en el hogar.

El centro de voluntariado franciscano de Fuerte Apache, a través de líderes sociales en conjunto con organismos estatales como la DINAPAM, realiza diferentes acciones concretas en favor de los adultos mayores, tal es el caso de los programas “La Experiencia Cuenta”, donde se transmiten los conocimientos de oficios y saberes de los adultos mayores hacia los jóvenes, la promoción del buen trato hacia los adultos mayores, y el programa de prevención de la discriminación, el abuso y el maltrato en todas las edades de la vida.

⁷ Las cifras que aquí se exponen son una reconstrucción de los registros encontrados por la referente del PNCD de esta organización, no obstante, se aclara que ciertos indicios hacen creer que es posible que la información suministrada sea una aproximación a la realidad, puesto que no son precisas las cifras de los primeros años en que ejecutó el programa y no fue posible confirmarlos con ninguna otra fuente.

5.2 Características de la organización

5.2.1 Historia

La comunidad franciscana San Francisco Solano zona Buenos Aires desarrolla su actividad evangélica y social en el partido bonaerense Tres de Febrero, y dentro de éste en barrios como Ejército de los Andes, conocido como Fuerte Apache, donde existen altos niveles de marginación y estigmatización social. Es importante antes de entrar en la descripción de la organización, hacer una breve reseña del barrio Ejército de los Andes al cual pertenece la población capacitada, ya que esto permitirá contextualizar las diversas particularidades del grupo en cuestión.

El Barrio Ejército de los Andes fue construido en el año 1973 como parte de un plan de erradicación de villas del gobierno de facto, con el propósito de reubicar a los habitantes de la Villa 31 de Retiro. El complejo habitacional sirvió para reubicar a los pobladores de las villas miseria porteñas de las zonas cercanas a los estadios donde se jugarían los partidos del Mundial de Fútbol Argentina 1978, lo que generó un crecimiento demográfico que llevó al barrio a sobre poblarse y triplicar el número de habitantes para los cuales estaba preparado el conjunto (22.000). Inicialmente fue llamado barrio Padre Carlos Mugica en honor al cura que había trabajado en la Villa 31, asesinado en mayo de 1974 pero en 1976 se oficializó el nombre Ejército de los Andes, sin embargo, un periodista que transmitió una nota en medio de un tiroteo, lo rebautizó como Fuerte Apache, como se le conoce popularmente.

Es uno de los barrios más grandes del país, posee aproximadamente 26 manzanas en las cuales conviven aproximadamente unas 100 mil personas distribuidas entre 13 "Nudos" y 50 "tiras", los "Nudos" están compuesto por 4 torres, 3 de ellas con edificios que van de 11 a 13 pisos y la cuarta es una torre de agua. En Noviembre del año 2000 los "nudos" 8 y 9 fueron demolidos ya que había peligro de derrumbe. En la actualidad, el barrio es custodiado por gendarmería dada la ola delictiva y actividades del narcotráfico que se desarrollan en la zona, lo que le creó la fama de ser un foco del delito, por lo cual todos sus habitantes viven una constante estigmatización social.

Lo anterior, habla de la complejidad de la problemática que enfrenta esta comunidad, por lo que el PNCD constituye, además de un servicio social a la población envejecida que no tiene acceso a los recursos requeridos para contratar un cuidador y que se ven beneficiados con el sistema de prestación de servicios del segundo componente, una herramienta que sirve como salida laboral a personas que no cuentan con otras alternativas laborales.

Ahora bien, la misión de las fraternidades Franciscanas es predicar la conversión a Cristo, fundamentados en la paz y el bien. Desde la minoría y la pobreza viven el evangelio sirviendo a los demás, especialmente a los jóvenes. Desarrollan su actividad a través de tres pastorales: Pastoral parroquial, Pastoral educativa y Pastoral misionera. La visión de los franciscanos es llevar al conocimiento de Cristo a toda persona sobre la faz de la tierra, hacer el bien y llevar la paz a todo lugar.

Dentro de los objetivos organizacionales se encuentran velar por la dignidad de las personas y su desarrollo integral, es decir, creen en que el hombre es criatura de Dios y por tanto debe crecer en todos los sentidos: espiritual, intelectual y desde luego moral, lo que le permite tener una vida en dignidad. Los principios organizacionales denominados al interior de la Orden como prioridades son la oración, la fraternidad, la minoridad, la misión y evangelización y la formación y estudios.

Los órganos directivos de la organización son el Ministro Provincial con su respectivo Consejo (Definitorio provincial), elegidos por el Capítulo Provincial compuesto por todos los religiosos de la Provincia San Francisco Solano. En lo que respecta a la estructura orgánica de la Orden se tiene bien definida y formalizada, permitiendo visualizar la forma en que se distribuye y coordina la organización, cuenta con estatutos generales que son para toda la Orden Franciscana en el mundo, y con estatutos particulares que son los propios y específicos de la Provincia.

5.2.2 Integrantes

La Orden está constituida por frailes que, incorporados en las Provincias y en las Custodias, son gobernados por el Ministro General con su Definitorio (Consejo). La comunidad franciscana está presente en 110 países, organizada en 103 Provincias, 8 Custodias Autónomas, 14 Custodias Dependientes, 1 Federación y 20 Fundaciones. Las Provincias y Custodias Autónomas son gobernadas, respectivamente, por el Ministro Provincial y su Definitorio o por el Custodio y su Consejo, elegidos por el Capítulo Provincial o Custodial. Las Provincias de una o más áreas geográficas forman una Conferencia. Aunque no cuentan con un dato consolidado actualizado, se estima que la comunidad franciscana alrededor del mundo ronda los 700.000 miembros (Comunidad Franciscana, Provincia de la Santa Fe, Colombia).

5.2.3 Líneas de trabajo

Las áreas de acción de la organización son la evangelización, el compromiso con el hombre, el cuidado y la salvaguardia de la creación, el progreso y el desarrollo de los más pobres a través de la capacitación y caminando y compartiendo la vida con ellos.

La organización no tiene un manual de funciones o de procedimientos, sólo registros de la actividad eclesial y parroquial, así como de las diferentes problemáticas que enfrenta la comunidad en el barrio, los cuales sirven para presentar ante los definitorios o concejos que se celebran cada tres a seis años de acuerdo a lo que se requiera donde se toman decisiones de forma democrática sobre los proyectos y acciones a implementar. Tampoco se cuenta con políticas de calidad, solo principios y valores que rigen el actuar de cada fraile y de la comunidad de religiosos, actuaciones que siempre que sea necesario son evaluadas y puestas en conocimiento del concejo compuesto por seis hermanos, un sacerdote provincial, un vice provinciano y cuatro frailes más que son elegidos por voto secreto en reunión de plenaria.

5.2.4 Redes

La organización hace parte de redes solidarias barriales informales como por ejemplo una red de comedores comunitarios y casas de niños que trabaja en el planteamiento de proyectos y propuestas ante la Dirección General de la Minoridad y la Familia de la provincia de Buenos Aires. Igualmente ha entretejido una red social alrededor del adulto mayor especialmente a partir de la realización del PNCD, con la participación de voluntarios de la zona, y de cuidadoras egresadas de la Orden que siguen vinculadas y trabajando en las necesidades de esta población. Al respecto el fraile que coordina el programa comentó:

Nos hemos comprometido en cuidarlos y brindarles un lugar porque los abuelos están normalmente solos, lo que es lunes, martes, miércoles y jueves se reúnen en la capilla, juegan, se les enseña a cuidarse, se les enseñó a hilar en tela, se les enseñó a hacer licores y lo que les gusta, se les enseñó a cuidar y a visitar a otros abuelos. Ellos llegan a las tres de la tarde y a las siete se van, más o menos son 46, a veces hay más y a veces hay menos, dependiendo del tiempo, en invierno vienen solo 20, y cuando saben que hay comida o salida, ahí las tiene, porque en su mayoría, el 90% son mujeres... para darles la merienda ya que muchas veces ellos no tienen medios entonces se le da merienda reforzada.... la realidad, es que hay muchísima gente mayor abandonada, a nosotros se nos murieron gente en el barrio porque no los podíamos bajar, porque no habían escaleras estaban tan deteriorados los edificios que se nos murió gente y entonces nuestro deber es velar por ellos (Fraile referente del programa).

5.2.5 Financiamiento

La forma de financiamiento de la organización es a través de donaciones de amigos de la Orden a nivel país y también a nivel internacional, ofrendas de otras fraternidades y los subsidios del Estado mediante el involucramiento en los diferentes proyectos y políticas sociales.

Aunque no existe de manera formal ni regular un mecanismo de rendición de cuentas ante las autoridades de la Orden si se realiza un monitoreo constante por parte del

concejo y superiores. Adicionalmente, autoridades de los Ministerios de Salud, de Desarrollo Social y Educación realizan inspecciones para verificar y evaluar las capacitaciones y los diferentes programas estatales que desarrolla la Orden con los fondos que obtienen a partir de convenios.

5.3 Características de los cuidadores capacitados por la organización

En este apartado se hará referencia a la población capacitada por la organización de los Frailes Menores. La información fue suministrada por la referente clave de la organización que hace las veces de coordinadora del PNCD y se complementó con la observación realizada en el trabajo de campo.

De los cuidadores formados hasta la fecha, se puede decir que en promedio contaban con secundaria incompleta, el 95% (150) eran mujeres y tan sólo el 5% (8) han sido hombres. La edad promedio de los mismos es de 38 años, lo que denota una población adulta joven. El sector socioeconómico al que pertenecen las cuidadoras en promedio es bajo, el 97% pertenecen a sectores bajos y el 3% a sector medio bajo, lo que se corresponde con la realidad socioeconómica del barrio, no obstante, ninguna de las cuidadoras de la organización son beneficiarias de planes sociales. Por lo general son jefas de hogar y se constituyen en el principal receptor de ingresos del hogar.

Las familias de los cuidadores en promedio están conformadas por cuatro integrantes, la vivienda que habitan en un 50% de los casos es propia y en el otro 50% de los casos es familiar, es decir de alguno de los miembros de la familia.

Con referencia a la capacitación y experiencia previa al curso de cuidadores las egresadas del programa en general no contaban con formación gerontológica formal certificada pero sí, con experiencia previa en el área gerontológica, dado que alrededor del 16% de ellas habían tenido experiencias cuidando adultos mayores en el domicilio o en centros de día.

Por su parte, de acuerdo a lo indagado entre los referentes de la organización, los egresados del programa logran insertarse rápidamente al mercado laboral como cuidadores, en un 80 a 99% de las veces, aunque el 9% de ellos una vez finalizado el programa decidieron no dedicarse a la labor. Tan sólo alrededor del 3% cotizan como monotributistas sociales, es decir, el 97% de los cuidadores formados se insertan en trabajos informales sin cotizar ni tener acceso a seguridad social, lo cual disminuye la calidad de empleos a los que apunta el PNCD. Ese 3% en general corresponde a cuidadoras que se vinculan con PAMI, trabajando con adultos mayores financiados directamente por la obra social.

5.4 Características de las prestaciones a los adultos mayores y del mercado de trabajo de cuidados domiciliarios

La forma en que se anuncian los servicios de cuidado los egresados del programa es a través de internet, mediante sistemas de intermediación como Mercado Libre, promocionando sus servicios en carteles que pegan en lugares de alta concurrencia, utilizando tarjetas de presentación, aunque el boca a boca es por excelencia la manera más común de ofrecer sus servicios.

Es frecuente que lleguen personas a la Orden solicitando los servicios, ya que tanto la Parroquia San Antonio de Padua como el centro de voluntariado Franciscano son referentes del programa ampliamente reconocido dentro de la comunidad.

Habitualmente los demandantes de servicios de cuidados se dirigen a la Orden o al centro de voluntariado en donde se toman los datos. Cuando el PNCD se encuentra en ejecución, generalmente existe una trabajadora social dentro del equipo de trabajo que realiza una visita al domicilio del adulto mayor para evaluar la situación de salud y grado de dependencia que presenta, apoyada en los baremos⁸ que ofrece el programa. Una vez recolectada la información se determina el número de horas de cuidado que la persona requiere y junto con los demás integrantes del programa, de acuerdo al conocimiento que

⁸ Los baremos son una escala de valores establecida para evaluar o clasificar los elementos de un conjunto de acuerdo con alguna de sus características, en este caso se trata de un cuadro gradual establecido convencionalmente para evaluar las consecuencias derivadas de las enfermedades y condiciones de salud de los adultos mayores.

tienen de cada uno de sus egresados y de los cuidadores que se encuentran en formación, evalúan y recomiendan y a quien le puede interesar el servicio de acuerdo a las particularidades del caso., posteriormente se realiza una segunda visita al domicilio en compañía del cuidador para que evalúe directamente las condiciones del servicio solicitado y las posibilidades de contratación.

En este punto termina la intervención de la Orden, que sirve solo como intermediario entre demandante y oferente, realizando algunas sugerencias de quien considera apropiado para atender el servicio, pero finalmente es el cuidador y el adulto mayor o su familia los que deben realizar la negociación y el contrato.

En el caso en que en el momento de solicitar el servicio no se encuentre en ejecución el programa, el fraile referente del programa de acuerdo al registro de egresados que lleva, recomienda y coloca en contacto al tercero con el cuidador que considera puede llegar a brindar el servicio.

Las zonas en las que comúnmente prestan los servicios los cuidadores de la Orden son Ramos Mejía, Devoto y Ciudadela, siendo el lugar del domicilio del adulto mayor uno de los criterios más importantes para definir la prestación. Por lo general, en un 75% de las veces se llevan a cabo contrataciones de servicios dentro del mismo barrio, lo que favorece que los cuidadores puedan comprometerse con más de un turno al día con más de un adulto mayor. Otros criterios son el horario y los ingresos ofrecidos por el servicio.

El sector social que atienden los cuidadores formados en la Orden de los Frailes Menores es medio bajo. En promedio se paga \$27 pesos argentinos por hora de servicio de cuidado, durante cuatro horas diarias para un total de 20 horas en promedio a la semana. Por su parte en promedio un cuidador cuida a dos adultos mayores en 1,4 turnos por día (esto es porque no todos los días tienen dos turnos) en una relación de trabajo considerada autónoma e independiente donde prima la modalidad de trabajo por horas pagadas semanalmente durante un promedio de cuatro meses continuos. La prestación finaliza, principalmente por falta de medios de pago, por agotamiento y renuncia del cuidador. A pesar de esto se encontró que aun después de cesar la contratación de los servicios, algunos

de los cuidadores siguen prestando su ayuda y colaboración al adulto mayor de forma solidaria y desinteresada.

También se encontró que los cuidadores no solo se ocupan del cuidado de los adultos mayores hacia los cuales apunta el PNCD, dado que ellos normalmente prestan sus servicios a personas que presentan algún grado de discapacidad y enfermos sin tener en cuenta su edad, a pesar que la capacitación recibida es específicamente sobre las patologías y necesidades de la vejez.

Las enfermedades que comúnmente padecen los adultos mayores atendidos por los cuidadores de la Orden Los Frailes Menores son Alzheimer, problemas de riñones que en algunos casos requieren diálisis, personas operadas, con marcapasos y adultos con altos grados de ceguera.

Las labores realizadas por un cuidador de la Orden los Frailes incluye preparación de alimentos, higienización del adulto mayor, lavar y planchar la ropa, hacer compras, realizar trámites relacionados con la salud como sacar citas médicas, comprar medicamentos, acompañar a paseos, jugar con ellos, brindar cuidados de belleza y aseo como pintar las uñas y acompañamiento en general. No obstante lo anterior, se evidencia que es frecuente que los acuerdos de servicio de cuidado domiciliario incluyan labores que se asemejan a las labores de servicio doméstico, dado que las familias y los adultos mayores carecen de recursos económicos para contratar ayuda de personal adicional a los cuidadores.

Frente al mercado de trabajo los cuidadores coinciden en resaltar que la principal fortaleza es la amplitud del mercado así como el cambio cultural que ha tenido la sociedad argentina hacia el reconocimiento de la labor del cuidador diferenciándolo del trabajo de la mucama y del de una persona de compañía, lo que favorece la demanda de cuidadores capacitados, con vocación de servicio, que permitan al adulto mayor la posibilidad de envejecer en su casa, bajo atención supervisada por la propia familia que de una u otra manera está en capacidad de verificar el trato que se le da a su familiar, alejándolo de la instancia de internación geriátrica.

Las principales amenazas del mercado de cuidados domiciliarios según los referentes de la organización y los cuidadores formados en la Orden de Frailes Menores son la informalidad del trabajo, los riesgos laborales a que se encuentran expuestos los cuidadores, los abusos y exigencias que algunas familias ejercen sobre los cuidadores, presionándolos a llevar a cabo actividades que no están contempladas en el perfil del cuidador, principalmente las asociadas a labores domésticas, los bajos ingresos que genera un cuidador frente a la enorme responsabilidad que implica cuidar a un adulto mayor, los elevados costos que la dependencia en la vejez conlleva, lo que acarrea la demanda de largas jornadas de trabajo.

Una de las amenazas referidas a la calidad del servicio (en tiempo) que llama particularmente la atención, es la falta de bases de datos e información sobre los cuidadores formados. Es frecuente ante la necesidad de contratar un cuidador no encontrar canales de información que permitan ubicarlos, lo que refleja una aguda problemática alrededor de la falta de institucionalización de la política, al no contar con una instancia visible para la recepción de la demanda que además colabore ubicando el recurso humano capacitado idóneo para prestar el servicio. Al respecto una de las entrevistadas afirmó:

En Buenos Aires solamente pueden los que están en registro con número, digamos a nivel nacional hay entre 57 y 100 cuidadores que están registrados, pero no cuentan con una entidad donde tengan una matrícula de ser cuidador domiciliario, entonces hay que llamar a tal lugar, a tal hora, a tal organización, no están formalizados... en primera instancia a mí me parece que en Argentina no hay cultura de institucionalización, por lo tanto la gente va al cuidador informal que conoce su pariente o al formal digamos que en algún lugar lo busca, el que tiene un poder adquisitivo más alto lo que busca es una enfermera, mas no un cuidador domiciliario... (Integrante del grupo de profesionales al frente de la capacitación del PNCD en el Barrio Ejército de los Andes).

5.5 Efecto del PNCD en la vida laboral de los cuidadores

A continuación se analiza algunos de los efectos del programa en la vida laboral de los cuidadores formados a partir de la percepción y/o valoración que le dan a una serie de

criterios referidos a su empleabilidad, sus ingresos, perfil laboral y valoración social de la actividad que desempeñan.

Aunque el programa se caracteriza por desarrollarse en comunidades vulnerables y de escasos recursos económicos, condiciones que los mantienen bajo escenarios de exclusión social, una de las particulares que llamó la atención al entrevistar a los cuidadores del barrio Ejército de los Andes es que en general se trata de personas de muy baja extracción económica, lo cual quedaba en evidencia en su apariencia física y forma de expresión, lo que se corresponde con el perfil de los habitantes del sector, pues se trata de población que años atrás había sido desplazada de las villas de la zona céntrica y turística de Buenos Aires y de inmigrantes del interior del país que se fueron haciendo en estas edificaciones.

Ahora bien, cuando se evaluó los efectos del Programa en la vida de los cuidadores domiciliarios de la Orden de los Frailes Menores, se encontró que el 75% logró incrementar sus ingresos y el 50% expresó que había mejorado su perfil laboral y empleabilidad:

(...) a nivel de ingresos también, pues yo deje de trabajar prácticamente de forma clandestina porque vendía perfumes, vendía ropa a lo clandestino pero no era formal, ahora yo voy a la psicóloga y le digo yo pago que era genuino porque era producto de mi trabajo yo me siento como más digna... hasta pude ahorrar (Cuidadora egresada del PNCD en el Barrio Ejército de los Andes).

A continuación se muestra un resumen que permite visualizar la percepción de los cuidadores frente a algunos de los efectos del PNCD:

Cuadro 3. Percepción de los efectos del PNCD en la vida laboral de los cuidadores de la Orden de los Frailes Menores

Pregunta	Valoración positiva (10 a 7)	Valoración media (6 a 4)	Valoración escasa (3 a 1)	No sabe/No responde
¿Cuánto cree que logró superarse laboralmente al ser beneficiario del PNCD?	100%			
¿Cuánto siente que logró realizarse personalmente al ser un cuidador domiciliario?	83%			17%
¿Cuánto considera que haber sido parte del PNCD impactó positivamente su proyecto de vida?	67%			33%
¿Cuánto cree que ser cuidador domiciliario lo reposicionó (cambió la percepción) frente a su propia familia?	50%			50%
¿Cuánto cree aumentó su nivel de autoestima después del PNCD?	67%			33%

Se observa como los cuidadores destacan el efecto superador del programa en su vida laboral en un 100%, es decir, coinciden en percibir que el PNCD les permitió crecer laboralmente, logrando en un 67% aumentar su autoestima y confianza en sí mismo, alcanzando un nivel de auto realización en un 83% de los casos, como lo narró una de las cuidadoras entrevistadas:

A mí sí me impacto, yo no tenía autoestima, yo vengo de luchar de unas cosas... yo pesaba 50 kilos más que ahora, me lleve a la escuela secundaria a los 52 años, hice este curso, me inserté laboralmente y aprendí cosas, ahora me siento una persona útil, me hizo muy muy bien, aparte las clases son maravillosas, aprendí muchísimo lo que es el adulto mayor yo antes pensaba en alcanzarle todo hay y que se quede quieta viendo televisión pero estaba equivocada... es que tiene que esforzarse para hacer sus cosas por cuenta propia. Aprendí muchísimo desde tomar la presión hasta cuidar del adulto mayor integralmente, para mí fue importantísimo, es muy bueno el programa, ¡es buenísimo! (Cuidadora formada en la Orden los Frailes Menores).

De igual manera es de destacar el impacto positivo que generó el PNCD en el proyecto de vida de los cuidadores (67%), lo cual se evidencia en respuestas como: “Bueno ahora estoy realizada al tener un título de cuidadora” (Cuidadora egresada de la Orden los Frailes Menores), lo que constituye el mayor logro a nivel educativo de algunas cuidadoras y su única capacitación para el trabajo.

Cuando se les pregunto si el rol como cuidador domiciliario los había conducido a llevar a cabo alguna clase de acciones en torno a las necesidades sociales que vive la comunidad de la cual hacen parte, el 20% respondió positivamente, entre las acciones que mencionaron estaban la evangelización a los adultos mayores y las visitas que les permitía tener tiempo para escucharlos.

Frente al tema del cooperativismo, el 71% considera que asociarse es bueno, no obstante, el 50% de poder hacerlo no le gustaría formar parte de una cooperativa de trabajo de cuidadores domiciliarios, entre los argumentos que presentan está la dificultad para ponerse de acuerdo con otros, los compromisos que implica, la falta de tiempo para gestionar la cooperativa, así como el tema del dinero y su manejo, el tener que repartir las utilidades, se tiene la idea que se hace más dinero trabajando solo que teniendo que compartirlo dentro de una cooperativa. Por último, se menciona la falta de conocimiento y asesoría para constituir la.

Los cuidadores de la Orden dijeron no formar parte de alguna red de apoyo de atención a adultos mayores, sin embargo, realizan actividades sociales que los incluyen, tales como visitarlos, escucharlos, evangelizarlos (como una actividad propia de la organización religiosa a la que se encuentran vinculados), colaborar en lo que puedan, todo esto, de forma voluntaria porque muchos de los adultos mayores no pueden pagarles sus cuidados, algunos de ellos se ven beneficiados por la prestación de servicios del segundo componente del PNCD. Pero una vez los cuidadores finalizan ese periodo que es financiado por medio de una beca, siguen asistiendo de una u otra manera a los adultos que tuvieron a cargo, a veces de manera personal, a veces colaborando en alguna actividad del centro de voluntariado de la Orden de los Frailes Menores. Otros adultos mayores logran gestionar el subsidio que otorga el PAMI para contratar un cuidador, lo que les permite seguir siendo asistidos y a los cuidadores cobrar por ello.

5.6 Principales facilitadores y obstáculos en la prestación de servicios

Como facilitadores en la prestación de los servicios los cuidadores de esta unidad ejecutora se destaca el trabajo continuo y dedicado de la Orden de los Frailes Menores, de quienes reciben constantemente invitaciones a capacitarse y actualizarse en temas relevantes para un mejor desempeño de su labor como cuidadores, además de ser un lugar de referencia en la zona donde siempre encuentran contención y acompañamiento a su trabajo. Otro de los aspectos a destacar de la Orden es que actúa como receptor de solicitudes de prestación de servicios, lo que facilita la labor de búsqueda de trabajo de los cuidadores.

El sistema de prestación de servicios de cuidado instalado por los Franciscanos es de carácter local, lo que favorece dos aspectos, el primero se relaciona con el conocimiento del barrio y sus habitantes al igual que de las necesidades de la comunidad. El haber convivido por tantos años crea una especie de familiaridad y unión, que favorece el servicio mutuo y la solidaridad, lo que se traduce en acciones de cuidado y atención desinteresada de los cuidadores formados en la Orden a los adultos mayores que muchas veces se ven solos, sin posibilidades económicas para cubrir todas sus necesidades, encontrando en éstos una mano amiga y capacitada para ayudarlos a sobre llevar tal situación.

El segundo tiene que ver con la optimización del tiempo atendiendo varios turnos por día, dado que no tienen que recorrer grandes distancias para atender a los adultos mayores de la zona, lo que les permite trabajar por pocas horas en diferentes domicilios de manera consecutiva, alcanzando ingresos que compensan los turnos cortos.

Existe además en la Orden, un capital humano con vocación de servicio hacia el adulto mayor, sensible a las necesidades de esta etapa de la vida, que comprende la responsabilidad social que se tiene ante la fragilidad de la vejez, lo cual favorece una atención humanizada y comprometida, consciente de la importante labor que desarrolla y presta a la sociedad en general:

Me sensibilizó la situación en que se encuentran ellos (adultos mayores), solos... con muchas necesidades, desde quien los escuche, quien les alcance un plato de comida, es muy lindo cuando uno puede ayudar a otro, me gusta mucho poder ayudarlos, porque tengo un hijo con discapacidad y sé que es necesitar de alguien para hacer muchas de las cosas, por eso me encantó mucho trabajar con la tercera edad, me encantó, me gusta, me gusta mucho trabajar con ellos, aparte esa satisfacción que te dan cuando ellos te dicen gracias, o cuando los dejas mejor que cuando los recibiste, por eso es que hay que tener amor para ser cuidador, está bueno, yo creo que el beneficio mayor es la satisfacción personal, es lindo.... de hecho más allá de los pacientes, de ir después de que termino el curso y todo, yo sigo atendiendo los mismos pacientes sin tener ningún beneficio a cambio, así que estoy muy involucrada con el barrio y con la gente (Cuidadora egresada de la Orden de los Frailes Menores).

Por su parte, entre los principales obstáculos que fueron señalados dentro de la Orden de los Frailes Menores se encuentran la complejidad de las enfermedades que aquejan a los adultos mayores, las cuales demandan atención intensiva de los cuidadores sin que existan los suficientes recursos económicos para costear esos servicios, absorbiéndoles más tiempo del que tienen disponible o del que desean emplearse. De igual manera se mencionó que es frecuente que las familias confundan al cuidador con la empleada doméstica de la casa, exigiendo la realización de funciones diferentes a las que les indicaron dentro del PNCD dándose lugar en ocasiones al maltrato hacia los cuidadores.

Otro de los obstáculos se refiere a la falta de equipos y herramientas para atender adecuadamente las necesidades de esta población. Esto refleja una de las principales carencias de los adultos mayores del barrio Ejercito de los Andes, la falta de recursos económicos, lo cual se traduce en el pago de los servicios de cuidado, que en general son considerados por los cuidadores como bajos.

De igual forma un obstáculo referido dentro del desarrollo del PNCD es la falta de profesionales que estén dispuestos a dar la capacitación dentro del barrio dado la percepción de inseguridad y violencia que tiene el barrio.

Uno de los referentes del PNCD considera que uno de los mayores obstáculos que tienen los cuidadores es la falta de inclusión de su labor dentro de la ley nacional de salud lo que permitiría que el papel de los cuidadores figurara como parte integral del sistema de salud, favoreciendo que los adultos mayores tuvieran acceso a esta clase de servicios y los cuidadores fueran incluidos como prestadores de servicio del sistema y estuvieran mejor remunerados.

Al escuchar a los cuidadores de la Orden se evidencia que el cuidado de los adultos mayores genera en sus vidas un alto impacto emocional ya que durante algunos de los relatos de las situaciones complejas que enfrentan los adultos cuidados, afloran sentimientos de impotencia y dolor manifestados a través del llanto, lo que puede interpretarse como un obstáculo cuando no existen estrategias de contención por parte de la organización efectora del programa, que es en la que se encuentra delegada la responsabilidad de acompañamiento y seguimiento de los cuidadores formados.

Frente a este aspecto, de acuerdo a lo expresado por informante clave de la organización, se llevan a cabo algunas acciones de seguimiento y capacitación a los egresados del programa, donde se les instruye sobre el manejo de ciertas situaciones, además de la constante orientación y atención en las instalaciones del centro de voluntariado que queda dentro del barrio, donde por lo general se encuentra la coordinadora del PNCD y, cuando se está desarrollando alguno de los componentes, el equipo de profesionales que llevan a cabo el trabajo de capacitación y del sistema de prestación de servicios, no obstante, la realidad que comúnmente enfrentan los cuidadores sobre las demandas de las personas mayores excede a estas acciones.

Finalmente el equipo técnico a cargo del PNCD en el barrio Ejercito de los Andes analiza que es necesario que PAMI como la obra social de adultos mayores más grande del país, socialice y difunda el derecho que tienen todos sus afiliados que demuestren estado de dependencia y falta de recursos económicos a un cuidador subsidiado por la obra, porque los adultos mayores que requieren esta clase de prestación no lo saben. Así mismo consideran que PAMI debería ser la entidad encargada de administrar y capacitar el recurso humano requerido para prestar los servicios domiciliarios, centralizando la

información y conformando una gran base de datos que facilite el acceso a personal calificado y certificado para esta labor.

El PAMI al concentrar como el 94% de la población adulto mayor, es el ideal conjuntamente con el estado para avisar a la población acerca de las prestaciones que tiene, digamos si no es ellos, ¿Quién? y las prestaciones y las bolsa de mercado, digamos PAMI los enfermeros de PAMI manejan esta cosa pero no lo difunden, o bueno nunca te enteras por tu médico, usted tiene acceso a un cuidador si entra en estado de dependencia para que le venga a hacer el turno jamás, ni siquiera el propio médico de PAMI sabe que tiene acceso a este recurso, digamos que es un derecho del viejo que no tiene plata para poder pagarlo, está escondido de esa obra social (Referente de la Orden de los Frailes Menores).

5.7 El PNCD como estrategia para la inclusión social

Al analizar el PNCD en la Orden de los Frailes Menores a la luz de los ejes que implican inclusión social (Castel, 1995), se encontró que los cuidadores han logrado mayor empleabilidad e incremento de sus ingresos a partir de su participación en el programa, contribuyendo a suplir carencias del tipo económico. Por otro lado, uno de los aspectos que más se destaca dentro de la organización en estudio es el efecto de inclusión social de doble vía generado a partir de las acciones llevadas a cabo a favor de la población adulta mayor que presenta, como se dijo anteriormente, signos de vulnerabilidad social dada su condición socioeconómica.

En este sentido, la Orden promueve la inserción social tanto de los adultos mayores que atiende en su capilla durante cuatro días a la semana brindándoles un lugar donde reciben atención, capacitación, comida, recreación y afecto; como de los cuidadores que son tenidos en cuenta por la Orden como miembros útiles de la comunidad en esta labor de cuidado domiciliario reposicionándolos socialmente dentro del barrio.

Lo anterior se traduce en una especie de entretrejido social que se moviliza básicamente de manera solidaria produciendo acompañamiento y afecto mutuo entre cuidados y cuidadores, porque no sólo se habla de cómo los cuidadores formados por la Orden le cambiaron la vida a algunos de los adultos mayores a quienes asisten, escuchan y

acompañan, sino de la manera cómo el PNCD les permitió canalizar el sentir social que tenían los habitantes del barrio, ofreciéndoles conocimientos y haciéndoles ver cómo se puede servir a la comunidad de la cual forman parte, especialmente a partir del segundo componente, donde los cuidadores reciben una beca para desarrollar una especie de práctica comunitaria por un tiempo determinado, constituyéndose en la forma como muchos de ellos conocen y se acercan a la realidad de los adultos mayores a los cuales comúnmente siguen sirviendo de modo voluntario, aún después de terminar el proceso de adiestramiento como cuidador:

(...) pero más allá que el programa termina, la experiencia va generando vínculos y va, esa prestación va dejando de una manera tan natural ese sostén, y una de las características de las dificultades de que, que los viejos tienen, el achicamiento, la falta de red de sostén y de apoyo, y esto, lo que hace más allá del cuidado de sí mismo, es lo que abre, es la generación de una red de apoyo, un sistema ... yo creo que también el fortalecimiento de la familia y de las redes sociales también son un valor agregado importante en este programa porque en general tiene que ver con lugares cercanos a donde uno puede acceder caminando tres veces por semana, o tomas un colectivo de ida y vuelta, y la gente que se afirma después para cuidar es una del mismo barrio ...después de terminar la prestación del programa piensa, a ver cómo nos seguimos arreglando no, los cuidadores siguen yendo porque son sus vecinos, como decíamos antes o lo venía cuidando desde antes, pasando a identificar, a encuadrar un poco a lo que es más el servicio, y lo sigue viendo, lo hace parte de lo que hablamos, y eso es el fortalecimiento de las comunidades no, salir del individualismo, romper la barrera, mirar y recuperar los derechos de que en definitiva está necesitando esta población, hay algo que nos está pidiendo y que necesitan y yo puedo suplírsele así sea de manera parcial pero solidaria. (Referente voluntaria del PNCD de la Orden de los Frailes Menores).

Por consiguiente, el PNCD en el barrio Ejercito de los Andes sirvió para promover los lazos sociales y la cohesión social entre la comunidad, básicamente a partir de valores como la solidaridad hacia algunos de los grupos poblacionales que registran mayor riesgo social como son los adultos mayores.

Esta particularidad de la comunidad de Ejercito de los Andes, se configura como un ejemplo de redes sociales, entendidas como:

(...) aquellas estructuras de sociabilidad a través de las cuales circulan bienes materiales y simbólicos entre personas más o menos distantes... las redes sociales operan como mecanismos de supervivencia de familias en condiciones de precariedad, así como de movilidad social y aprovechamiento de oportunidades. (PNUD, 1998: 142).

Otro de los efectos del PNCD en la vida de algunos de los cuidadores es que funciona como propulsor para la culminación de los estudios secundarios y en algunos casos de estudios terciarios o universitarios en áreas afines con el programa, como es el caso de la enfermería y el trabajo social, entre los más comunes, lo que en el futuro les puede servir a los cuidadores para salir de situaciones de exclusión, mejorando sus posibilidades de lograr mayores ingresos laborales y generándose capital social. Es así como se materializa la inserción social que constituye el segundo eje de carencia al que se refiere Castel (1995), incluido dentro del concepto de inclusión social.

5.8 A modo de síntesis

Este caso de estudio refleja un estadio intermedio de organización y articulación del trabajo de cuidados a los adultos mayores; aunque los cuidadores no tienen una estructura organizativa propia sino que concurren a la unidad efectora donde se formaron como fuente de información, contención, actualización y articulación para la labor que desempeñan en la comunidad. Es notorio el interés que demuestran tener sobre la población envejecida del barrio, lo que queda manifiesto en su trabajo solidario y voluntario de cuidados a los adultos mayores de la mano de la Orden de los Frailes Menores, quienes les ofrecen un lugar donde se les acoge, recrea, alimenta y entretiene, pero más que eso, donde se les incluye socialmente, dándoles la posibilidad de generar lazos de amistad con otros adultos mayores que posteriormente representan formas solidarias de autocuidado y compañía mutua.

La unidad efectora del PNCD a su vez ofrece servicio de información de cuidados en doble vía, tanto para la demanda como para la oferta, haciendo las veces de una bolsa de empleo de cuidados en el barrio, constituyéndose en una forma semiestructurada en el servicio de prestación de cuidados domiciliarios, donde interactúa una organización de la sociedad civil con egresados y cuidadores en formación, entrelazando esfuerzos para

contribuir en el bienestar y atención social de los adultos mayores de la comunidad Ejército de los Andes, en una expresión de inclusión social desde el paradigma de la participación comunitaria en doble vía, donde los adultos mayores son incluidos en redes sociales de contención y los cuidadores logran inclusión al insertarse laboralmente.

Dentro de las características de las prestaciones que ofrecen los cuidadores de la Orden sobresale que es común que los cuidadores no solo se ocupen del cuidado de los adultos mayores, ellos realizan labores domésticas orientadas a toda la familia, en primer lugar porque éstas carecen de recursos económicos para contratar personal que se dedique de forma exclusiva a esa tarea, en segundo lugar, porque algunos cuidadores acceden a estas peticiones dada la necesidad que tienen de trabajar para generar ingresos, pero esto hace que se haga difuso su rol.

Respecto de la variable de empleo, los cuidadores de la Orden aunque logran insertarse rápidamente al mercado de cuidados, no logran mantenerse en ellos por más de cuatro meses continuos lo que denota una baja estabilidad laboral asociada principalmente a factores económicos de los adultos mayores y sus familias, que aunque requieren los servicios no tienen capacidad de pago. En suma el empleo generado por el PNCD se caracteriza por ser inestable, donde prima la modalidad de trabajo por horas pagadas semanalmente y donde los cuidadores no cotizan como monotributistas sociales, todos rasgos de generación de empleo informal que carece de la protección de la seguridad social que perjudica la calidad de vida de los cuidadores.

Sin embargo, cuando se indagó sobre el impacto que produjo el PNCD en la vida laboral de los cuidadores domiciliarios, las tres cuartas partes considera que el programa les permitió incrementar sus ingresos y la mitad mejorar el perfil laboral y su empleabilidad.

Entre los facilitadores del trabajo de cuidados en esta unidad efectora se encuentra la continuidad del programa en el barrio, alrededor de 18 años, lo que ha permitido que el PNCD sea ampliamente reconocido y aceptado, generándose una dinámica activa alrededor del tema de cuidado de los adultos mayores, fortalecido por el servicio de

información de cuidadores que presta la Orden y los servicios de voluntariado que lo complementa.

Por su parte, entre los obstáculos que han tenido los cuidadores domiciliarios para organizar el sistema de prestaciones de cuidados se encuentra la falta recursos económicos por parte de los adultos mayores tanto para costear los servicios como para adquirir las herramientas y dispositivos que requieren para ser atendidos adecuadamente, lo que aboca a los cuidadores a trabajar en circunstancias complejas desde el punto de vista sanitario sin contar con los medios y equipos idóneos para prestar el servicio debido, lo que genera un alto impacto emocional en los cuidadores que tienen que lidiar con sentimientos de impotencia y frustración en el desarrollo de su trabajo.

Finalmente entre las limitaciones del PNCD como estrategia para la inclusión social es de mencionar, que si bien el programa promueve la inserción social tanto de los adultos mayores que son atendidos por la red social generada a partir del posicionamiento del tema de cuidados en el barrio, es evidente que la falta de recursos económicos de la población del barrio conduce a la generación de trabajo informal y de baja calidad, que a su vez reproduce falta de oportunidades para salir de la marginación social a esta población por un lado, y servicios de atención de cuidado limitados e insuficientes a los adultos mayores, por el otro.

CAPÍTULO 6

Caso 3: Cooperativa Sembrando Vida Ltda

6.1 Introducción

La Cooperativa Sembrando Vida fue concebida desde el seno de la ONG Fundación Presbítero José Mario Pantaleo en su calidad de unidad efectora del PNCD de la DINAPAM. La Obra del Padre Mario, como comúnmente se la conoce, desde 1978 se dedica a promover el desarrollo humano en González Catán, partido de la Matanza en la provincia de Buenos Aires, a través de un modelo de redistribución solidaria y de gestión de servicios comunitarios a los diferentes grupos sociales de la zona.

La fundación cuenta con el Centro de Atención para Mayores (CAM) que vela por garantizar una adecuada atención de la persona que envejece en su entorno, procurando que ésta no sobrecargue al grupo familiar, ni se precipiten procesos mórbidos que lleven a una dependencia mayor, de manera tal que asiste y orienta, individual y grupalmente, en los aspectos médico, psicológico, ocupacional y social a los adultos mayores de la zona, brindándoles una asistencia diurna integral (centro de día), con el objetivo de la rehabilitación psicosocial, evitando internaciones prematuras geriátricas y hospitalarias.

El CAM en cooperación con la Fundación Navarro Viola y la DINAPAM ejecuta proyectos en favor del adulto mayor tales como la Experiencia Cuenta, Adopta un Nonno, Creando Vínculos de Integración Generacional, Detención de Deterioro Cognitivo de Prevención del Envejecimiento Mórbido y desde el 2005, de forma ininterrumpida, el Programa de Cuidadores Domiciliarios, que después de siete años ha capacitado a más de 200 personas y ha atendido a alrededor de 100 adultos mayores como parte de la prestación de cuidados (segundo componente). Producto de las capacitaciones del PNCD surgió la cooperativa de cuidadores domiciliarios Sembrando Vida apadrinada por la fundación.

La cooperativa nació formalmente en el año 2010 después del arduo esfuerzo de un grupo de cuidadores capacitados dentro del PNCD en la localidad de González Catán,

opera desde una oficina dentro de las instalaciones de la Obra del Padre Mario y ofrece sus servicios de atención domiciliaria a adultos mayores y a enfermos crónicos y terminales.

Sembrando Vida tiene como misión contribuir a la generación de empleo independiente de personas con bajo nivel de empleabilidad por cuestiones asociadas al sexo (transexuales) y madres cabeza de hogar con personas a cargo, quienes se ven atrapadas en círculos viciosos de pobreza y vulnerabilidad social dadas sus bajas condiciones educativas, sus compromisos familiares que les restringe el tiempo disponible para emplearse y su falta de formación para el empleo.

6.2 Características de la organización

6.2.1 Historia

El proyecto de formar una cooperativa auto gestionada surgió de la iniciativa de una promoción de cuidadores que al término de dos años de capacitación y experiencia institucional y comunitaria en cuidados de la población envejecida, decidió colocar en práctica los conocimientos adquiridos en su formación, donde además de su entrenamiento en temáticas propias de la labor como cuidador de los adultos mayores tales como los cambios biofísicos y psicológicos en la vejez, discapacidad y dependencia, patologías prevalentes, prevención, tratamiento y rehabilitación, hábitos de alimentación saludable, prevención de violencia y maltrato, entre otros que incluyen los módulos del PNCD, adquirieron conocimientos sobre la organización de sistemas de empleo y de distintas modalidades de asociativismo y cooperativismo.

La cooperativa no recibe subsidio alguno, se sostiene con el trabajo de los cuidadores que creen en la capacidad que tienen de servir a la comunidad de la cual son parte, atendiendo dos de las problemáticas sociales de su entorno: el cuidado de personas que presentan algún grado de dependencia y requieren asistencia domiciliaria y la generación de empleo e ingresos a través de la prestación de estos servicios personales y el alquiler de materiales ortopédicos, como sillas de ruedas, andadores, muletas, trípodes e inodoros portátiles, elementos comúnmente demandados por la población envejecida.

La cooperativa de trabajo asociado cuenta con personería jurídica, matrícula nacional y provincial. Está inscrita en el registro del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social – INAES dentro del régimen de trabajadores autónomos y ante la DINAPAM. Aunque no tiene formalizado un plan estratégico, tiene clara su razón de ser, lo cual se corrobora cuando se habla con el consejo de administración que la lidera.

La organización tiene como visión contar con instalaciones propias donde pueda prestar atención integral al adulto mayor las 24 horas del día, creciendo tanto en cobertura en la prestación de servicios como en la generación de fuentes de trabajo para los cuidadores.

Dentro de sus objetivos organizacionales se encuentra cumplir con los aspectos legales y funcionales que exige el Estado y las autoridades como la DINAPAM; servir a la comunidad en el cuidado de las personas que presentan alguna clase y grado de discapacidad, enfermedad o necesidad específica de cuidado y atención personal; retribuir en debida forma y tiempo con los compromisos adquiridos con los asociados a la cooperativa. El respeto a la diferencia, libre adhesión y retiro, compromiso y vocación de servicio, ética profesional, honestidad, solidaridad, compañerismo y participación económica se encuentran entre sus principios organizacionales.

La cooperativa se rige por un estatuto social. Su estructura orgánica está compuesta por un consejo administrativo comprendido por una presidenta, una tesorera, una secretaria, dos vocales y dos sindicadas (primera y segunda). El órgano directivo es la asamblea de socios integrada actualmente por 15 cuidadores, que se reúne de manera regular cada seis meses y si se requiere puede reunirse de manera extraordinaria. El sistema de rendición de cuentas es cada seis meses en las asambleas de socios, allí se presenta un informe financiero y administrativo detallado del periodo inmediatamente anterior aunque los términos del mismo es discrecional del consejo administrativo.

6.2.2 Integrantes

Actualmente todos los cuidadores de Sembrando Vida han sido formados por la Fundación Presbítero José Mario Pantaleo. La manera de vincularse a la cooperativa es manifestar que se adhiere voluntaria y libremente como socio cooperativista, demostrar que se encuentra desarrollando la capacitación del PNCD y que ha cursado más del 50% o que cuenta con la certificación de cuidador domiciliario independientemente de que sea egresado del PNCD, acatar lo establecido en el estatuto social y comprometerse a cumplir de forma periódica con los aportes sociales.

En este sentido, la Presidenta de la cooperativa afirma:

Tenemos algunos que acaban de inscribirse a la capacitación y ya se vienen a pedir trabajo, entonces nosotros tratamos de decir que tienen que tener por lo menos la mitad del curso hecho y este... y hacerle un tipo de curso rápido como presión arterial, como saber tomar la presión arterial, temperatura saber porque un paciente está frío, diabético, porque se puede descompensar cuando puede ser una hipotensión o hipertensión o cuando, una hipoglicemia o hiperglicemia ósea tratamos de darles conocimientos en primeros auxilios para poder mandarlos a lo mejor no directamente a cuidar un enfermo que requiera mucho cuidado sino esta gente la tomamos para una guardia de una noche en un hospital o una cosa así, también para ayudar al que está estudiando a que tenga un incentivo y algo para poder seguir estudiando. (Presidenta y cofundadora de la cooperativa).

6.2.3 Líneas de trabajo

La única línea de acción que tiene la cooperativa que además se constituye en su razón de ser es la atención del adulto mayor en su domicilio, prestando adicionalmente un servicio de alquiler de elementos de uso terapéuticos y de ayuda técnica a adultos mayores con problemas por ejemplo de locomoción o movilidad reducida

El campo de acción de Sembrando Vida es barrial, dentro del ámbito zonal de González Catán y los barrios circundantes. Sin embargo se proyecta en el futuro cercano abarcar la zona de Ciudad Evita así como de Pontevedra que pertenece al partido de Merlo para ampliar el eje de cobertura e influencia. Dentro de las líneas de acción de trabajo de la

organización se encuentran: 1) el área de bienestar social a los adultos mayores y de inclusión familiar y 2) el área de recreación y deporte (actualmente descontinuada).

El nivel de formalización operativa es básico, no cuentan con ninguna clase de documento que soporte las funciones que debe desarrollar cada integrante del consejo administrativo. Tampoco existe política de calidad, pero se trabaja en la elaboración de un estatuto interno.

6.2.4 Redes

Sembrando Vida no forma parte de ninguna red inter organizacional y trabaja de forma totalmente autónoma e independiente. La única relación organizacional que ha establecido es con la Fundación del Padre Mario, de la que recibe respaldo institucional beneficiándose del buen nombre de que goza la Obra y un lugar físico desde el cual operar.

6.2.5 Financiamiento

Dentro de las formas de financiamiento que tiene la cooperativa se encuentran los aportes sociales que corresponden a \$48 pesos como aporte inicial para las cuidadoras nuevas y a \$25 pesos para las cuidadoras antiguas más el 15% del total de los ingresos mensuales devengados de los contratos de prestación de servicios de las cuidadoras asociadas. Los contratos se celebran entre la cooperativa y el usuario de los servicios o algunos de sus familiares, de tal manera que el dinero se abona directamente a la cooperativa y ésta es la que cancela las horas laboradas en el mes por cada cuidadora realizando antes el respectivo descuento por concepto de los aportes sociales y los descuentos de ley. Adicionalmente se realizan de manera ocasional rifas y diversas actividades para la recolección de fondos y se alquilan elementos de uso terapéuticos (ayudas técnicas) que sirven en su mayoría para la movilidad de las personas tales como sillas de ruedas, andadores, muletas, trípodes e inodoros portátiles.

La forma en que se reinvierten los recursos económicos de la organización son a través de capacitación, generalmente de tres o cuatro horas que se ofrece cada trimestre.

Así mismo, el capital social sirve para cubrir los gastos administrativos generados como contraprestación al trabajo desarrollado por el consejo directivo, adquirir elementos terapéuticos para el alquiler y uso de la población adulta mayor que lo requiera, cumplir con los compromisos fiscales que surgen del desarrollo del objeto social, entre otros.

6.3 Características de los cuidadores capacitados por la organización

Es de precisar que esta organización, a diferencia de los otros dos casos de estudio, constituye en sí misma la unidad de análisis, es decir, en este apartado se describen las características de los cuidadores que hacen parte de la Cooperativa Sembrando Vida y no de los capacitados por la cooperativa, quien no cumple con esa función, puesto que es la Fundación del Padre Mario la unidad efectora del PNCD que lo hace.

A septiembre de 2013 la cooperativa estaba conformada por 15 cuidadores, entre las características de los miembros de la cooperativa se encontró que el nivel promedio de educación es básica primaria aunque existen algunos miembros que a pesar que cuentan con primaria incompleta han sido aceptados en el PNCD y por lo tanto en la cooperativa. Alrededor del 50% de los asociados cuentan con el nivel primario completo, el 5% con nivel secundario completo y el 10% con nivel terciario, el 35% restante cuenta con secundario incompleto.

El 82% de los miembros de la cooperativa son de sexo femenino, el 6% de sexo masculino y el 12% son parte de la comunidad transexual. La edad promedio de los asociados es de 45 años y el rango de edad se encuentra entre los 30 y los 65 años. Es interesante observar que un porcentaje significativo de los cooperativistas (35%) se encuentran en el rango de los 51 a los 70 años, y dentro de este subgrupo el 19% sobrepasa los 65 años de edad, lo que denota que existe una importante participación de adultos mayores cuidando a otros adultos mayores y que población en edad de jubilación se mantiene trabajando aún después de la edad establecida para salir del mercado de trabajo.

Otra de las características de los miembros cooperativistas es que el 60% pertenece a la clase baja y el 40% a la clase media baja, en general son jefe de hogar (50%) o tienen

la condición de esposos o esposas (50%) por lo tanto, en la mayoría de los casos los asociados son el principal receptor de ingresos del hogar.

Ahora bien, en cuanto a cómo se componen los hogares de los cuidadores, se encontró que en el 50% de los casos está compuesto por una o dos personas, y en un 25% por tres o cuatro personas, el 25% restante tienen hogares compuestos por cinco o seis personas. El 62% de los cuidadores viven en vivienda propia y se encuentran en un nivel socioeconómico bajo mientras que el 25% vive en vivienda familiar. Sólo el 13% es beneficiario de un plan social.

Con referencia a la clase de formación y experiencia laboral de los asociados, se encontró que por lo general no cuentan con formación gerontológica formal que anteceda su vinculación al mercado de cuidados domiciliarios, aunque si cuentan con experiencia previa en el trabajo con adultos mayores, lo que indica que es común encontrar que las personas antes de la capacitación y acreditación formal como cuidadores, atendían y cuidaban a adultos mayores, tanto sus propios familiares como terceros que al requerir el servicio convenían con estas personas sin importar que no contaran con la formación debida.

En lo que concierne al grado de inserción laboral logrado por los cuidadores formados se tiene que del total de los integrantes de la cooperativa el 100% lograron insertarse laboralmente aunque en algunos casos no de manera estable, es decir, por cortos periodos de tiempo, lo que tiene como consecuencia que algunos de ellos al no encontrar estabilidad se retiran de la cooperativa. Se estima un promedio de deserción en la cooperativa del 10%, exceptuando circunstancias extraordinarias como la ocurrida en el 2012, en la que se presentó un retiro masivo de cooperativistas cuando el consejo administrativo en un intento por crecer le apostó a un proceso licitatorio que no prosperó, gastándose todos los recursos con que contaba en ese momento la organización, dejándola a un paso de su disolución y cierre. Esto, sumado a otros aspectos deja entrever que la cooperativa no se ha consolidado lo suficiente y que sin el apoyo de la Fundación sería muy fácil que la organización naufragara en momentos de dificultad.

Una de las causas de deserción descritas que llama la atención por su particularidad es que la gente joven que se inscribe como cooperativista cuando hacen las practicas institucionales, por ejemplo en el centro de día de la Obra del Padre Mario, se dan cuenta que existen ciertas demandas de las personas mayores que no toleran, perdiendo el interés por esta labor.

6.4 Características de las prestaciones a los adultos mayores y del mercado de trabajo de cuidados domiciliarios

La difusión de los servicios de cuidado que prestan los cuidadores de la cooperativa Sembrando Vida se realiza principalmente por internet, dentro de la página web de la Fundación del Padre Mario, a través de algunos materiales de publicidad como son folletos entregados en mano o dejados en negocios alrededor de la zona de González Catán, pasacalles y afiches que colocan en las carteleras de la fundación.

La forma inicial en que la cooperativa se contacta con los interesados en contratar sus servicios es telefónicamente y por internet, luego se concreta una cita en el domicilio del interesado a la que va la presidenta de la cooperativa donde se hace una valoración del estado físico del adulto mayor, entorno familiar, se analizan las horas de cuidado que requiere la persona, la capacidad de pago, entre otros aspectos y posteriormente de acuerdo a la información recolectada por la presidenta y de haber analizado y acordado con los asociados quienes estarían interesados en la prestación, se realiza una oferta de servicio de cuidado. Todo este proceso de diagnóstico queda registrado en un formato que el MDS ha desarrollado para este fin (ver anexo I).

Entre los criterios más comunes para que un cuidador se decida por una prestación se encuentran en primera medida los ingresos ofrecidos, los cuales están relacionados con las horas por día o semana a contratar, la cercanía del domicilio del paciente con respecto al domicilio del cuidador y la disponibilidad de tiempo del cuidador.

El tiempo promedio de prestación de servicios de cuidado es de 40 horas por semana, sin embargo, la situación económica de las familias de los adultos mayores por lo

general las ha llevado a reducir la cantidad de tiempo. Los cooperativistas cuidan en promedio 1,6 adultos mayores en 1,4 turnos por día ocupándose en promedio 6,7 horas al día.

La cooperativa tiene un sistema de registro y control para el pago mensual a los cuidadores. Se trata de una planilla de asistencia a prestación (ver anexo II) que debe diligenciarse y firmarse diariamente por el prestatario de los servicios o la persona responsable del adulto mayor como prueba del tiempo que el cuidador ha estado desarrollando su labor. Al finalizar el mes y una vez que la cooperativa recibe el pago por parte del adulto mayor cuidado o su familia, el cuidador se acerca a las instalaciones de la cooperativa llevando consigo la planilla diligenciada y firmada y allí se realiza la liquidación y el pago de los servicios prestados durante el mes inmediatamente anterior. El valor cobrado por hora de cuidado diurno de lunes a viernes estaba a finales de 2013 en \$25 pesos de los cuales se le liquidan a la cuidadora \$17,56 pesos, los \$7,44 pesos restantes hacen parte de los aportes a la cooperativa y descuentos de ley. La hora en día sábado, domingo o feriado era de \$30 pesos y el valor neto pagado al cuidador era \$21,07 pesos al igual que la hora nocturna. El sector socioeconómico que atienden los asociados generalmente se encuentra entre clase media típica y clase media alta.

Cabe destacar que las labores de estos cuidadores abarcan tareas realizadas habitualmente por empleados domésticos, como limpieza de espacios que el adulto mayor comparte con el resto de la familia, gestión de trámites como pago de servicios públicos, preparación de alimentos para toda la familia.

Entre las ventajas que los asociados aprecian de la prestación de servicios de cuidado está (en la mayoría de los casos) el apoyo que reciben de los miembros de la familia del prestatario y especialmente la presencia de la cooperativa para la resolución de problemas y eventualidades, además de la constante orientación que reciben para atender las necesidades de los adultos mayores. Mientras que entre las principales dificultades que los cuidadores tienen para desarrollar su labor están los bajos ingresos por los servicios, la complejidad de las patologías que deben atender y paradójicamente la desmotivación que genera la falta de apoyo de la familia y de contención organizacional. No obstante, el 50% de los asociados afirman que sus ingresos laborales aumentaron después de la capacitación

como cuidadores dado que su perfil laboral mejoró, el 38% afirma que sus ingresos permanecieron iguales y el 13% dice que disminuyeron.

La continuidad en el trabajo promedio de un cuidador es indefinida, depende de las condiciones tanto de salud como económicas del prestatario. Entre las principales causas de terminación de los servicios se encuentra la falta de recursos económicos para continuar pagando el servicio, porque el paciente fallece o porque según su patología y diagnóstico ya no lo requiere. Sin embargo se encuentra como ventaja que, dada la demanda y el reconocimiento de la cooperativa como proveedora de servicios de cuidado, el tiempo promedio en que un cuidador de la cooperativa permanece cesante es de menos de un mes.

El mercado de cuidados domiciliarios que atiende la cooperativa Sembrando Vida es amplio, más aún cuando a pesar de que el espíritu con el que se creó la cooperativa era el de atender exclusivamente a la población adulta mayor que requería esta clase de servicios, dada la demanda de cuidados de otros grupos se amplió a enfermos crónicos y terminales y en general a toda persona que lo solicite no importa si se trata de un niño, un joven o un adulto. Cuando se indaga sobre los conocimientos que tienen los cuidadores para atender a otros grupos etarios diferentes a los adultos mayores la respuesta que surge es que en general la capacitación que se hace dentro del PNCD y la que se continúa ofreciendo desde la cooperativa es genérica y puede aplicarse a varios segmentos de la población y si existiera alguna laguna o falta de conocimiento sobre algún tema específico los cuidadores solicitan que se contrate o se prepare una capacitación para manejar dicho tema ya sea dentro del ámbito interno de la cooperativa o dentro de las actualizaciones y capacitaciones que constantemente ofrece la Fundación del Padre Mario en el marco del seguimiento que hacen los coordinadores del PNCD.

Una de las fortalezas que tiene la cooperativa es que en general sus asociados tienen vocación de servicio y alto grado de responsabilidad, lo cual beneficia el trabajo y la imagen de la cooperativa hacia la comunidad que atiende y que se refleja en la demanda.

Entre las principales amenazas que tiene el mercado de cuidados domiciliarios se encuentran las diversas y complejas problemáticas que atraviesan las familias del prestatario del servicio, lo cual permea la labor del cuidador e interfiere en su desarrollo.

Principalmente existen problemas de tipo económico y de quien debe responder por los servicios contratados, por ejemplo en el caso de los hijos de los adultos mayores que no asumen los gastos y responsabilidades que les demandan sus progenitores en la vejez.

Otro de los aspectos mencionados como amenaza lo constituye el hábitat y condiciones en que viven los adultos mayores cuidados, especialmente cuando viven solos y no reciben asistencia de ningún tercero. Es frecuente encontrar a los adultos mayores en condiciones de vivienda y aseo precarias, en situaciones que evidencian abandono. Ante este escenario es difícil la labor del cuidador domiciliario y es éste el que se ve abocado a emprender diversas acciones en favor de mejorar las condiciones de vida del adulto mayor con el apoyo y de la mano de la familia, en el mejor de los casos.

6.5 Efecto del PNCD en la vida laboral de los cuidadores

En este apartado se indaga y analiza el efecto del PNCD como estrategia para la inclusión laboral. Al respecto los cuidadores de Sembrando Vida indagados coinciden en afirmar que gracias al programa han logrado sacar a su familia adelante, permitiéndoles tener una salida laboral que además pueden combinar con el cuidado de sus hijos o personas a cargo, pues muchos de ellos tienen responsabilidades adicionales de cuidado con su propia familia y el poder manejar su tiempo mediante horas o turnos es una gran facilidad.

Para mí el ser cuidadora me ha cambiado la vida!, ...no te imaginás... amo lo que hago... me siento realizada!!!, antes sólo tenía changas de servicio doméstico, sólo servía para eso ... suponete no sabía hacer nada más, luego aparece la oportunidad de capacitarme en algo que yo siempre había querido hacer, el trabajo social para ayudar a gente que lo necesita ... (lágrima en los ojos) ... lo dude, porque sentía miedo... casi,casi no tenía tiempo, no podía dejar de trabajar, vos sabrás, tenía a mis hijos, pero la trabajadora social me aconsejó y yo le hice caso, ahora no me arrepiento ... soy una profesional del cuidado al adulto mayor, tengo laburo... nunca me falta, cada vez más experiencia, tengo mi obra social porque soy monotributista social, abono para mi pensión en la vejez, soy trabajadora independiente... manejo mi horario, mis turnos, mi tiempo, estoy pendiente de mis hijos... ¿qué más puedo pedir?... (Cuidadora asociada a la cooperativa desde el 2011).

En efecto la labor de cuidado, especialmente de las mujeres cooperativistas, no solo se circunscribe al ámbito laboral remunerado, el trabajo de cuidadoras lo suelen ejercer durante todas las etapas de su vida, iniciando con la crianza de sus hijos, para luego seguir con los padres, nietos y finalmente concluir en edades avanzadas, prestando cuidados al cónyuge ante situaciones de enfermedad y discapacidad (Huenchuan, 2010). Es así como en realidad, la prestación de servicios de cuidado lo desarrolla hacia dentro de su familia y hacia fuera de ella, trabajando a doble turno, de forma extendida y desproporcionada con respecto a los hombres.

Por lo general se trata de mujeres jóvenes que se van a vivir en pareja desde muy tempranas edades, tienen hijos y después de maltratos y condiciones de vida lamentables, deciden abandonar a sus parejas o éstas las abandonan, viéndose abocadas a sostener económicamente a sus hijos sin tener quien se los cuide, por lo que algunas de ellas deben ir con los hijos a trabajar.

En consecuencia, capacitarse en un oficio como el de cuidadoras les ofrece posibilidades para trabajar por horas o medio tiempo con ingresos mayores que los que se pudieran ganar como empleadas domésticas, lo que se refleja en que el 100% consideran que el programa les permitió mejorar su perfil laboral y el 50% mejorar sus ingresos, sólo el 12% dijo haber experimentado una disminución de sus ingresos.

Algunos otros de los efectos que el PNCD logró en sus vidas fue el reposicionarlas socialmente frente a la sociedad y a su familia, tal y como lo presenta el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Percepción de los efectos del PNCD en la vida laboral de los cuidadores de Sembrando Vida

Pregunta	Valoración positiva (10 a 7)	Valoración media (6 a 4)	Valoración escasa (3 a 1)	No sabe/No responde
¿Cuánto cree que logró superarse laboralmente al ser beneficiario del PNCD	50%	37%		13%
¿Cuánto siente que logró realizarse personalmente al ser un cuidador domiciliario?	56%	7%		37%

¿Cuánto considera que haber sido parte del PNCD impactó positivamente su proyecto de vida?	100%			
¿Cuánto cree que ser cuidador domiciliario lo reposicionó (cambió la percepción) frente a su propia familia?	100%			
¿Cuánto cree aumentó su nivel de autoestima después del PNCD?	100%			

Se observa como los cuidadores de Sembrando Vida consideran positivo y beneficioso el haber sido parte del PNCD, especialmente porque para el 100% de ellos el programa contribuyó a su proyecto de vida, los reposicionó frente a su familia y les permitió mejorar su autoestima y amor propio, percibiendo que el PNCD logró dotarlos de elementos que les ha conferido ser los autores de su propio destino en un 87% de los casos.

Un efecto del PNCD a destacar, según la mirada de los cuidadores, es que la sociedad en su conjunto ha ido cambiando la concepción que tenía sobre la labor del cuidador, descubriendo que el cuidado personal de los adultos mayores, no sólo es una necesidad social sino un servicio esencial dentro del proceso de envejecimiento generalizado de la población argentina:

Ahora la gente comprende por qué la labor del cuidador es valiosa e importante, saben que no es una tarea más dentro del ámbito doméstico, sino un trabajo digno, respetable y hasta admirable... los cuidadores han transmitido a sus familias muchas de las enseñanzas del curso y se perciben asimismo como unos profesionales del cuidado, lo que los ha valorizado frente a su propia familia y dentro de la comunidad (Miembro del Consejo de Administración de la Cooperativa).

Asimismo el 100% de los cuidadores considera beneficioso asociarse con otros cuidadores y formar una cooperativa, aun cuando lograrlo implique superar ciertos obstáculos como la falta de conocimientos, tiempo y compromiso por parte de algunos cuidadores.

Uno de los aspectos que coinciden en rescatar los cuidadores es que la formación es de muy buen nivel, sentando bases para un buen desempeño en el trabajo, adicionalmente el sistema de prácticas complementa esa preparación. La beca que otorga la DINAPAM es

fundamental para muchos de los beneficiados, pues soporta en alguna medida el tiempo dedicado a la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos mientras se empieza a devengar ingresos una vez se gradúan como cuidadores. Adicionalmente la flexibilidad laboral que permite el trabajo de cuidador domiciliario también hace la diferencia frente a otras labores, ya que laborar por horas les permite manejar sus tiempos y actividades.

Hay que mencionar además, que una de las grandes ventajas identificadas es la de incluirse en el mercado formal de trabajo: han empezado a cotizar al sistema previsional y ahora cuentan con obra social al encontrarse inscriptos y cotizando como monotributistas sociales en un 100% de los casos, ya que es un requisito para ser parte de la cooperativa, así como contar con la tarjeta de sanidad y certificado de antecedentes penales:

Antes en las changas que conseguía nunca tuve una obra social y menos pensar en que podía aportar para una pensión en mi vejez, pero ahora me encuentro como monotributista y sí... eso, eso ha hecho la diferencia en la calidad de trabajo y vida que llevo (Cuidador asociado en el 2011).

Pero sin lugar a dudas, las personas más beneficiadas del PNCD y de ser parte de la cooperativa han sido las personas de mayor edad, pues ellas creían que ya no tenían oportunidad de insertarse de nuevo al mercado de trabajo, pero para ser cuidador de Sembrando Vida no hay límite de edad como tal, sólo se evalúa la capacidad de realizar las funciones propias de la labor, y el ser aceptado en el PNCD ya es una condición suficiente.

Consecuentemente, inmerso en esta realidad se encuentra un tema que ha venido ganando importancia dentro de las diversas aristas del envejecimiento poblacional y es la continuidad laboral más allá de edades jubilatorias. Viene entonces a lugar el concepto de envejecimiento diferencial, asociado a que el envejecimiento es un proceso que difiere para cada persona y que se encuentra ligado a diversos factores del contexto en el cual se desarrolla cada historia de vida, en los que cuentan aspectos de índole económico, social, cultural, ecológico, así como los relacionados con género, nivel educativo y trayectoria laboral (Huenchuan, 2004b).

La edad relativizada replantea el concepto social de envejecimiento y como en este caso, reconoce la experiencia laboral que ha ganado una persona a lo largo de su vida, abriendo la puerta a que adultos mayores puedan ser beneficiados del programa, aun cuando el mismo dispone que los destinatarios de la capacitación deban estar en un rango de edad entre 25 y 50 años:

Yo creía que a esta edad no era posible poder seguir activa en el trabajo, y aunque al principio no me querían dejar hacer la capacitación, luego se dieron cuenta que todavía tengo que aportar a esta comunidad, y aunque sé que mis conocimientos en enfermería me ayudaron para ser cuidadora y para aportarles a mis compañeras de curso mi experiencia, lo que más valoro del programa es la oportunidad que le da a las personas que son excluidas del mercado como yo y como por ejemplo los travestis que se hicieron cuidadoras. (Presidenta y cofundadora de la cooperativa).

6.6 Principales facilitadores y obstáculos en la prestación de servicios

Entre los facilitadores que han tenido los cuidadores domiciliarios para organizar el sistema de prestación de cuidados se encuentra indudablemente la vocación para servir a la población envejecida, el amor por los adultos mayores, el deseo y luego la convicción para nadar contra la corriente, de ser parte del cambio y la superación de los problemas que aquejan a esta población:

Cuando tenés ese sentir especial por las personas mayores y sus necesidades es más fácil aprender a sortear los inconvenientes que se presentan en el día a día de esta labor tan bonita, vos hacés lo que sea por ellos porque casi que terminan siendo parte de tu familia aunque no se deba ver así (Cuidadora asociada en el 2012).

El apoyo de la familia como la contención de la organización para que los cuidadores logren sortear y dar manejo a las complejas problemáticas en que se pueden ver involucrados en el desarrollo de sus labores, es crucial para el éxito de los servicios prestados. En este sentido, el personal que forma parte del consejo de administración de la cooperativa sirve de soporte y contención a los cuidadores que siempre encuentran en ellas una respuesta y ayuda en el momento requerido.

Entre los obstáculos en la prestación de servicios los asociados consideran que la falta de recursos económicos de la población que atienden, llevan a que los adultos mayores no reciban el suficiente cuidado y acompañamiento que requieren y en las pocas horas de cuidado que pueden pagar, no se logra atender todas sus necesidades, lo que repercute negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores, quedando parcialmente atendidos.

En este sentido, la presidenta de la cooperativa considera que el PNCD debería destinar mayores recursos económicos tanto para aumentar la cobertura de cuidados a adultos mayores que no cuentan con una obra social y se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, subsidiando a más cuidadores el segundo componente que conlleva la práctica de prestación de servicios, como para asumir parte de los costos de cuidado domiciliario en poblaciones como la de González Catán, donde la capacidad adquisitiva es escasa, más aun si se tiene en cuenta que con el transcurrir del tiempo se acrecientan las demandas de la población objetivo de estos servicios.

Una de las alternativas frente a este obstáculo, analizan los entrevistados, es establecer convenios con el PAMI que materialicen el 100% de la financiación de los servicios de cuidado domiciliario que requieren sus afiliados, los cuales se deberían tramitar y asignar de forma oportuna a todos los adultos mayores que así lo soliciten.

Un segundo obstáculo que refiere el referente clave de la cooperativa es la falta de la reglamentación de la labor como cuidador por parte del Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social de la Nación, propiciando confusiones y malinterpretaciones entre los usuarios de sus servicios que pretenden equiparar el servicio de cuidador con el servicio doméstico.

Es necesario una ley que reglamente la labor del cuidador domiciliario donde se establezcan claramente los diferentes aspectos relacionados con aspectos como la remuneración y condiciones de trabajo, las tareas que nos corresponden, las responsabilidades y obligaciones, los derechos laborales que tenemos como cuidadores, porque ¿De qué sirve que la actividad este formalmente reconocida por el Ministerio de Educación si no existe, no tenés un régimen laboral que te cobije? (Presidenta y cofundadora de la cooperativa).

6.7 El PNCD como estrategia para la inclusión social

El PNCD como estrategia para la inclusión social en la Cooperativa Sembrando logra principalmente la inclusión de los capacitados desde el punto de vista del trabajo, ampliando las posibilidades de subsistencia de personas con bajo nivel de educación. El valor agregado en este caso es que de una manera u otra no sólo se logra formar para el desempeño de una labor de cuidador que posibilita un medio de subsistencia, sino que se estimula la capacidad que tienen los cuidadores para auto gestionarse y autogenerarse fuentes de ingresos a través de modelos asociativos.

Es claro así que el PNCD cumple su objetivo de incluir desde el primer eje de Castel (1995) aumentando las posibilidades de existencia en el ámbito económico, generándose un plus, que es la creación de capital social a través del empoderamiento de población que históricamente ha permanecido excluida. No obstante, con referencia al segundo eje asociado con la inclusión social, si bien los cuidadores logran integrarse y ser parte de un grupo de asociados a una organización como es el caso de la cooperativa, los alcances del programa no son tan perceptibles desde el ámbito de la inserción de los adultos mayores, aunque constituyen un paso hacia ello en el sentido que poco a poco va siendo un instrumento donde logran ser el foco de atención de organizaciones como la cooperativa, quedando excluidos o no de acuerdo a sus posibilidades económicas para acceder a los servicios que ofrecen los cooperativistas.

6.8 A modo de síntesis

La Cooperativa Sembrando Vida constituye un caso de estudio donde una política social sectorizada que tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de la atención adecuada en el domicilio mediante la capacitación a personas de la comunidad para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios, genera valor agregado al estimular entre los egresados del programa la conformación de cooperativas de cuidadores, logrando generar una dinámica social activa hacia el desarrollo local comunitario.

Frente a los otros dos casos de estudio, la Cooperativa Sembrando Vida es un ejemplo del mayor grado organizacional del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios, puesto que se trata de una unidad organizacional estructurada e independiente que presta servicios de cuidado a los adultos mayores facilitando el envejecimiento en el hogar y evitando o postergando la institucionalización al mismo tiempo que favorece el surgimiento de redes de apoyo a la vejez.

Se trata de una cooperativa de trabajo asociado que cuenta con personería jurídica y está inscrita en el registro del INAES, lleva cuatro años de constituida y se encuentra conformada por 15 miembros cooperativistas. Su misión es prestar ayuda y atención a adultos mayores que lo requieran, al mismo tiempo que genera trabajo e ingresos a personas con bajo nivel de empleabilidad propiciando la inclusión social. Dentro de sus prestatarios también se encuentran enfermos crónicos y terminales que requieren de servicios de cuidado domiciliario.

Sembrando Vida a pesar que se encuentra constituida legalmente, a nivel interno no cuenta con un plan estratégico que la sustente, es decir su formalización operativa es mínima, lo que genera incertidumbre y falta de claridad en la estrategia a seguir para alcanzar las metas que se tienen, convirtiéndose en sueños más que en propósitos alcanzables, lo que sin duda afecta su estabilidad organizacional y proyección hacia el futuro, así como la capacidad para afrontar imprevistos o problemas complejos.

Por lo tanto, es imperante el fortalecimiento de la capacidad organizacional mediante un proceso que establezca estructuras formales o sistemáticas (elaboración y divulgación de manual de funciones y procedimientos), desarrollar políticas de calidad, de servicio al cliente y definir valores organizacionales que sirvan como hoja de ruta al quehacer institucional; diseñar estrategias de corto, mediano y largo plazo que disminuyan el nivel de riesgo y potencien las posibilidades de éxito del proyecto asociativo, mejorar los sistemas y habilidades de gestión administrativa que conlleven a construir una organización más sólida y consolidada.

De igual manera, es necesario desarrollar nuevas formas de financiamiento, ya que se observa un alto grado de limitación por cuestiones financieras y es conveniente generar

fuentes de ingresos que permitan una cooperativa sustentable y con proyección hacia el futuro.

Entre las características de los miembros de la organización que más llaman la atención es que el 35% de los cuidadores se encuentran en el rango de los 51 a los 70 años, y dentro de este subgrupo el 19% sobrepasa los 65 años de edad, siendo la edad promedio 45 años, lo que marca una tendencia que conlleva a que adultos mayores estén al cuidado de otros adultos mayores y que la sostenibilidad de la cooperativa a mediano plazo dependa de un cambio generacional que debe planificarse desde ahora.

Otro de los aspectos encontrados es que el 50% de los cooperativistas tienen hogares compuestos por una o dos personas y su nivel socioeconómico es bajo, lo que es indicativo, dada su edad promedio, que existe alto riesgo de que en su vejez no cuenten con una red de apoyo familiar que los soporte, estando expuestos a situaciones de vulnerabilidad y expuestos a repetir el círculo de exclusión social que hoy en día viven los prestatarios de sus servicios.

La prestación de los servicios de cuidado de la Cooperativa Sembrando Vida se ve favorecida por el amplio mercado o campo de acción, la buena imagen que tiene la organización lograda a partir de un trabajo responsable y sobre todo del respaldo y la excelente imagen que tiene la Fundación del Padre Mario. De igual manera se resalta la colaboración que se prestan entre sí los cuidadores, cubriendo turnos en los que se reemplazan entre sí. Algunos de los aspectos que dificultan la prestación de los servicios son las condiciones económicas de los prestatarios del servicio así como las enfermedades complejas que atraviesan. Adicionalmente la falta de redes de apoyo familiares en que se encuentran los adultos mayores y algunas situaciones de abandono que complejiza el trabajo de cuidados ofrecidos por los cooperativistas, los que a su vez son hacen parte de redes inter organizacionales que puedan apoyar dichas situaciones.

Finalmente entre los principales efectos producidos por el PNCD en la vida laboral de los cuidadores se destacan el acceder al mercado formal teniendo la posibilidad mediante el monotributo social de cotizar para una jubilación así como de contar con los servicios de una obra social aún en una etapa de la vida como la vejez cuando ya no se

cuenta con muchas posibilidades de trabajo remunerado y de administrar el tiempo combinando sus roles como jefes de hogar, madres y/o padres y cuidadores domiciliarios.

El caso de la Cooperativa constituye así, un caso único de los encontrados en el Gran Buenos Aires, donde prosperó uno de los objetivos del PNCD, que los egresados logren organizarse en una cooperativa de trabajo propiciando entornos que satisfagan la necesidad de cuidado en el marco del proceso de envejecimiento que vive la Argentina.

Para alcanzar este objetivo, confluyeron varios factores que favorecieron el nacimiento y han sostenido en el tiempo a la cooperativa, uno de ellos sin duda es el apoyo que ha recibido la cooperativa de la Fundación del Padre Mario, organización que no sólo les ha albergado dentro de sus instalaciones de forma gratuita, sino que ha sido el promotor constante de sus servicios ofreciéndoles un lugar en su página web donde los anuncia.

Aunque el respaldo de la Fundación que actúa como unidad efectora del programa desde el 2005, especialmente de la coordinadora del PNCD ha sido definitivo, en períodos de crisis como en el año 2012 ha sido fundamental.

No obstante, en el tiempo que lleva funcionando a pesar de toda clase de inconvenientes de índole humano, organizacional y administrativo, la Cooperativa Sembrando Vida ha logrado salir adelante y mantener un proyecto de cooperación conjunta donde los cuidadores egresados del programa han asumido un rol protagonista al asociarse y auto gestionarse, a la vez que colocan al servicio de la población adulta mayor sus conocimientos y habilidades, algo que para muchos cuidadores ha sido imposible, constituyéndose quizás en uno de los resultados más valiosos de la puesta en marcha del PNCD en el Gran Buenos Aires en los años que lleva implementándose.

CAPÍTULO 7

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones y consideraciones finales del análisis de los tres casos de estudio que intentan retomar los principales hallazgos alcanzados a través del presente trabajo.

El primer hallazgo se relaciona con el objetivo general de la investigación que es analizar el PNCD como estrategia para la inclusión social, en este sentido a lo largo del trabajo desarrollado se pudo identificar claramente dos logros del programa que favorecen la inclusión social. Éstos si bien van en sentidos diferentes, contribuyen a la equidad y superación social de las comunidades donde se implementa, manteniendo relación con los dos ejes que denotan carencia dentro del concepto de exclusión acuñado por Robert Castel (1995): El primero vinculado al trabajo que implica los medios por los cuales un individuo logra reproducir su existencia en el plano económico; el segundo relacionado con la inscripción o la ruptura con respecto al sistema relacional en el que se inscribe su existencia en el ámbito afectivo y social.

El primer eje se asocia con las posibilidades de existencia en el ámbito económico y encaja con la capacitación que ofrece el programa a personas de baja o nula calificación laboral, dotándolas de conocimientos y habilidades específicas para el trabajo.

La formación impartida se convierte así, en un saber específico que permite la inserción a un mercado laboral de servicios personales de cuidado cada vez más amplio, tal y como lo indican importantes sociólogos y economistas contemporáneos como el estadounidense Robert Reich (Reich, 1993).

Reich en la década de los '90, visualizó una de las consecuencias del fenómeno del envejecimiento poblacional: la explosión de la demanda de servicios personales para el cuidado de personas de edad (Reich, 1993: 214). Este fenómeno ha venido ocurriendo paulatinamente tanto en países que cuentan con poder adquisitivo para pagar esta clase de

servicios, como en países en que las condiciones económicas de su población, no permiten pagar por la atención y cuidado personalizado de la población envejecida.

Ahora bien, las políticas sociales de inclusión social pueden apuntar a diversos aspectos, en este caso específico el PNDC apunta a la inclusión social de población en situación de vulnerabilidad económica desde la perspectiva del acceso al trabajo, a partir de la formación para el desarrollo de capacidades para la auto gestión y la generación de fuentes de ingresos a través de promoción de modelos asociativos, pero a la vez, de construir capital social para la creación de redes de apoyo comunitario para el adulto mayor. De este modo se pone en juego una política pública que apunta a satisfacer las necesidades tanto de la población desempleada como de la envejecida.

La creación de capital social, que puede analizarse como consecuencia secundaria del PNCD, consigue transformarse en un poderoso instrumento de “empoderamiento” de sectores sociales históricamente excluidos como lo son las zonas donde se ubican las organizaciones que se estudian en este trabajo (barrio Ejército de los Andes conocido como Fuerte Apache, Villa La Cava de San Isidro y la localidad de González Catán). .

El segundo efecto del PNCD, relacionado con la inserción en una sociabilidad, según Castel (1995), se traduce en las posibilidades de existencia en el ámbito afectivo y social. En este sentido, el programa ha implicado inclusión social cuando se analiza el cambio de visión de la sociedad hacia las personas mayores, contribuyendo en la ruptura de los prejuicios y estereotipos organizacionales y sociales frente a esta población, históricamente excluida e ignorada por el simple hecho de la edad, fenómeno conocido como edadismo (Molina, 2000).

Al respecto, el PNCD a través de la formación impartida a los diferentes grupos sociales (organizaciones con que convenía el programa, grupo técnico que ejecuta los componentes, cuidadores capacitados) logra generar una re conceptualización de la vejez, que produce a su vez un cambio de actitud hacia ella. Lo anterior se evidencia en lo expresado por los referentes de las organizaciones:

A partir del programa se ha incorporado cambios en la mirada del adulto mayor, los paradigmas en relación al adulto mayor se han roto, igual frente a todas las personas discapacitadas, lo que antes se tenía como malo, ahora se tiene como una consigna positiva..., la concientización de la comunidad en que hay derechos, sueños, actividades y muchos roles por cumplir aun cuando se llega a esa etapa de la vida..., el programa nos ha enseñado a valorarlos, a respetarlos y servirles como lo hacemos con cualquier otra población (Referente de la Orden de los Frailes Menores).

Ahora, dentro de los hallazgos encontrados al analizar las diferentes formas organizacionales del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios en el Gran Buenos Aires se encontró que existen diversos factores que determinan la manera en que los cuidadores formados junto con las organizaciones de la sociedad civil organizan estas prestaciones en el tiempo.

Es así como, en el primer caso de estudio que se trataba de una organización que sólo había celebrado dos convenios no se evidencia como tal un sistema de prestaciones, sólo una forma individualizada de prestación de servicios de cuidado en base a una demanda recibida en buena parte por la Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea como unidad efectora del programa y gestionada por uno de los egresados del programa, en un esfuerzo por articular la demanda frente a la oferta de servicios, que, lo que a efectos del presente estudio se ha ejemplarizado como un primer estadio organizacional.

Uno de esos factores que determinan este primer caso de estudio precisamente tiene que ver con el poco tiempo que lleva el programa en la organización, es decir, con la permanencia del PNCD. Frente a este primer factor, Casa de Galilea como efectora del PNCD es la organización más joven dentro de las tres estudiadas, aspecto que no le ha permitido la consolidación del mismo ni el posicionamiento y jerarquización tanto del tema del cuidado domiciliario como del trabajo con los adultos mayores al interior de Casa de Galilea ni dentro de la comunidad de la que forma parte. En el caso de La Orden de los Frailes Menores, que representa el nivel organizacional intermedio de prestaciones de cuidados domiciliarios, donde el PNCD lleva implementándose diez años aproximadamente de manera ininterrumpida (18 años en total), es evidente el posicionamiento, a nivel organización y dentro de la comunidad, del tema del cuidado domiciliario de los adultos mayores de la mano de los cuidadores formados.

Otro de los determinantes en la forma como se constituye el sistema de prestaciones de cuidados dentro de una comunidad es el papel desempeñado por la unidad efectora. En el caso la Asociación Civil Amigos de Casa de Galilea una vez finalizado los dos componentes del programa, el trabajo alrededor de la atención de las necesidades de los adultos mayores no se modificó, es decir, no se crearon o ampliaron las líneas de acción de la organización para con los adultos mayores y sus familias, como tampoco se constituyó alguna clase de mecanismo que les permitiera llevar a cabo la intermediación laboral a la que se ve abocada la unidad gestora de la política pública al convertirse en referente local del tema de cuidados. Esto tiene relación con la falta de liderazgo y enfoque de Casa de Galilea en este grupo etario si se tiene en cuenta que de los 13 proyectos que desarrolla sólo dos tienen como población objetivo a los adultos mayores. Por el contrario, tanto en el caso de La Orden de los Frailes Menores como en La Cooperativa Sembrando Vida, donde se evidencia una línea de acción bien definida de la organización para con los adultos mayores y es claro el enfoque y el liderazgo dentro de la comunidad frente al tema.

Se destaca en este aspecto de manera especial el que constituye el tercer caso de estudio, esto es La Cooperativa de cuidadores Sembrando Vida, donde el servicio de cuidado domiciliario a los adultos mayores es la razón de ser de la organización, siendo el estadio organizacional más avanzado, entre los tres casos estudiados, en el sistema de prestación de servicios de cuidado. Mientras que en los otros dos casos la atención a este grupo etario es sólo una línea de acción, en Sembrando Vida es su única línea de acción y su razón de ser, aunque se encontró, al igual que en los demás casos que prestan servicios de cuidado a todos los grupos poblacionales que así lo requieran.

Un tercer factor de influencia que favorece la instalación de un sistema de prestación de servicios se relaciona con la cohesión, comunicación e interacción establecida a partir del programa entre la unidad efectora, los egresados y los adultos mayores o sus familias demandantes del servicio.

Con referencia a este factor se observó que en Casa de Galilea no existe una relación estrecha entre la organización y sus egresados, en especial dentro de la segunda promoción de egresados. En este sentido la organización no asumió como propio el desafío

de participar en la creación de una red de apoyo alrededor del adulto mayor y solo cumplió estrictamente lo acordado con la DINAPAM en relación a capacitaciones de actualización, a escucha, apoyo y contención a los cuidadores especialmente durante el tiempo inmediatamente posterior a la terminación del sistema de prestación.

Por su parte, los egresados de esta organización por lo general una vez logran ubicarse laboralmente van perdiendo contacto con Casa de Galilea aunque en general permanecen en contacto con los demás cuidadores, entre otras cosas, porque uno de ellos es el que hace las veces de coordinador de la oferta y la demanda de servicios informada por la unidad efectora, aspecto considerado no propicio para estrechar los lazos entre la organización y sus cuidadores egresados. Esta intermediación y la relación e interacción ciertamente exigua entre la organización y sus egresados reduce las posibilidades de realización de acciones cooperativas conjuntas que tengan como objetivo la conformación de algún tipo de asociación de cuidadores.

No pasa lo mismo en las otras dos organizaciones estudiadas donde es evidente una relación entre la unidad efectora y sus egresados que traspasa la línea de lo formal para constituirse en lo que se podría denominar una relación de confianza cooperación y aprecio mutuo donde prima el compromiso con el otro, enriquecido por la cercanía entre vecinos que están atentos a ayudarse unos a otros y por la colaboración e interacción con la comunidad.

En el caso de la Orden de los Frailes Menores, que es la unidad efectora que más tiempo lleva implementando el programa se evidenció de manera particular la existencia de una red social liderada por la comunidad religiosa que promueve entre los cuidadores y en general en la comunidad de la que es parte, la solidaridad lo que ha infundido en los cuidadores egresados un profundo sentido social volcado en el trabajo con los adultos mayores dentro del grupo de voluntariado y fuera de este, a quienes visitan, atienden y ayudan continuamente rompiendo la barrera de la indiferencia y del individualismo así como con la tendencia a la desafiliación predominante en las sociedades modernas (Castel, 1997).

En el caso de la Cooperativa Sembrando Vida, aunque menos evidente, se observan relaciones sólidas entre la unidad efectora y los egresados del programa, los que ahora son los asociados a la Cooperativa, construidas durante el período de más de ocho años que lleva implementándose el PNCD en la Fundación del Padre Mario. Producto de esta cohesión e interacción establecida a partir del programa entre la unidad efectora y sus egresados y específicamente, entre el equipo técnico del PNCD y los cuidadores capacitados fue que se gestó y se hizo realidad la conformación de la Cooperativa, siendo uno de los únicos casos en el Gran Buenos Aires en que se ha concretado esta clase de iniciativas, auspiciada totalmente por la Fundación que aún hoy los alberga y les brinda un espacio en sus instalaciones.

Por último, un factor que se analiza influye en la manera en que los cuidadores formados se organizan o no para ofrecer los servicios de cuidado domiciliario en su comunidad, son las características de la población sobre la cual se aplicó la política pública, es decir, el grupo de personas capacitadas dentro del PNCD, en este caso el grupo de egresados de Casa de Galilea son cuidadores mujeres (89%) con una edad promedio de 33 años, con secundaria completa, perteneciente a un nivel socioeconómico medio bajo, el 60% de ellos ocupaba la posición de hijos y sólo el 20% la de esposo (a) y el 20% restante la de jefe de hogar. El perfil de cuidadores de esta organización es de personas especialmente jóvenes, que en su mayoría no eran el principal receptor de ingresos del hogar, que podrían tener relativamente disposición de tiempo dado su posición de hijo y por ende emplearse o no en la labor para la cual fue capacitada.

En contraste encontramos a los cuidadores capacitados en la Orden de los Frailes Menores, quienes se caracterizan por ser mujeres de 38 años en promedio, con un nivel de estudios de secundaria incompleta, pertenecientes a una clase socioeconómica baja, en su mayoría jefes de hogar y principal receptor de ingresos en el hogar. Se analiza que en general son personas adultas, madres que dado su bajo nivel educativo y de calificación para el trabajo no habían tenido muchas posibilidades de emplearse en labores diferentes a servicios domésticos, con alto sentido y compromiso social que las mueve no solo a trabajar de cuidadoras sino también a realizar acciones altruistas y de servicio a la comunidad adulta mayor de su entorno.

Finalmente están los cuidadores de Sembrando Vida, egresados de la Fundación del Padre Mario y organizados como cooperativa de cuidadores, caracterizados por ser mujeres de 45 años en promedio, con nivel educativo de primaria completa pertenecientes a la clase social media baja, jefes de hogar y esposas principales generadoras de ingresos dentro de su familia, a quienes el PNCD les significó la oportunidad de capacitarse y junto al apoyo del equipo técnico del programa, emprender un proyecto de autogestión que les permitió explorar el trabajo en equipo, que sumadas a sus ganas de salir adelante les ha valido el logro de trabajar mancomunadamente por ser las autoras de su propio destino.

Por su parte las características de las prestaciones de Casa de Galilea se diferencian de las otras dos organizaciones en el enfoque comercial que se le da al servicio de cuidado, es decir, que los cuidadores administran los conocimientos adquiridos basados en criterios básicamente mercantilistas más que sociales y de servicio a la comunidad de la que son parte, evidenciándose que lo que determina la prestación de servicios es el factor económico, que atienden a usuarios de todas las clases sociales y en diferentes zonas del Gran Buenos Aires, que no son parte de ninguna red de apoyo comunitario a los adultos mayores, llevando a cabo en este sentido un trabajo escaso y aislado, además son los cuidadores que se emplean en promedio por más horas al día (8.8), cobrando alrededor de \$22,5 pesos la hora.

En contraste, entre las características de las prestaciones que ofrecen a las personas mayores los cuidadores de la Orden de los Frailes Menores y los cooperativistas de Sembrando Vida se encontró que los cuidadores muestran un alto sentido social, especialmente en el caso de la Orden de los Frailes Menores, donde llevan a cabo acciones de apoyo y contención a la comunidad adulta mayor circundante, siendo parte del voluntariado de la unidad efectora y trabajando de la mano con organizaciones de la sociedad civil en la temática de las personas mayores. Entre los rasgos que comparten las prestaciones de ambas organizaciones está que los servicios se prestan en la mayoría de los casos en la zona circundante a donde se ubica la unidad efectora, es decir, de manera local, siendo éste uno de los principales factores para que se concrete el servicio, además del factor económico. La población que atienden se encuentra en promedio en un estrato socioeconómico de clase media baja y media típica, cobrando en promedio \$27,5 por hora

de cuidados durante 4 horas y en 1.4 turnos al día en el caso de la Orden de los Frailes Menores y, 6.7 horas por 1.4 turnos al día en el caso de la Cooperativa Sembrando Vida.

Una de las grandes diferencias del trabajo de cuidado prestado por los cuidadores de la cooperativa, es que se trata de servicios corporativos, es decir, prestados por los miembros de una organización y pagados a la misma, en cambio en los otros dos casos se trata de un servicio particular individualizado en donde se actúa por cuenta propia. De esta condición se desprende el hecho que sólo los cuidadores de Sembrando Vida sean en su totalidad monotributistas (sociales) desarrollando su actividad económica dentro del mercado formal del trabajo gozando de prestaciones sociales, no así en el caso de los cuidadores de Casa de Galilea y de la Orden de los Frailes Menores, donde se desarrolla la labor de cuidador bajo condiciones de precariedad e informalidad dado que no se cotiza como monotributista, siendo éste uno de los valores agregados que ofrece el asociarse, constituir una cooperativa de cuidadores y tributar en un sistema contributivo subsidiado por el Estado.

Otro de los aspectos analizados dentro de la política de cuidadores domiciliarios fueron los efectos que produjo el PNCD en la vida laboral y personal de los cuidadores domiciliarios, entendidos como los resultados o transformaciones verificadas en la población objetivo que puede atribuirse al proyecto (Cohen y Franco, 1992) y que es parte de la evaluación ex post del impacto producido por el programa. Conviene mencionar que dentro de los objetivos del PNCD no se encontraba mejorar la vida laboral de los capacitados, puesto que el programa se centra en su impacto en la calidad de vida de la población receptora de los servicios de cuidados.

En general los cuidadores de las tres organizaciones tienen una percepción altamente positiva de los efectos que produjo el PNCD en sus vidas, lo cual se refleja en que en promedio el 82% considera que el programa impactó positivamente su proyecto de vida a la vez que aumentó su nivel de autoestima y el 80% siente que logró realizarse personalmente al ser un cuidador domiciliario.

Así mismo, el área laboral de los cuidadores fue una de las más beneficiadas como consecuencia del PNCD, puesto que el 77% cree que logró superarse laboralmente, lo que

se corresponde con que también el 77% considere haber mejorado su perfil laboral y que el 62% haya expresado que sus ingresos laborales y por ende los ingresos familiares aumentaron luego de la capacitación como cuidador. A todo lo anterior, se suma que el 77% cree que ser cuidador domiciliario lo reposicionó frente a su propia familia.

En definitiva, aunque el PNCD no tiene como uno de sus objetivos explícitos servir como instrumento para acceder a un empleo, es claro que ha contribuido para que población que se encuentra inactiva, desocupada u ocupada en tareas de bajísima estima social dada su baja o nula calificación laboral, pueda acceder al mercado de trabajo, específicamente a un mercado emergente de servicios que se potencializa en el futuro próximo, siendo una herramienta que favorece la superación de la realidad que viven los habitantes de estos sectores, en buena parte por falta de oportunidades educativas y laborales.

Sin embargo para que el PNCD alcance mejores resultados es necesario trabajar en dos aspectos claves para fortalecer el trabajo y el ámbito laboral de los cuidadores domiciliarios: la reglamentación de la labor del cuidador mediante legislación y el fortalecimiento de la cultura de la formalidad en el trabajo (monotributo, comenzando por el social) dentro de los cuidadores capacitados.

Por último, los principales facilitadores que perciben los cuidadores domiciliarios para organizar el sistema de prestaciones de cuidados se resumen en tres líneas:

a. Institucional: Apoyo y contención, seguimiento, capacitación, continuidad en la implementación de la política, red de apoyo de las organizaciones al servicio de los adultos mayores.

b. Mercado de trabajo: Amplio campo de trabajo, capacidad para negociar horario de trabajo, titulación de formación especializada.

c. Recurso Humano capacitado: Vocación de servicio, colaboración mutua entre los cuidadores y las autoridades de las unidades efectoras, apoyo familiar del adulto mayor, cambio de mirada hacia el adulto mayor.

De igual manera los obstáculos que enuncian los cuidadores domiciliarios para las prestaciones de cuidados se pueden sintetizar en tres aspectos:

a. Situación del adulto mayor: Abandono por parte de la familia, falta de recursos económicos para satisfacer sus necesidades, complejidad de patologías, sin información ni en capacidad para gestionar el subsidio para cuidador ante el PAMI.

b. Mercado de trabajo: Sin reglamentar, inestabilidad laboral, servicio mal pago, exigencias que no corresponden a la labor, negociaciones individuales que favorecen iniquidades laborales dado el bajo poder de negociación, trabajo intenso y demandante en tiempo, trabajo que en general se desarrolla en condiciones de precariedad laboral.

c. Recurso Humano capacitado: Expuesto a situaciones de alto impacto psicológico con escasas instancias de contención, condiciones complejas de trabajo dadas las circunstancias en que encuentran a los usuarios de sus servicios, situaciones de trabajo difíciles debido al mal trato de parte de los adultos mayores y sus familias, exposición a exigencias laborales a las que terminan accediendo por la necesidad de trabajo o porque no encuentra herramientas o instancias que lo respalden, sin cultura tributaria para cotizar como monotributistas y acceder a los beneficios que éste conlleva.

Bibliografía

- Adelantado, J. (2000). *Las políticas sociales de la Unión Europea: entre el Estado del bienestar y el capitalismo global*, en F. Morata (ed. lit.). *Las políticas públicas de la Unión Europea*, Barcelona: Ariel.
- Aguilar Villanueva, L. (1996). *Estudio Introductorio*, en Aguilar Villanueva, L. (1996). *La Hechura de las Políticas Públicas*, 2ª ed., México: Miguel Ángel Porrúa.
- Argyris, C. (1999). *Conocimiento para la acción. Una guía para superar los obstáculos del cambio en la organización*. Buenos Aires: Granica.
- Arriba, A. (2002). *El concepto de exclusión en política social. Unidad de Políticas Comparadas*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Documento de trabajo recuperado de <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0201>.
- Bárcena Calvo, C., Iglesias Guerra, J., Galán Andrés, M. & Abella, V. (2009). *Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado*. Revista Enfermería CyL, 1(1), 46-52. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/18>
- Ballart, X. (1992). *¿Cómo Evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Banco Mundial-FLACSO- Sede Costa Rica (2000). *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe*. Editado por Gacitúa, Sojo & Davis, Washington, DC
- Camilletti A., Guidini J. & Herrera A. (2005). *Cooperativas de trabajo en el Cono Sur. Matrices de surgimiento y modelos de gestión*, II Jornada Universitaria sobre Cooperativismo, Economía Solidaria y Procesos Asociativos. Documento de

Trabajo del Rectorado N° 30. U de la R. Uruguay. P-39 Unircoop.Vol.3, no 1/1re ép. 37.

Casado, D. & López G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales N° 6, Barcelona: Fundación La Caixa.

Castel, R. (1995). *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso*, en Revista Archipiélago, N° 21, Barcelona, Madrid.

Castel, R. (1977). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires: Paidós.

CEPAL (2002). *Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento*. (Versión Provisional no Editada)

CEPAL-ECLAC (2002). *Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Brasilia, Brasil, ONU, LC/R. 2086, 22 abril.

CEPAL (2003). *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid*. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: *hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

CEPAL (2004). *Estrategia Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile.

CEPAL (2007). *Consenso de Quito, Décima conferencia regional sobre la mujer en América Latina y el Caribe*, Ecuador, 13 al 16 de Julio.

- CEPAL (2010). *Consenso de Brasilia, Décima conferencia regional sobre la mujer en América Latina y el Caribe*, Brasil, 6 al 9 de Agosto.
- CEPAL (2013). *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas públicas*. Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CEPAL- CELADE (2006). *Manual de indicadores sobre calidad de vida en la vejez*. LC113. Recuperado de http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/28240/P28240.xml&sl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt
- CEPAL – CELADE (2007). *Guía metodológica para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas. Chile.
- CEPAL- CELADE, Ministerio de Desarrollo Social, UNFPA (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile.
- CEPAL- CELADE (2011). *Observatorio Demográfico N° 12: Envejecimiento Poblacional*. Santiago de Chile.
- Chavez, R. & Monzón, J. (2007). *La Economía Social en la Unión Europea*. Comité Económico y Social Europeo (CESE). Bruselas: CESE.
- Chavez, R. & Monzón, J. (2003). *Voz Economía Social*, en ARIÑO, A. (ed.) (2003): *Diccionario de la solidaridad, Cuadernos de solidaridad*, Valencia: Tirant lo blanch, 187-197.
- Cohen, E. & Franco, R. (1992). *Evaluación de Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Da Ros, S. (2007). *Economía solidaria: aspectos teóricos y experiencias*. Unircoop. Vol. 5 No. 1. Red universitaria de las Américas en estudios cooperativos y asociativismo. 12-13.
- De Piero, S. (2005). *Organizaciones de la Sociedad Civil: Tensiones de una Agenda En construcción*. Buenos Aires: Paidós.
- Elgue, M. (2006). *Más allá de “lo económico” y “lo social”*. Buenos Aires: Corregidor.
- Espina, A. (2007). *Estado del Bienestar, democracia y pactos sociales en España: las políticas de empleo, desempleo y mercado de trabajo*, en *Modernización y Estado del Bienestar en España*. Madrid: Fundación Carolina y Siglo XXI. 279-312.
- Eisenhardt, K. (1989). *Building Theories from Case Study Research*, *Academy of Management Review*, 14 (4), 532-550.
- Eisenhardt K. (2007). *Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges*, *Academy of Management Journal* 50(1), 25–32.
- Fassio, A. & Martínez, R. (2008). *Estado de situación de la salud de la población de Adultos Mayores en Argentina*. Informe final.
- Fassio, A. (2009a). *Exclusión, edad y género: Trabajo voluntario como estrategia de inclusión social de mujeres adultas mayores* en XXVII Congreso ALAS, Asociación Latinoamericana de Sociología “Latinoamérica Interrogada”.
- Fassio, A. (2009b). *Aportes para la reflexión sobre las políticas públicas y el bienestar en la vejez* en el Libro VIII *Jornadas de la Cátedra de Psicología de la 3ra Edad y Vejez Desafíos y logros frente al bien-estar en la vejez*, Facultad de Psicología de la UBA, EUDEBA.

- Fassio, A. (2010). *Envejecimiento, género y políticas sociales en Argentina. Reflexión a partir del paradigma de derechos*, en *Envejecimiento, género y políticas públicas, Coloquio regional de expertos*, NIEVE-UNFPA, Montevideo: Lucida Ediciones.
- Fassio, A. & Zanghellini, A. (2010). *Diagnóstico y evaluación de las organizaciones que trabajan con adultos mayores*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.
- Fassio, A. (2011). *Políticas públicas y envejecimiento poblacional. Los profesionales de edad avanzada en la administración pública y su continuidad laboral más allá de la edad jubilatoria*. Documento de Trabajo, Centro de Investigaciones en Administración Pública, Buenos Aires, 3 (2), 163-189.
- Fassio, A., Rutty, G. & Ortiz, Y. (2013). *Aprendizaje organizacional y mejora en la calidad de las prestaciones: el caso del programa nacional de cuidados domiciliarios* en II Seminario de Investigación Interdisciplinar del Instituto de Investigaciones en Administración, Contabilidad y Métodos Cuantitativos para la Gestión – IADCOM.
- Forni P. & Leite I. (2006). *El desarrollo y legitimación de las organizaciones del tercer sector en la Argentina. Hacia la definición de un isomorfismo periférico*, Sociologías, Porto Alegre, 8 (16), jul/diez, 216-249.
- Gacitúa, E. & Shelton H., D. (Ed.). (2000). *Introducción Pobreza y exclusión social en América Latina y el Caribe*, en Banco Mundial-FLACSO- Sede Costa Rica (2000), *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe*. Washington, DC: Gacitúa, Sojo & Davis
- Gore E. & Dunlap D. (1987). *Aprendizaje y organización*. Buenos Aires: Tesis
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *El desarrollo de la teoría fundada*. Chicago, Illinois: Aldine.

- Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Guzmán, J. & Huenchuan S. (2006). *Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada*, ponencia presentada en la Reunión de Expertos “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”, CEPAL, 28 y 29 de junio.
- Hennessy, P. (1995). *Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries* - Occasional papers n° 12. OECD: Labour market and Social.
- Huenchuan, S. (1999). *De objetos de protección a sujetos de derechos*. Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, N° 8, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez. Santiago de Chile.
- Huenchuan S. (2004b). *Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales*, en Notas de Población, 78: 155-182.
- Huenchuan, S. & Paredes, M. (2007). *Guía metodológica para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento*. CEPAL. Serie Población y Desarrollo N°76. Santiago de Chile.
- Huenchuan, S. (2008). *Envejecimiento, sistemas de cuidados, y protección social*. Seminario Protección Social y Género, Santiago de Chile.
- Huenchuan, S. (2010). *Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales*, en Envejecimiento, género y políticas públicas, Coloquio regional de expertos, NIEVE-UNFPA, Montevideo: Lucida Ediciones.

- INDEC (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 - ENCAVIAM 2012*, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- INDEC-CONADIS (2005). *La población con discapacidad en la Argentina*. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, Buenos Aires.
- Jones, C., Hesterly, W. & Borgatti, S. (1997). *A General Theory of Network Governance: Exchange Conditions and Social Mechanisms*. En: *Academy of Management Review*, 22 (4).
- Kraft, M. & Furlong, S. (2006). *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*, 2nd ed., CQ Press, Washington, DC.
- Krieger M. (2001). *Sociología de las organizaciones*. Buenos Aires: Prentice-Hall Capítulo 7.
- La Parra, D. & Tortosa, J.M. (2002). *Procesos de exclusión social: redes que dan protección e inclusiones desiguales*. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35. Recuperado de <http://www.mtas.es/publica/revista/numeros/35/estudio3>.
- Laville, Jean-Louis (2004). *Introducción-Un enfoque europeo*. En Laville, Jean-Louis (comp.), *Economía social y solidaria. Una visión europea*. Argentina: Altamira.
- Marco, M. (2000). *Consideraciones en torno al concepto de exclusión social*. *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, 11, 9-21. Recuperado de [http://wzar.unizar.es/acad/fac/eues/REVISTA_AIS/11_AIS/AIS_11\(03\)](http://wzar.unizar.es/acad/fac/eues/REVISTA_AIS/11_AIS/AIS_11(03))
- Maxneef, M. (1984). *Economía Descalza*. Buenos Aires: Nordan.

- MDS (2010). *Nuevos Paradigmas en Políticas Sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. Manual de Cuidadores Domiciliarios N°1*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Menezes, V. A. (2000). *El estrés laboral (burnout) en cuidadores formales de ancianos*. Tesis doctoral publicada. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Moirano, A. (1995). *La cooperativa de trabajo. Manual para asociados y profesionales*. Buenos Aires: Nicolás Ghersi.
- Molina, J. (2000). *Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad*. Revista de Psicología General y Aplicada, 53(3): 489-501.
- Montoro, R. (1997). *Fundamentos Teóricos de la Política Social*. Capítulo 2. En Alemán, C. y Garcés, J. (Coord.) (1998): *Política Social*. (33-50). Madrid: McGraw-Hill.
- Naciones Unidas (1982). *Documentos sobre la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, Viena.
- Narayan, D. (2002). *Empoderamiento y reducción de la pobreza: libro de Consulta*. Editado por Banco Mundial en coedición con Alfaomega Colombiana S. A. México.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. & Ruiz, V. (2000). *Evaluar para la Transformación: innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Tramas Sociales. Vol. 8. Buenos Aires: Paidós.
- Oszlak, O. & O'donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. Documento CEDES/CLACSO, 4, Buenos Aires. Recuperado de Recuperado de <http://www.oscaroszlak.org.ar>.

Pérez, J., Etxezarreta E. & Guridi, L. (2008). *¿De qué hablamos cuando hablamos de Economía Social y Solidaria? Concepto y nociones afines*. XI Jornadas de Economía Crítica. Bilbao.

PNUD (1998). *Desarrollo humano en Chile*, Santiago de Chile.

Reich, R. (1993). *El Trabajo de las Naciones*. Buenos Aires: Javier Vergara.

Rodríguez, P. (2004). *Política social para la atención a las personas mayores*. Fundación Iberoamericana de Formación, Universidad de Granada (en prensa).

Roque, M. & Fassio, A. (2009). *Gerontología Comunitaria e institucional. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional.

Roth Deubel A. (2002). *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación*. Ediciones Aurora, Bogotá.

Sánchez G. A. (2000): *Manual de prevención y auto cuidados para las personas adultas mayores*, Gobierno del Distrito Federal, México. Citado en Formiga. N. y otra (2011): *Autopercepción de la salud de los adultos mayores en Bahía Blanca*. Ponencia presentada en XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA), Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, Argentina. 21 a 23/09 de 2011. Recuperado de http://www.redaepa.org.ar/jornadas/xijornadas/sesiones/S05/s05formiga_prieto.pdf

Sulbrandt J., Lira, R. & Ibarra, A. (2001). *Redes Interorganizacionales en la Administración Pública*, Revista del CLAD Reforma y Democracia, 21. Caracas.

Marshall, TH (1975). *Social Policy in the Twentieth Century*. Londres: Hutchinson.

Otras fuentes:

Decreto Ley N°20337 del año 1973, Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de Mayo de 1973.

Páginas Web:

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010: Año del Bicentenario. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de www.censo2010.indec.gov.ar

Instituto de Obra Médico Asistencial. Desarrollo Social (IOMA). Buenos Aires, Argentina
Recuperado de
http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/convenio_IOMA_desarrollo.html

Comunidad Franciscana. Estadísticas: ¿Cuántos Franciscanos hay en el Mundo? Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.franciscanos.org.co/internal.php?catId=158>

Anexos

Anexo I – Formato de diagnóstico para la prestación de servicios del MDS

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

Fecha:

FORMULARIO DE PRESTACIÓN

Beneficiario N°:

Marcar con X la respuesta

DATOS PERSONALES

Provincia: _____ Municipio/Dpto. o Partido: _____
Localidad: _____
Calle: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Código Postal: _____
Km. En Zona Rural _____

Tipo Documento DNI LE LC N° Documento TE: _____ Sexo Mujer Varón

Apellidos: _____ Nombres: _____ Estado Civil Soltero Casado Unión de hecho Viudo Divorciado
Fecha de nacimiento Nacionalidad _____

Cantidad de personas que integran el grupo familiar:
Ingreso total del grupo familiar (Incluyendo al beneficiario): \$

COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y AYUDA SOCIAL

No Jubilación No Pensión No Otra ayuda
Sí → Jubilación Nacional \$ Sí → Pensión nacional \$
 Jubilación Provincial Pensión provincial
 Pensión No Contributiva

Obra social No Sí → PAMI PROFE OSECAC
 PAMI70 IOMA Otra ¿cuál? _____

¿Recibe algún programa nacional, provincial o municipal de ayuda alimentaria? No Sí

NIVEL DE EDUCACIÓN

Condición de alfabetismo Lee y escribe No lee, ni escribe Nivel de instrucción Prim. incompleta Terc. Incompleto
 Prim. completa Terc. Completo
 Sec. Incompleta Univ. Incompleto
 Sec. completa Univ. Completo
 Otros ¿Cuál? _____

VIVIENDA

Tenencia: Propia Alquilada Cédida Otra ¿Cuál? _____
Tipo de vivienda Rancho Hotel o pensión Local Móvil Casa
 Casilla Departamento Inquilinato
Tipo de casa: Agua por cañerías No Sí
Retrete con descarga No Sí
Piso de tierra No Sí
(u otro que no sea cerámica, baldosas, mosaico, madera, mármol, alfombra, cemento o ladrillo)

MOTIVOS POR LOS CUALES SE LO ASISTE

No Discapacidad motora No Discapacidad cardiopulmonar No Discapacidad visual
Sí → Ortopédica Sí → Leve Sí → Disminuido Visual Severo
 Neurológica Moderada Ceguera
 Reumática Severa
 Otras ¿Cuál? _____

Sordera No Sí Discapacidad mental Tipo de discapacidad mental Estados Confusionales
 Deficiencia Mental Moderada Alzheimer
 Deficiencia Mental Severa Demencia Senil
 Otras Demencias

¿Posee discapacidades múltiples? No Sí Describa las patologías _____
Enfermedad terminal: No Sí Cuál? _____
Enfermedad crónica: No Sí Cuál? _____

FRECUENCIA DE PRESTACION

Por día: 1 vez 2 veces Todo el día Por semana: 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más Cantidad de veces al mes:

Cantidad de Horas Diarias Somanales Mensuales

PRESTACIONES REALIZADAS

Acostarse-Levantarse Higiene y arreglo personal Actividades recreativas y ocupacionales
 Vestirse-Desvestirse Comunicación Colaboración prácticas indicadas por profesionales
 Alimentación asistida Realización de trámites Acciones de promoción de la salud
 Preparación de alimentos Movilización y desplazamiento dentro-fuera del hábitat Primeros auxilios
 Compras Administración de medicamentos Higiene de cama
 Uso de sanitarios Prevención de accidentes Pulso y Presión

Otra/s ¿Cuál? _____

Anexo II – Planilla de asistencia a prestación de la cooperativa

Planilla de asistencia a prestación

Prestatario:

Mes de

<i>Días</i>	<i>horario</i>	<i>Firma cuidadora</i>	<i>Firma prestatario</i>	<i>Aclaración</i>
lunes	Desde: hasta:			
martes	Desde: hasta:			
miércoles	Desde: hasta:			
jueves	Desde: hasta:			
viernes	Desde: hasta:			
Sábado	Desde: hasta:			
domingo	Desde: hasta:			

<i>Días</i>	<i>horario</i>	<i>Firma cuidadora</i>	<i>Firma prestatario</i>	<i>Aclaración</i>
lunes	Desde: hasta:			
martes	Desde: hasta:			
miércoles	Desde: hasta:			
jueves	Desde: hasta:			
viernes	Desde: hasta:			
Sábado	Desde: hasta:			
domingo	Desde: hasta:			

<i>Días</i>	<i>horario</i>	<i>Firma cuidadora</i>	<i>Firma prestatario</i>	<i>Aclaración</i>
lunes	Desde: hasta:			
martes	Desde: hasta:			
miércoles	Desde: hasta:			
jueves	Desde: hasta:			
viernes	Desde: hasta:			
Sábado	Desde: hasta:			
domingo	Desde: hasta:			

Anexo III – Modelo de cuestionario aplicado a los cuidadores domiciliarios

Cuestionario

Por favor marque encerrando en un círculo la opción (opciones) que corresponda:

1. ¿Cuántas horas promedio labora al día?

- a. Entre 4 horas al día
- b. Entre 5 y 8 horas diarias
- c. Entre 9 y 12 horas al día
- d. Más de 12 horas al día

2. ¿Cuántas personas (adultos mayores) cuida?

- a. Un adulto mayor
- b. Dos adultos mayores
- c. Tres adultos mayores
- d. Cuatro o más adultos mayores

3. ¿Cuántos turnos de cuidados presta cada día?

- a. Un turno por día
- b. Dos turnos por día
- c. Tres turnos por día
- d. Más de tres

4. ¿Qué tiempo promedio dedica a cada persona que cuida?

- a. De 1 a 4 horas a la semana
- b. De 5 a 8 horas a la semana
- c. De 9 a 12 horas a la semana
- d. De 13 a 16 horas a la semana
- e. Más de 16 horas a la semana

5. ¿Dentro de su labor como cuidador usted presta alguno de los siguientes servicios?

- a. Limpieza de espacios comunes al del resto de la familia
- b. Preparación de alimentos para la familia
- c. Gestión de trámites (pago de servicios públicos)
- d. Ninguno

e. Otros - ¿Cuáles?

6. ¿Qué ventajas tiene la prestación del servicio de cuidado domiciliario?

a. Flexibilidad laboral

b. Capacitación laboral

c. Apoyo familiar para atender las diferentes necesidades de los adultos mayores

d. Red de apoyo de diferentes organizaciones en el servicio de las necesidades de los adultos mayores

e. Otros - ¿Cuáles?

7. ¿Qué dificultades tiene la prestación del servicio de cuidado domiciliario?

a. Complejidad en las patologías que padecen los adultos mayores

b. Falta de apoyo organizacional (institucional) tanto para el adulto mayor como para el cuidador ante las diferentes situaciones presentadas dentro del servicio

c. Desmotivación por falta de apoyo familiar en la prestación de los servicios

d. Bajo nivel de remuneración a los servicios prestados

e. Otros - ¿Cuáles?

8. Después de la capacitación como cuidador domiciliario sus ingresos laborales:

a. Aumentaron

b. Permanecieron iguales

c. Disminuyeron

9. ¿Después de la capacitación como cuidador domiciliario su perfil laboral mejoró?

a. Si

b. No

10. ¿Después de la capacitación como cuidador domiciliario los ingresos familiares?

- a. Aumentaron
- b. Disminuyeron
- c. Permanecieron igual

11. ¿De 1 a 10 cuánto cree que logró superarse (crecer) laboralmente al ser beneficiario del PNCD?
(Marque con una X)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

12. ¿De 1 a 10 cuánto siente que logró realizarse personalmente al ser un cuidador domiciliario?
(Marque con una X)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

13. ¿De 1 a 10 cuánto considera que haber sido parte del PNCD impactó positivamente su proyecto de vida? (Marque con una X)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

14. ¿De 1 a 10 cuánto cree que ser cuidador domiciliario lo reposicionó (cambió la percepción) frente a su propia familia? (Marque con una X)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

15. ¿De uno a diez cuanto cree aumentó o disminuyó su nivel de autoestima después del PNCD? (Marque con una X)

1	
2	
3	
4	

5	
6	
7	
8	
9	
10	

16. ¿Su rol como cuidador domiciliario lo ha conducido a llevar a cabo alguna clase de acciones entorno a las necesidades sociales que vive la comunidad de la cual hace parte?

a. Sí

b. No

¿Cuáles?

17. ¿Considera que el haber pasado por el PNCD logró dotarlo de elementos que le han permitido ser el autor de su propio destino?

a. Sí

b. No

18. ¿Considera que asociarse con otros cuidadores es beneficioso?

a. Sí

b. No

19. Si pudiera asociarse, ¿le gustaría formar parte de una cooperativa de cuidadores domiciliarios?

a. Sí

b. No

20. De los siguientes, ¿cuáles considera que han sido los obstáculos que les han impedido lograr constituirse como cooperativa de cuidadores?

a. Falta de conocimiento y asesoría

b. Falta de compromiso de los cuidadores

c. Disponibilidad de tiempo

d. Otro, ¿Cuál?

21. ¿Hace parte de alguna red de apoyo o redes comunitarias de atención a adultos mayores?

- a. Sí
 - b. No
- ¿Cuáles?

22. Su hogar está compuesto por:

- a. 1 o 2 personas
- b. 3 o 4 personas
- c. 5 o 6 personas
- d. Más de 6 personas

23. Su posición dentro del hogar es:

- a. Jefe de hogar
- b. Esposo
- c. Padre - madre
- d. Hijo

24. ¿En qué tipo de vivienda vive?

- a. Vivienda propia
- b. Vivienda alquilada
- c. Vivienda familiar

25. Su estrato social o nivel socioeconómico es:

- a. Clase baja
- b. Clase media baja
- c. Clase media alta
- d. Clase alta

26. ¿Es beneficiario de algún plan social?

a. Si

b. No

¿Cuál?

¡¡¡Muchas gracias!!!