



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA
Y RELACIONES INTERNACIONALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad Práctica Disciplinar

ADULTOS MAYORES Y CUIDADOS:

necesidad, derecho y trabajo.

**Análisis de una experiencia en el Área de
Servicio Social en el Policlínico PAMI II**

Alumna: TOLEDO SABRINA MAYRA

Legajo: T-1094/4

toledosabrinamayra@gmail.com

Directora: BOVINO BETINA

betibovino@hotmail.com

1. AGRADECIMIENTOS

A David, mi compañero de vida, y a Simón, mi hijo, que acompañaron cada paso de este proceso, sosteniendo, alentando y compartiendo con amor y paciencia cada momento de crecimiento.

A mi gran familia, a mis amigas y amigos, por estar presentes, por creer, por celebrar y por abrazar en los momentos necesarios.

A la Universidad Pública y a sus docentes, especialmente a quienes forman parte de esta carrera: inmensos profesionales que enseñan con compromiso, que inspiran desde la práctica y que luchan día a día por una educación pública más justa y transformadora.

A quienes cuidan, porque en cada gesto de cuidado hay un acto de ternura y resistencia, una forma de hacer presente la humanidad en lo cotidiano.

2. ÍNDICE

1. Agradecimientos.....	1
2. Índice.....	2
3. Introducción.....	4
• 3.1 Tema de Interés - Problema.....	5
• 3.2 Fundamentación.....	7
• 3.3 Objetivos.....	8
○ 3.3.1 Principal.....	8
○ 3.3.2 Específicos.....	8
• 3.4 Marco Metodológico.....	8
○ 3.4.1 Planificación Estratégica.....	8
4. Capítulo I: Marco Teórico	11
• 4.1 La concepción del cuidado.....	11
• 4.2 Crisis de los cuidados.....	13
• 4.3 Envejecimiento y dependencia y fragilidad de los adultos mayores.....	15
5. Capítulo II: PAMI II.....	17
• 5.1 Policlínico PAMI II.....	17
• 5.2 La población del PAMI II.....	18
• 5.3 La demanda.....	19
• 5.4 Estrategias de intervención.....	20
○ 5.4.1 Las políticas de cuidado del INSSJP.....	21
■ 5.4.1.1 PADyF: Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad.....	21
■ 5.4.1.2 Residencias de Larga Estadía.....	23
■ 5.4.1.3 Centros de Día.....	27
○ 5.4.2 Familiarización de los cuidados.....	28
6. Capítulo III: Otras experiencias.....	31
• 6.1 Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay.....	31
• 6.2 COTRACUC.....	34
• 6.3 Otras Obras Sociales y La Municipalidad de Rosario.....	36
○ 6.3.1 AMIA.....	36
○ 6.3.2 IAPOS.....	37
○ 6.3.3 MUNICIPALIDAD DE ROSARIO.....	37
7. Capítulo IV: Propuesta de Intervención.....	39
• 7.1 La propuesta de Intervención.....	39
• 7.2 Momento Explicativo.....	41
• 7.3 Momento Normativo.....	43

• 7.4 Momento Estratégico	48
○ 7.4.1 Análisis de viabilidad.....	48
○ 7.4.2 Actores clave y alianzas estratégicas.....	49
○ 7.4.3 Acciones a realizar y FODA.....	51
• 7.5 Momento Táctico Operacional.....	54
○ 7.5.1 Estructura de implementación.....	54
○ 7.5.2. Mecanismos de control y seguimiento.....	55
○ 7.5.3 Evaluación y sostenibilidad.....	56
8. Reflexiones Finales.....	57
9. Bibliografía.....	59
10. Anexo.....	65
• 10.1 Entrevista a Lic. TS Andrea Sumalla (coordinadora y secretaria en COTRACUC).....	65

3. INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Integrador Final se desarrollará como modalidad disciplinar y busca analizar críticamente, tanto teórica como técnicamente, la experiencia de la práctica e intervención a los efectos de contribuir a la generación de conocimientos disciplinares.

Este trabajo titulado, ***“ADULTOS MAYORES Y CUIDADOS: necesidad, derecho y trabajo. Análisis de una experiencia en el Área de Servicio Social en el Policlínico PAMI II”***, desarrolla una reflexión sobre las respuestas que brinda el Área de Servicio Social ante la demanda de los cuidados de los adultos mayores, en el Policlínico PAMI II en la ciudad de Rosario. Tendrá como principal insumo lo observado, lo analizado y lo aprendido en el recorrido por las prácticas pre-profesionales de la Licenciatura en Trabajo Social durante los años 2023 y 2024 en dicha institución. Y propondrá una propuesta disciplinar alternativa para mejorar las políticas de cuidado y las estrategias de intervención profesional en el Policlínico PAMI II.

Dicha propuesta se centra en una planificación estratégica, adoptando un enfoque que contemple la mayor cantidad posible de aristas que conforman el problema social a intervenir, superando la mirada fragmentada o parcializada, promoviendo intervenciones integrales que articulen diferentes dimensiones de la realidad abordada (Nirenberg, 2003).

El Capítulo I, correspondiente al Marco Teórico permitirá comprender, contextualizar y analizar la problemática abordada desde diversas perspectivas conceptuales.

En el Capítulo II, se abordará la especificidad institucional, describiendo las características del Policlínico PAMI II, las demandas que se atienden en el Área de Servicio Social vinculadas a los cuidados, y las estrategias de intervención que actualmente se implementan ante dichas demandas.

El Capítulo III estará dedicado a identificar políticas, programas e instituciones que brindan respuestas a la problemática del cuidado de personas mayores. El objetivo de este capítulo es reconocer experiencias y modelos alternativos que puedan ser adaptados e incorporados a la realidad del Policlínico PAMI II.

En el Capítulo IV se desarrollará la propuesta disciplinar a partir de los aportes de la planificación estratégica de Matus (1987), desplegando los diferentes momentos que la conforman.

Para finalizar, se presenta un capítulo de reflexiones finales con el propósito de sintetizar los principales aportes, desafíos y debates que se desarrollaron a lo largo del trabajo.

3.1 Tema de Interés - Problema

Tras mi recorrido en el campo de la salud y la experiencia en el Policlínico PAMI II, mi interés se abrió a múltiples interrogantes sobre la intervención profesional en relación a las políticas de cuidado y a la oferta de la institución. El proceso de formación me sirvió para construir una mirada crítica sobre las intervenciones profesionales en dicho campo, reconociendo la disputa por definir distintas maneras de abordar y actuar en consecuencia, donde aparecen demandas que están por fuera de las brindadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Ante las dificultades de fragilidad y dependencia de los afiliados y afiliadas del Policlínico PAMI II, las respuestas disponibles son, en general, el subsidio para costear una parte de los cuidados del adulto mayor, centros de día, la internación en residencias de larga estadía, y/o la reorganización familiar. Sin embargo, estas soluciones se muestran limitadas o son insuficientes debido a la crisis de los cuidados y a las trayectorias de vida cada vez más complejas que atraviesan las personas.

Aunque existen respuestas frente a las demandas de cuidado, estas se tornan limitadas, por ello nos parece necesario mencionar: en primer lugar, el subsidio nombrado como PADyF (programa de apoyo a la dependencia y fragilidad) que no se constituye como una opción viable en las estrategias de intervención, ya que no cubre la demanda de cuidados. Desde sus inicios (año 2019) y aún en la actualidad, el valor es de \$8500 por mes de manera regular.

Por otro lado, el subsidio “PADyF excepcional”, el cual presenta similares dificultades, el monto máximo que se ofrece es \$150.000 por mes, por lo que el resto de los gastos deben ser cubiertos por los afiliados o sus familiares, teniendo en cuenta que la mayoría de los afiliados cobran un haber mínimo y los costos de vida son cada vez mayores. Por lo tanto, se hace imposible de solventar económicamente.

En cuanto a la organización familiar, encontramos que a menudo resulta difícil garantizar una distribución efectiva y sostenible de las responsabilidades de cuidado. Esto se debe a las largas jornadas laborales de los mismos, la sobrecarga de trabajo no remunerado que recae predominantemente sobre las mujeres, la desvinculación afectiva con los adultos mayores que en otras ocasiones se presenta, o también la imposibilidad de garantizar cuidados adecuados para su bienestar; son parte de la crisis de los cuidados nombrada.

En muchos casos, la internación en una Residencia de Larga Estadía (RLE) se presenta como la única alternativa viable para el cuidado de personas mayores en situación de dependencia.

Este último recurso también presenta desafíos: el tiempo de demora en la aprobación de la prestación, la cantidad limitada de prestadores conveniados con la

institución, la no respuesta a la urgencia. Además, otro factor recurrente, es la resistencia de los afiliados y afiliadas a ingresar en una institución.

Teniendo en cuenta las realidades previamente expuestas, y considerando primordial recuperar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que establece en su artículo 12, el derecho a recibir servicios de cuidado a largo plazo, y en su artículo 7, el derecho a una vida independiente y autónoma, consideramos fundamental llevar a cabo un análisis profundo de las políticas de cuidado implementadas en el Policlínico PAMI II.

Dicho análisis se centrará en las intervenciones realizadas desde el Área de Servicio Social, con el objetivo de evaluar en qué medida dichas políticas se alinean con los principios y derechos consagrados en la Convención. A partir de ello, se buscará elaborar una propuesta disciplinar más coherente, respetuosa y representativa de estos derechos.

No obstante, y en función de profundizar los aportes al presente TIF, surgen los siguientes interrogantes:

¿Cuál es el alcance real de la intervención del Área de Servicio Social ante las demandas de cuidado? ¿Qué tensiones emergen entre la demanda de cuidados y los recursos disponibles para intervenir? ¿En qué medida las respuestas ofrecidas por el Policlínico PAMI II respetan los derechos establecidos en la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores?

¿Cómo se puede garantizar un cuidado digno y eficiente de acuerdo a las necesidades sin vulnerar los deseos de los adultos mayores? ¿Cómo afecta la situación socioeconómica de los afiliados/as del PAMI en el acceso efectivo a los cuidados? ¿Qué implicancias tiene pensar el cuidado como derecho y no como asistencia?

¿Qué estrategias podrían implementarse para reforzar redes comunitarias, de la sociedad civil desde una institución como Pami? ¿Qué alternativas existen a las políticas de cuidado que podrían implementarse desde una lógica comunitaria o domiciliaria? ¿Qué rol podría jugar el PAMI en la creación o articulación de sistemas locales de cuidados? ¿Qué tipo de propuestas podrían formularse desde el Área de Servicio Social para mejorar la calidad del cuidado?

En el marco del presente Trabajo Integrador Final, se integrarán aportes teóricos que permitan abordar de forma crítica la problemática de la dependencia y la fragilidad en las personas mayores, con un enfoque centrado en las políticas de cuidado. El trabajo incluirá la elaboración de una planificación estratégica, un análisis situacional de alternativas existentes y la formulación de una propuesta orientada a garantizar un cuidado integral que promueva una vejez digna y basada en derechos.

3.2 Fundamentación

El envejecimiento de la población y la creciente necesidad de cuidados para los adultos mayores son temas cruciales en la actualidad. Consideramos adecuado que, la fundamentación de este Trabajo Integrador Final partiera del análisis de la creciente crisis de los cuidados en el contexto de envejecimiento poblacional en América Latina, particularmente en Argentina y consiguiendo con lo que Oliveri describe que ante esto “no cabe duda de que estas tendencias demográficas elevarán la demanda de servicios de cuidado y, dadas las tendencias de la configuración de las familias, serán los servicios suministrados por el mercado, el Estado y la comunidad los que tengan que responder a esta creciente necesidad” (Oliveri, 2020:6).

Por otro lado, la falta de sistemas robustos de cuidado, sumado a la desigualdad de género en la distribución de las tareas de cuidado, agrava la situación y genera una recarga de manera desproporcionada a las mujeres en el ámbito familiar. Por lo cual, este análisis aportaría a la creación de alternativas en un campo dinámico y cambiante.

Tal como analizan Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2016), el cuidado no sólo es una necesidad básica, sino también un derecho humano fundamental, especialmente en la sociedad actual que enfrenta una crisis global del cuidado que es un trabajo, invisibilizado y no reconocido.

El análisis de estas dimensiones permitirá no solo comprender la situación actual en el Policlínico PAMI II, sino también plantear recomendaciones para mejorar las intervenciones y garantizar un acceso equitativo y digno al cuidado de los adultos mayores, alineado con los derechos consagrados en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Porque todos necesitamos cuidados en algún momento de nuestras vidas, los necesitamos cuando somos pequeños, los vamos a necesitar en la fragilidad que se presenta con el avance de los años, los necesitamos cuando enfermamos o estamos en un proceso de dependencia. Tal como desarrolla la CEPAL “el cuidado comprende todas las actividades que aseguran la reproducción humana y el sostenimiento de la vida en un entorno adecuado, incluyendo el resguardo de la dignidad de las personas y la integridad de sus cuerpos, la educación y formación, el apoyo psicológico y emocional, así como el sostenimiento de los vínculos sociales” (2022:23).

El presente trabajo, en definitiva, busca comprender tanto las necesidades de las personas mayores como los desafíos estructurales y socioeconómicos que enfrentan las políticas de cuidado, en el Policlínico PAMI II en específico. Con ello, esperamos contribuir al desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y sostenibles que permitan a los adultos mayores vivir con dignidad y autonomía, al mismo tiempo que se apoya a sus familias y se reconoce el papel central del Estado en la provisión de cuidados. Y ofrecer una

contribución a la disciplina del Trabajo Social al proponer un abordaje integral, centrado en los derechos, que replantee las políticas de cuidado actuales, promoviendo el bienestar de los adultos mayores y la equidad en la distribución de las responsabilidades de cuidado.

3.3 Objetivos

3.3.1 Principal

- Proponer una alternativa- recomendación- para mejorar las políticas de cuidado y las estrategias de intervención profesional, basadas en ejemplos de mejores prácticas y teorías de cuidado integral, a partir de analizar las políticas de cuidado implementadas en el Área de Servicio Social del Policlínico PAMI II (durante el 2023-2024), evaluando su efectividad y adecuación en respuesta a la dependencia y fragilidad de los adultos mayores.

3.3.2 Específicos

- Analizar la problemática de la crisis de los cuidados y el envejecimiento demográfico de la población que demanda en el Área de Servicio Social del Policlínico Pami II, de la ciudad de Rosario durante los años 2023-2024.

- Describir las respuestas y estrategias ofrecidas por el INSSJP y el Área de Servicio Social del Policlínico PAMI II, durante los años 2023-2024.

- Identificar las limitaciones y desafíos de las políticas de cuidado actuales, enfocándose en cómo estas abordan (o no) la crisis de los cuidados y la desigualdad de género.

- Identificar otras experiencias de otras prestadoras de salud y/o instituciones que se hayan desarrollado atiendan la demanda de los cuidados de los adultos mayores.

- Diseñar una alternativa-recomendación para mejorar las políticas de cuidado y las estrategias de intervención profesional, basadas en ejemplos de mejores prácticas y teorías de cuidado integral

3.4. Marco Metodológico

3.4.1 Planificación estratégica

El proyecto se basa en la planificación estratégica como herramienta clave para comprender, intervenir y transformar la realidad, tomando como referencia los aportes de Rovere (2002), Matus (1987) y Niremborg (2010). Este enfoque metodológico articula reflexión y acción con el objetivo de diseñar intervenciones más eficaces, mejorar las prácticas existentes y optimizar el uso de los recursos disponibles.

La planificación estratégica situacional se estructura en una serie de momentos que permiten comprender, intervenir y transformar una realidad social específica. Siguiendo este enfoque, se distinguen cuatro instancias clave:

Momento Explicativo, centrado en la indagación profunda de las causas que generan un problema. Se busca comprender qué está ocurriendo. Momento Normativo, donde se define la situación objetivo, es decir, el deber ser, formulando los objetivos y metas deseadas. Momento Estratégico, dedicado al diseño de las estrategias necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. Se trata del poder ser, donde se construyen alternativas y se elige el camino más viable. Y el Momento Táctico-Operacional, enfocado en la ejecución, o el hacer, que implica la puesta en marcha del proyecto y la implementación concreta de las acciones planificadas (Matus, 1987).

Partiendo de esta estructura metodológica, el proyecto inicia con el análisis de la situación actual relacionada con las políticas de cuidado, con el propósito de comprender qué está ocurriendo en torno a la atención de personas mayores en situación de dependencia. Este diagnóstico se enmarca dentro de un enfoque cualitativo que prioriza la recolección y el análisis de datos provenientes de diversas fuentes.

Los datos primarios se obtuvieron durante las prácticas pre-profesionales realizadas en el Área de Servicio Social del Policlínico PAMI II, entre 2023 y 2024. Los registros en cuadernos de campo, elaborados a partir de la observación directa y participante, son fundamentales para conocer las dinámicas institucionales y las estrategias de intervención aplicadas ante las demandas de cuidado. Estos registros constituyen la base del diagnóstico inicial, permitiendo evaluar las políticas implementadas durante ese período. Complementariamente, se incorporará la revisión de material bibliográfico que ofrezca marcos teóricos para analizar las problemáticas, normativas y reglamentaciones propias de la institución.

A esto se suma la realización de una entrevista semiestructurada con el propósito de establecer un diálogo con actores de experiencias similares, como la Lic. Andrea Sumalla, coordinadora de la cooperativa COTRACUC, a fin de conocer en profundidad su modelo de cuidados domiciliarios. Esta instancia, junto con el análisis de casos como el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) de Uruguay, el modelo de COTRACUC en Rosario y las experiencias de otras obras sociales y la Municipalidad de Rosario, permitirá construir un diagnóstico más completo, identificar actores relevantes, definir prioridades de intervención y evaluar nuevas propuestas de respuesta.

Se establecerá un capítulo destinado a desarrollar de manera específica la propuesta disciplinar a partir de la planificación estratégica situacional, apoyándose en los aportes construidos en los capítulos anteriores como sustento para su elaboración,

detallando cada momento y con la utilización de distintas herramientas que prestaran aportes para el sustento del proyecto planteado.

De esta manera, el trabajo permitirá estructurar respuestas fundamentadas, adaptadas y sostenibles, orientadas a mejorar las condiciones de cuidado de las personas mayores en situación de dependencia.

4. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

“Un fémur roto que se ha curado es evidencia de que alguien se ha tomado el tiempo para quedarse con la persona que se lo rompió, ha vendado la herida, le ha llevado a un lugar seguro y le ha ayudado a recuperarse. Mead dijo que ayudar a alguien en las dificultades es el punto donde comienza la civilización” (Ira Byock, en Prieto, 2020).

4.1 La concepción del cuidado

A partir de la desigualdad estructural que atraviesa América Latina, profundizada por la pandemia del COVID, la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, organización de las Naciones Unidas) desarrolla un plan para revertir esta situación tomando como eje central la “Sociedad del Cuidado” entendida “como horizonte y camino para una recuperación transformadora, sostenible y con igualdad. La sociedad del cuidado pone en el centro el principio feminista de sostenibilidad de la vida y reconoce la interdependencia entre las personas, la dimensión ambiental y el desarrollo económico y social en forma sinérgica. Incluye el autocuidado, el cuidado de las personas, de quienes cuidan y del planeta”. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-)

Partiendo de dicha concepción, entendemos que se desprende una definición más completa del cuidado: ya que el mismo “comprende todas las actividades que aseguran la reproducción humana y el sostenimiento de la vida en un entorno adecuado. Ello incluye el resguardo de la dignidad de las personas y la integridad de sus cuerpos, la educación y formación, el apoyo psicológico y emocional, así como el sostenimiento de los vínculos sociales. Implica también el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, así como el cuidado del planeta. Tiene una dimensión material, al ser un trabajo que entraña costos, y requiere una disposición psicológica vinculada a la construcción o sostenimiento de un vínculo afectivo”. (Montes de Oca Zavala, 2023:5).

Tomando esta definición, y con el objetivo de describir qué se entiende por el trabajo de cuidar, podemos referirnos a todas aquellas actividades cotidianas orientadas a garantizar la subsistencia propia y la de otras personas. Cocinar, limpiar, ordenar, hacer las compras o estar al cuidado de infancias, personas mayores o personas con discapacidad que requieran apoyos de algún tipo. Son tareas relacionadas con la reproducción, el bienestar y el sostenimiento de la vida, porque todas y todos fuimos, somos y seremos cuidados en algún momento de nuestra vida, aunque en distintas modalidades, niveles e implicancias durante nuestras vidas (Pérez Orozco, 2006).

A partir de estas conceptualizaciones y análisis, resulta evidente que el cuidado constituye una necesidad fundamental de la especie humana. Sin embargo, también es indispensable reconocerlo y concebirlo como un derecho. Sin cuidados, el desarrollo

humano sería imposible, es por ello, responsabilidad del Estado asegurar su provisión. Es fundamental poder concebir el acceso universal a los cuidados, sin que estos dependan de la presencia de una familia/vínculos, una red comunitaria o la disponibilidad de recursos económicos (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2021).

La Constitución Nacional otorga jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales de derechos humanos que reconocen los derechos de las poblaciones que constituyen el foco principal de las políticas de cuidado. Entre ellos encontramos la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que establece pautas para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor. El Artículo 12 titulado “Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” dice que “la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión. Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.” (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2015).

Asimismo, consideramos fundamental poder desarrollar la noción del cuidado como un trabajo, ya que, independientemente de si es remunerado o no, implica una inversión significativa de tiempo, energía y recursos por parte de quienes lo ejercen. Su invisibilización histórica, anclada en una división sexual del trabajo que asigna a las mujeres el rol casi exclusivo de cuidadoras, ha conllevado una profunda desvalorización tanto simbólica como material (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2021).

Sin embargo, gracias a los aportes de los estudios feministas y de economía del cuidado, hoy es posible reconocer que las tareas de cuidado no solo son esenciales para la reproducción cotidiana y generacional de la vida, sino que también constituyen la base silenciosa que sostiene el funcionamiento de los sistemas económicos y productivos. Como ha planteado Pérez Orozco (2019), el cuidado es el “sostén invisible” de la economía, sin el cual la fuerza de trabajo no podría mantenerse ni reproducirse, en tanto permite que la vida cotidiana y las capacidades humanas necesarias para participar del sistema productivo se mantengan y reproduzcan. Sin el trabajo de cuidado (ya sea en el ámbito doméstico o

institucional, remunerado o no) la fuerza de trabajo no podría alimentarse, descansar, recuperarse ni formarse emocional o físicamente, condiciones necesarias para el funcionamiento del mercado laboral y del sistema económico en su conjunto.

Este “sostén invisible” permanece frecuentemente oculto en los indicadores económicos tradicionales, ya que muchas de sus actividades no se reconocen como trabajo ni se contabilizan en el producto bruto interno (PBI). No obstante, su ausencia o precariedad tiene consecuencias directas sobre la productividad, el desarrollo humano y la cohesión social (Bidegain Ponte, et al. 2020).

Desde una perspectiva crítica, el trabajo de cuidado no solo garantiza la reproducción de la vida, sino también la reproducción del capital, como desarrolla Silvia Federici (2018), al evidenciar que el sostén de la fuerza laboral ha sido históricamente sostenido por las mujeres en condiciones desiguales y no remuneradas.

Reconocer el cuidado como un componente estructural de la economía implica desplazar la mirada desde la lógica productivista hacia la sostenibilidad de la vida, como plantean las corrientes de la economía feminista. Desde este enfoque, el cuidado no es una cuestión privada ni residual, sino un asunto público que debe ser visibilizado, valorizado y redistribuido entre los distintos actores: el Estado, el mercado, las comunidades y las familias (Pérez Orozco, 2019), superando así la histórica sobrecarga impuesta a las mujeres.

4.2 Crisis de los cuidados

Consideramos importante comenzar por describir los cambios ocurridos en la estructura socioeconómica, la cual, históricamente, se organizaba en torno a dos esferas claramente diferenciadas con dinámicas propias. Tomando los aportes de Rodríguez Enríquez (2007), por un lado encontramos el ámbito público y de la producción económica, orientado a la acumulación de capital; y por otro, el espacio privado-doméstico, vinculado a una economía no monetizada o conocida como reproductiva, donde las mujeres asumían las tareas de cuidado no remuneradas. Esta organización se sostenía en una estricta división sexual del trabajo, operativa a nivel macrosocial, y encarnada en el modelo de familia nuclear tradicional como norma social dominante.

Todo ese trabajo de cuidados no remunerado constituía una base fundamental pero invisibilizada que sostenía la estructura social en su conjunto. Su falta de reconocimiento estaba directamente ligada a la división entre lo público y lo privado, así como a la separación entre el trabajo remunerado y el no remunerado. “Bajo este modelo, los cuidados estaban socialmente garantizados.” (Pérez Orozco A.,2006:19)

Con el tiempo, esta estructura comenzó a transformarse profundamente, impulsada por cambios sociales, culturales y económicos, así como por el auge de los movimientos

feministas, que propiciaron nuevas lecturas, cuestionamientos y resignificaciones de las representaciones sociales existentes. En este contexto emergió lo que hoy se denomina crisis de los cuidados.

En *Notas sobre la crisis de cuidados: distribución social, moralización del tiempo y reciprocidad del tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar*, Legarreta Iza (2017) define esta crisis como el resultado de desequilibrios crecientes en los sistemas de atención y cuidado en las sociedades occidentales, producto de transformaciones profundas en los modos de vida.

Uno de los factores clave que explican esta crisis es el aumento de la esperanza de vida, que incrementa la cantidad de personas que requieren cuidados. A su vez, frente al retroceso de los Estados de bienestar, la responsabilidad del cuidado recae casi exclusivamente en las familias, y dentro de ellas, de forma persistente y desproporcionada, en las mujeres.

La masiva incorporación femenina al mercado laboral, sumada a los cambios en las formas de convivencia, las dinámicas familiares y las condiciones laborales, ha vuelto insostenible la reproducción del modelo tradicional de cuidado dentro del hogar.

Esta crisis, de carácter global, no sólo profundiza las desigualdades de género ya existentes, sino que también da lugar a nuevas formas de relaciones desiguales, tanto entre varones y mujeres como entre mujeres con diferentes trayectorias, condiciones sociales y pertenencias étnicas o territoriales. La sobrecarga de trabajo de cuidado no remunerado, la intensificación de las tareas domésticas, la pérdida de ingresos y la precarización laboral afectan de manera desproporcionada a las mujeres, en especial a aquellas que se encuentran en contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica (Bidegain Ponte, et al. 2020).

Sin embargo, tal como lo proponen Ceminari y Stolkiner (2016), toda crisis también abre una ventana de oportunidad: habilita momentos de ruptura que permiten revisar, cuestionar y resignificar los vínculos de género, las estructuras familiares y las formas históricas de organización del cuidado.

En este sentido, la pandemia ha visibilizado con mayor fuerza la centralidad del trabajo de cuidados para la sostenibilidad de la vida y ha generado nuevas discusiones sociales y políticas sobre quién cuida, cómo se cuida y quién debería asumir la responsabilidad de cuidar. Este contexto plantea y permite pensar la posibilidad de avanzar hacia modelos más justos y corresponsables, que redistribuyan las tareas de cuidado entre el Estado, el mercado, las comunidades y las familias.

4.3 Envejecimiento y dependencia y fragilidad de los adultos mayores

En la actualidad nuestro país se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. Según datos del INDEC (sitio oficial), en el censo del 2022 resultó que en Argentina el 11,9% de la población tenía 65 años y más. De acuerdo a las proyecciones de población de este organismo, para el año 2040, la población de 60 años y más crecerá en casi 3,5 millones de personas (un 46% más que la actual) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, s.f.).

Ante esto nos parece importante desarrollar la definición de adulto mayor y envejecimiento, la cual según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años.

Por otro lado, en relación al envejecimiento el sitio oficial de OMS (Organización Mundial de la Salud, s.f.) desarrolla que es un proceso natural, gradual y progresivo que afecta a todo el organismo, y se manifiesta de manera diferente en cada individuo. La vejez implica una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales, producto del daño acumulado en las células y moléculas a lo largo del tiempo. Esto genera una mayor vulnerabilidad y fragilidad en las personas mayores.

Aunque el envejecimiento conlleva cambios inevitables en el organismo, no todos los efectos se deben exclusivamente a la edad, ya que el proceso varía según cada individuo. Además del deterioro funcional considerado parte del envejecimiento normal, pueden surgir enfermedades que, si bien son frecuentes en esta etapa, muchas veces pueden prevenirse o minimizarse, dependiendo de factores como la genética y el estilo de vida. (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

La dependencia en personas adultas mayores según OMS (Organización Mundial de la Salud) refiere a la incapacidad para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria, lo que genera una necesidad creciente de cuidados personalizados e intensivos. Por su parte, la fragilidad se entiende como un estado de vulnerabilidad física, emocional y/o social, que incrementa significativamente el riesgo de que una persona desarrolle dependencia funcional.

En *Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor* de Loredó-Figueroa (2016) encontramos la descripción de la dependencia, que implica dificultades permanentes para llevar a cabo tareas cotidianas, conocidas como Actividades de la Vida Diaria (AVD), y requiere la intervención constante de otra persona para poder realizarlas. Estas actividades se dividen en dos grandes grupos, las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que incluyen tareas esenciales como moverse dentro del hogar, alimentarse, utilizar el baño, bañarse y vestirse. Por otro lado las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son más complejas a nivel cognitivo y motor, e incluyen tareas como realizar compras, cocinar, usar medios de transporte, gestionar la medicación o

mantener la limpieza del hogar. Es importante destacar que esta definición excluye situaciones transitorias, como aquellas que surgen a raíz de una enfermedad o accidente con perspectivas de recuperación a corto plazo.

Loredo-Figueroa et al. (2016) desarrollan que se considera dependencia el estado en que se encuentra el adulto mayor que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual necesita asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos cotidianos de la vida diaria.

Para medirla, se empleó el índice de Barthel (IB) de actividades de la vida diaria, ya que es uno de los instrumentos de medición más utilizados en geriatría. El IB es una escala que evalúa la independencia funcional de una persona en las actividades básicas de la vida diaria. Mide la capacidad de un individuo para realizar 10 actividades fundamentales como comer, vestirse, asearse, ir al baño, etc. El IB asigna una puntuación a cada actividad, reflejando el grado de dependencia o independencia de la persona. La suma de estas puntuaciones proporciona una estimación cuantitativa de la discapacidad física, lo que permite evaluar la necesidad de atención y rehabilitación. (Cid Ruzafa y Damián Moreno, 1997)

También resulta valioso el aporte de Batthyány (2010), quien en un documento de trabajo reflexiona sobre las desigualdades de género que atraviesan el sistema de cuidados en América Latina. La autora señala que, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, el proceso de envejecimiento en la región se produce en un contexto de profundas desigualdades en el acceso a la protección social, con instituciones débiles y políticas públicas que no han logrado adaptarse adecuadamente al cambio demográfico. En este escenario, las familias continúan siendo el principal sostén del cuidado de las personas mayores, asumiendo responsabilidades en el acceso al sistema de salud, así como en las tareas de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación.

5. CAPÍTULO II: PAMI II

“En relación al sistema de atención ante un padecimiento o enfermedad, las personas demandan alivio, resolución o curación del problema, y quienes realizan la prestación de servicios intentan dar respuesta al mismo. Pueden reconocerse, entonces, dos componentes o polos.(...)Son dos caras o aspectos inescindibles de un mismo fenómeno, debiendo ambas ser diferenciadas y contempladas”
(Chavero, 2022:5).

Es importante aclarar que el desarrollo del siguiente capítulo se basa en un recorte temporal correspondiente al período en el que se realizaron las prácticas pre-profesionales en la institución, específicamente entre mayo de 2023 y noviembre de 2024. Este recorte responde al hecho de que es en ese marco temporal donde se realizaron las observaciones directas y construir apreciaciones fundamentadas. La información y documentación utilizadas también corresponden a dicho período.

5.1 Policlínico PAMI II

El sistema de salud argentino se organiza en tres subsistemas: Salud Pública, Sector Privado (Medicina Prepaga) y Seguridad Social, siendo el INSSJP, conocido popularmente como PAMI, parte de este último. Aunque el sistema de salud argentino se rige por el principio de universalidad, la fragmentación y la falta de integración entre estos subsistemas son las principales causas de la desigualdad en el acceso efectivo del derecho a la salud de calidad (Fundación Soberanía Sanitaria, 2021).

El Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) combina prestaciones médicas y sociales, a una población específica: los adultos mayores. En la actualidad posee más de 4.800.000 afiliados, entre jubilados y sus familiares a cargo, discapacitados, pensionados y veteranos de Malvinas. Es la obra social más grande de Latinoamérica (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, s.f.).

Es necesario resaltar que las instituciones como el INSSJP y el Policlínico PAMI II desempeñan un papel fundamental en la estructura social argentina debido a su alcance transversal y su misión de brindar asistencia médica integral a las personas mayores.

Encontramos que para los afiliados de la ciudad de Rosario, el INSSJP creó la Delegación Regional IX. La misma mantiene como particularidad o distinción singular con respecto al resto de la estructura nacional, el poseer servicios hospitalarios propios. Solo en la provincia de Buenos Aires y en C.A.B.A.se da esta particularidad (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, s.f.).

El policlínico PAMI II, ubicado en la zona norte de la ciudad de Rosario, calle Olive 1159, cuenta con un Servicio de Guardia las 24 horas, Internación de Segundo Nivel

Complejidad, Servicios de Cirugía, Servicios de Internación Domiciliaria, Laboratorios de Análisis Clínico, Servicios de Rayos, Servicios de Medicina, Servicios de Video, Servicios de Trabajo Social, Psicosocial y Psicología, Servicio de Hematología, Servicio de Nutrición, Servicio de Fisioterapia y Kinesiología, Servicio de Consultorios Externos de lunes a viernes de 7 a 21hs y Especialistas de distintos tipos. Camilleros, mucamas, Áreas Administrativas, Área jurídica, Área contables, tesorería, recursos humanos, higiene y seguridad.

5.2 La población del PAMI II

Al referirnos a los afiliados del INSSJP, según datos estadísticos institucionales, el 70 % del total corresponde a personas de entre 60 y 79 años, mientras que un 20 % se encuentra en el grupo etario de 80 a 99 años (INSSJP, 2023). Estos datos permiten afirmar que la población mayoritaria del Instituto está compuesta por personas adultas mayores.

El Policlínico PAMI II no es una excepción a esta realidad. A partir de los registros de campo tomados durante dos años de prácticas preprofesionales, se puede afirmar que los casos de personas afiliadas menores de 60 años fueron excepcionales y poco frecuentes.

Para comprender mejor la población que atiende el Policlínico PAMI II, es necesario hacer referencia al sistema de cápita, una modalidad de distribución que asigna un número determinado de afiliados y una categoría a cada institución, según las prestaciones que puede brindar. Esta categorización considera factores como la cantidad de camas, la tecnología disponible, la zona de residencia, entre otros. Actualmente, el Policlínico PAMI II tiene asignados aproximadamente 23.000 afiliados¹.

Durante el desarrollo de las prácticas, surgió una situación significativa: desde la Dirección del Policlínico se solicitó al equipo de Servicio Social la elaboración de un informe que permitiera conocer la situación socioeconómica de la población afiliada, con el objetivo de justificar un pedido de ampliación presupuestaria frente al aumento de la demanda de atención.

El único material disponible fue un borrador preliminar de dicho informe, el cual, aunque limitado, ofrecía datos relevantes contruidos a partir de la información accesible. El análisis se centró en la población capitada del Policlínico y seleccionó indicadores sensibles a las condiciones socioeconómicas, tomando como recorte temporal el mes de mayo de 2024 y utilizando los datos de las consultas en guardia durante ese período.

Uno de los principales indicadores fue el domicilio de los afiliados, que permitió identificar los barrios de procedencia y realizar una primera aproximación territorial. También

¹ Dato relevado del informe “Condiciones de vida de los afiliados del PP 2 que consultaron la guardia en mayo 2024 – Borrador”. Según este informe preliminar, elaborado por el equipo de Servicio Social, y con datos proporcionados por la Unidad de Gestión Local IX (UGL IX), en mayo de 2024 el número de cápitass asignadas al Policlínico PAMI II fue de 23.151 afiliados.

se incorporó el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), útil para detectar situaciones de pobreza estructural.

Pese a las limitaciones metodológicas del informe, se evidenció una relación directa entre las condiciones de vida y la frecuencia de consultas en guardia. Se observó que la mayoría de los afiliados provenía de barrios con condiciones socioeconómicas desfavorables, lo cual permite inferir que las condiciones estructurales de vida impactan directamente en el estado de salud de esta población, generando una alta demanda sociosanitaria en el Policlínico.

En este sentido, resulta pertinente citar datos de HelpAge Argentina, una ONG que monitorea la calidad de vida de las personas mayores. En su informe más reciente (2024), advierten que el aumento de tarifas, la suba en el precio de los alimentos, los recortes en medicamentos y la falta de actualización de las jubilaciones están afectando gravemente a las personas mayores en Argentina. Según el informe, la pobreza alcanzaría al 73% de las personas mayores de 61 años en el país.

Este dato cobra especial relevancia al analizar la población del Policlínico PAMI II, que se encuentra atravesada por estas mismas condiciones de pobreza estructural, las cuales se profundizan cada vez más y se reflejan en la alta demanda y en las complejidades sociales que atraviesan a los afiliados atendidos.

5.3 La demanda

En primer lugar, es necesario señalar que en este apartado nos referiremos a la demanda dirigida al Área de Servicio Social del Policlínico PAMI II, demanda que da lugar a la intervención profesional de las trabajadoras sociales. Las demandas presentadas expresan diversas manifestaciones de la cuestión social, tensionando a su vez la delimitación específica del área de intervención en el marco del proceso salud-enfermedad.

Los afiliados que requieren intervención, nombrados como sujetos de derechos o beneficiarios, en la constitución y enunciación de sus demandas permiten advertir la existencia de una concepción ampliada del derecho a la salud. Es decir, se reconoce una perspectiva que no se limita únicamente a la adecuada atención médica, sino que también como describe las Naciones Unidas, la demanda de la garantía y cumplimiento de otros derechos fundamentales, excediendo el campo del saber médico tradicional.

En la mayoría de los casos, las demandas llegan de manera espontánea, formuladas directamente por los propios sujetos o por sus referentes afectivos (familiares, vecinos, entre otros). También pueden presentarse de forma indirecta, a través de derivaciones realizadas por otros profesionales o por el personal médico de la institución.

De manera general, las demandas que llegan al Área de Servicio Social están vinculadas principalmente a la asistencia y cuidados que requieren las personas mayores,

en situaciones de dependencia y fragilidad, propias de esta etapa de la vida. Como plantea Zolotow (2014), el crecimiento sostenido de la población de personas mayores es un fenómeno reconocible a nivel mundial, lo que implica la necesidad de formar personal capacitado y de ampliar y crear nuevos servicios para dar respuesta a estos cambios demográficos. Esta transformación, a su vez, genera un aumento sostenido de la demanda.

Desde lo observado en la práctica pre-profesional, se puede afirmar que la demanda por parte de las personas afiliadas al Policlínico PAMI II viene creciendo de manera sostenida. Este aumento no se da únicamente por envejecimiento poblacional, sino que está relacionado con varios factores que se combinan y afectan directamente la vida de las personas mayores.

Por un lado, la situación económica actual, con jubilaciones que muchas veces no alcanzan para cubrir lo básico, en donde afiliados hacen malabares para subsistir, pagar alquileres, medicamentos, movilidad, comida. Por otro lado, las transformaciones en los vínculos familiares y la falta de redes de apoyo cercanas, dejando a muchos adultos mayores solos frente a situaciones complejas, especialmente cuando necesitan cuidados. También influyen aspectos culturales, como la idea todavía muy instalada de que los cuidados deben darse en el ámbito familiar, lo que muchas veces no es posible por la falta de tiempo, recursos, conocimientos, o como nombramos la desvinculación familiar.

Todo esto hace que, ante cualquier situación de fragilidad, dependencia o necesidad de acompañamiento, el Área de Servicio Social se convierta en un espacio de referencia, donde se busca orientación, contención y soluciones. Por eso, no sólo crecen las demandas, sino también la complejidad de los casos que se presentan.

5.4 Estrategias de intervención

En esta sección resulta necesario describir las estrategias de Intervención que llevan adelante las Trabajadoras Sociales del Policlínico, comenzando por el entendimiento fundamental de que las intervenciones en sí mismas son construcciones artificiales, signadas históricamente, que requieren y exigen por parte del profesional el despliegue de diversas estrategias acordes al campo de intervención, las cuales deben contemplar entre muchos factores, una interpretación de la demanda efectuada por parte de los sujetos; así como también la evaluación de los posibles efectos que posea la acción interventiva en sus vidas, que apunte a la promoción de autonomía, revinculación y el efectivo cumplimiento de los derechos.

En cuanto a estrategia de intervención y tomando los aportes de Saibene (2015) podemos describirlo como un proceso orientado a dirigir un asunto mediante la combinación, coordinación, distribución y aplicación de acciones encaminadas a la consecución de un objetivo. En el campo disciplinar, implica una intervención consciente,

reflexiva y contextualizada, que responde a una demanda (ya sea una necesidad o un conflicto), y que busca la modificación, resolución o transformación de una situación problemática que afecta a los sujetos involucrados.

Desde una perspectiva crítica, como la propuesta por Alicia González-Saibene (1996), la estrategia de intervención se concibe como un proceso orientado a ganar poder, entendiendo el poder como la posibilidad de acceder a recursos críticos, cuya posesión permite a ciertos sectores posicionarse de manera más favorable frente a situaciones de vulnerabilidad o desigualdad. Y requiere de un instrumental teórico-técnico adecuado, es decir, un conjunto de herramientas que permitan operar de manera eficaz sobre la realidad social, reconociendo su carácter complejo, histórico y conflictivo.

En este apartado, destinamos el desarrollo al análisis de las estrategias de intervención vinculadas a la demanda de cuidados que venimos abordando. Con este propósito, realizaremos una descripción de las resoluciones y normativas que enmarcan las políticas de cuidado implementadas en el Policlínico PAMI II, en el contexto de los servicios ofrecidos por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Asimismo, se incluirá el análisis de una estrategia frecuentemente utilizada en las intervenciones: la familiarización de los cuidados, entendida como la tendencia a delegar la responsabilidad del cuidado en el entorno familiar.

5.4.1 Las políticas de cuidado del INSSJP

5.4.1.1 PADyF: Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad

Tomando como insumo la Resolución 2019-1029 del INSSJP (2019), se aprueba la creación del Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad (PADyF). Este programa tiene como objetivo general proveer apoyo económico parcial para afrontar la dependencia funcional de personas mayores afiliadas al Instituto, que se encuentren en situación de limitaciones psicofísicas y carezcan de una red de apoyo adecuada y de atención efectiva.

Entre sus objetivos específicos se destaca, promover la permanencia de las personas mayores en su entorno sociofamiliar y comunitario; evitar internaciones y reinternaciones prolongadas o inadecuadas, previniendo así el agravamiento de la dependencia funcional; favorecer la calidad de vida de las personas mayores y, al mismo tiempo, disminuir sensiblemente los costos médicos asociados a la institucionalización.

La población objetivo está constituida por personas mayores afiliadas que presentan fragilidad y/o dependencia funcional leve, moderada o moderada alta, que requieran el apoyo de terceras personas para satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estas personas se caracterizan por contar con una red de apoyo socio familiar inexistente, insuficiente o claudicante.

En cuanto al estado sanitario, el programa contempla a los afiliados en proceso de pérdida o disminución de capacidades funcionales físicas y/o psíquicas, ya sea por edad avanzada, secuelas de enfermedades crónicas o eventos adversos; afiliados con enfermedades terminales que requieran asistencia para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Respecto a la red sociofamiliar, se contemplan situaciones en donde hay carencia total de red familiar, los familiares obligados que son insuficientes, no convivientes, no continentes o incapacitados para brindar apoyo efectivo; o las redes débiles o inestables conformadas por vecinos, amistades o instituciones comunitarias, que actúan como único sostén.

El programa entró en vigencia el 1° de julio de 2019, con aplicación en todo el territorio nacional. Sin embargo, desde su creación hasta la actualidad, el monto económico asignado nunca fue actualizado, a pesar de los aumentos inflacionarios y del incremento de la demanda que pudiese existir. En sus inicios, el programa preveía una asignación escalonada, dependiendo del grado de dependencia del afiliado, con un monto mínimo de \$2.500 y un máximo de \$8.500, determinado según la evaluación de los profesionales.

Durante los años 2023 y 2024, en el marco de nuestras prácticas, observamos que este programa había perdido funcionalidad, al punto que sólo se consideraba el otorgamiento del monto máximo, el cual resultaba completamente insuficiente para cubrir los costos reales del cuidado. El subsidio representa un monto mínimo que no cumple con las expectativas ni necesidades reales de quienes lo solicitan. Además, su tramitación puede demorar entre 2 y 3 meses, lo que lo vuelve ineficaz para atender situaciones urgentes, ni se aproxima a brindar una respuesta concreta a una demanda inmediata.

Como comentábamos el valor del subsidio es de \$8.500 de manera regular, mientras que, según datos del sitio oficial de la Unión del Personal Auxiliar de Casas Particulares -UPACP- (s.f.), el valor por hora de una persona dedicada al cuidado y asistencia de personas ronda los \$3683,21², con un salario mensual estimado en \$464.129,59. Esto implica que el subsidio apenas alcanza para cubrir dos horas y media de asistencia mensual, lo que pone en evidencia la brecha entre el subsidio ofrecido y el costo real del cuidado, profundizando así la insuficiencia de esta política pública.

Por esta razón, en muchas situaciones directamente no se ofrecía el programa como opción. En los pocos casos en los que se evaluaba una posible ayuda económica, se recurre al subsidio conocido como PADyF Excepcional, como alternativa ante la ineficiencia del esquema original.

² Dato de Octubre del 2025

En relación con lo denominado PADyF Excepcional, el término mismo remite a una situación que debería contemplar condiciones extraordinarias, diferentes de lo habitual. El mismo, según lo relevado en las notas del cuaderno de campo y a partir de los relatos de las trabajadoras sociales, fue históricamente considerado como una posibilidad para situaciones particularmente complejas. La solicitud del PADyF Excepcional se definía a partir de la evaluación profesional, que implica realizar un análisis detallado de la situación del afiliado, incluyendo la elaboración de presupuestos y estimaciones de costos vinculados a la contratación de cuidadores y a los gastos generales de subsistencia. Durante los primeros meses de nuestras prácticas en 2023, las profesionales nos contaban que, si bien intentaron en varias ocasiones gestionarlo, eran muy pocas las veces que lograban la aprobación de su otorgamiento.

Con el transcurso del tiempo, y hacia finales del año 2024, comenzó a observarse un cambio. Frente a la insuficiencia del PADyF regular, y luego de conversaciones con personas que ocupan roles en la toma de decisiones institucionales (y con la correspondiente autorización de estas), el subsidio excepcional comenzó a ofrecerse de forma más frecuente en aquellos casos que lo ameritaban.

No obstante, este instrumento también presenta limitaciones significativas. Si bien el monto máximo otorgado (\$150.000) representa una mejora considerable en comparación con el subsidio PADyF regular, sigue siendo insuficiente frente a los costos reales de los cuidados personalizados. La evaluación detallada de los gastos de contratación y subsistencia, que inicialmente formaba parte del proceso de solicitud, fue reemplazada por una estimación informal del monto, acordada entre las profesionales, que no se ajusta a la realidad económica actual.

De este modo, el resto de los costos debe ser afrontado por los propios afiliados o sus familias. Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas afiliadas perciben haberes mínimos y que el costo de vida ha aumentado considerablemente, en muchos casos esto se vuelve económicamente inviable, lo que limita seriamente el acceso efectivo al derecho al cuidado en sus hogares.

5.4.1.2 Residencias de Larga Estadía

Tomando como referencia la Resolución RESOL-2023-896 del INSSJP (2023), se observa que las residencias para personas mayores han transitado de un enfoque asistencialista, representado históricamente por los antiguos “asilos”, hacia un modelo centrado en los derechos, donde se prioriza la autonomía, la dignidad y el bienestar de las personas mayores. En la actualidad, las Residencias de Larga Estadía (RLE) brindan atención socio-sanitaria interdisciplinaria a personas mayores que, por sus condiciones de salud o situación de dependencia, no pueden realizar por sí mismas actividades básicas o

instrumentales de la vida diaria ni recibir cuidados adecuados en su entorno comunitario o familiar.

Estas instituciones se organizan a partir de principios gerontológicos como la personalización, la integralidad, la autonomía, la participación y la privacidad, y tienen el deber de garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores, conforme lo establece la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, incorporada a la legislación nacional mediante la Ley 27.360. En particular, esta Convención resalta en su artículo 7 el derecho a una vida autónoma e independiente y en el artículo 19 el derecho a la salud física y mental sin discriminación (INSSJP,2023).

Dicha resolución establece dos modalidades de atención institucional para personas afiliadas al INSSJP. Por un lado, las Residencias de Larga Estadía (RLE), orientadas a personas mayores de 60 años con dependencia funcional que requieren cuidados continuos que no pueden ser brindados en su entorno familiar o comunitario. Por otro lado, las Residencias de Larga Estadía Especializadas en Cuidados Psicogerontológicos (RLEP), dirigidas a personas mayores de 60 años con dependencia funcional que requieren atención psicogerontológica especializada, incluyendo supervisión permanente, estimulación cognitiva y tratamiento específico.

La prestación no es de carácter universal, por ende, se encuentra sujeta a la evaluación sociosanitaria por parte de los profesionales del Instituto. Las prestaciones en Residencias de Larga Estadía son servicios sociales, con coordinación socio-sanitaria que incluye alojamiento, comida, servicios de cuidados, enfermería, atención psicosocial, terapia ocupacional, recreación y servicios de salud de baja complejidad. No son hospitales, ni clínicas, ni sanatorios, ni establecimientos psiquiátricos agudos, ni centros de rehabilitación (INSSJP, 2023) .

El objetivo general de esta prestación es garantizar atención multiprofesional de calidad en instituciones de larga estadía a personas mayores afiliadas al INSSJP que, por razones de salud, dependencia o limitaciones económicas, no pueden acceder a una residencia privada ni permanecer en su hogar con los cuidados necesarios. En este marco, se busca garantizar sus derechos humanos, mejorar su calidad de vida mediante una atención integral, ofrecer cuidados adecuados frente a enfermedades crónicas, desarrollar un modelo centrado en la persona y su proyecto vital, asegurar los apoyos necesarios para la realización de actividades de la vida diaria, orientar y acompañar tanto a los residentes como a sus familias y redes de apoyo, fomentar la inclusión y la participación social, y brindar cuidados de calidad y contención incluso en el final de la vida.

A su vez, se definen las funciones que deben asumir las residencias para alcanzar estos objetivos, las cuales abordan distintas dimensiones del cuidado y se estructuran en torno a enfoques preventivos, rehabilitadores, terapéuticos, sustitutivos y paliativos.

Ante esta política, se puede destacar que el INSSJP asume la cobertura total del servicio para las personas afiliadas que perciben el haber mínimo, financiando el 100% del costo de la prestación. En los casos en que el afiliado perciba ingresos superiores (equivalentes a dos haberes mínimos o más), se establece un régimen de coseguro, mediante el cual se aplica un descuento del 20% o 40% sobre sus ingresos, según corresponda. En la actualidad se estima que el INSSJP, paga por afiliado en RLE o RLEP entre \$1.255.779 y \$2.310.633 de acuerdo a la categoría de la Residencia³ (INSSJP, 2025).

En un contexto de crisis de los cuidados, como indicamos anteriormente, donde las redes familiares se ven desbordadas por las exigencias de la vida cotidiana y no logran asumir plenamente el cuidado de las personas mayores, resulta central analizar las políticas de cuidado disponibles y las estrategias de intervención posibles. En este escenario, la principal demanda que se presenta en la práctica institucional es la solicitud de institucionalización geriátrica de los afiliados. Esta es concebida, tanto por las familias como (en algunos casos) por los propios adultos mayores, como una alternativa que brinda contención, acompañamiento y una respuesta efectiva a las necesidades asociadas a las actividades de la vida diaria.

Sin embargo, esta representación no es unívoca. También persiste una percepción negativa sobre las residencias geriátricas, concebidas como espacios de descarte o encierro, donde las personas mayores pierden autonomía y vínculos significativos. Es en esta tensión, entre el reconocimiento de la residencia como un lugar de cuidado y resolución, y su estigmatización como ámbito de abandono, donde se inscribe el sentido social que se le asigna a la institucionalización. Esta dicotomía atraviesa tanto las decisiones familiares como las intervenciones profesionales, complejizando las respuestas frente a situaciones de dependencia y fragilidad en la vejez.

Cabe señalar, además, que muchas personas afiliadas expresan resistencia ante la posibilidad de ingresar a una institución, ya que ello implica enfrentarse a múltiples cambios significativos en su vida cotidiana. El ingreso supone adaptarse a un entorno desconocido, convivir con personas con las que no tienen vínculo previo, afrontar las limitaciones propias del deterioro físico y/o cognitivo, y ajustarse a normas y rutinas institucionales que regulan la

³ Dato resuelto del incremento de aranceles previsto por la RESOL-2025-475-INSSJP-DE#INSSJP en todas las modalidades prestacionales del DOS COMA NUEVE POR CIENTO (2,9%) a partir del mes prestacional Abril 2025 sobre la base de los aranceles vigentes al mes de Diciembre de 2024, aprobados por la RESOL-2024-3081-INSSJP-DE#INSSJP.

vida diaria. Asimismo, deben abandonar su hogar, desprenderse de sus afectos, plantas, mascotas y objetos personales, resignando parte de su intimidad y autonomía.

Por otro lado, en lo que respecta a la prestación de cobertura para la institucionalización geriátrica, y tomando como referencia lo establecido en el *Reglamento sobre abordaje, evaluación y otorgamiento de la prestación de ingreso al Programa de Atención Integral en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores e instrumentos de aplicación específicos (2023)*, resulta pertinente señalar ciertos aspectos claves para su análisis.

En primer lugar, cabe destacar la diferenciación que dicho reglamento establece entre Residencias de Larga Estadía (RLE) y Residencias de Larga Estadía Especializadas en Cuidados Psicogerontológicos (RLEP). La determinación del tipo de residencia a la que corresponde el ingreso se realiza mediante evaluaciones denominadas “Mini-Mental”, a partir de las cuales se categoriza a los afiliados según el nivel de deterioro cognitivo: “leve”, “moderado” o “avanzado”. Una de las principales críticas que realizan las profesionales del área a este tipo de evaluación es la falta de consideración del deterioro que puede presentar la persona afiliada como consecuencia de una internación hospitalaria prolongada, lo cual puede alterar significativamente los resultados y afectar la asignación adecuada de la prestación.

A su vez, el tiempo de espera para acceder a la prestación suele extenderse durante varios meses, siendo aún mayor en el caso de las RLEP, dado que representan un número muy reducido de instituciones con convenio vigente con el INSSJP. Esta escasa oferta incrementa los plazos de espera y dificulta el acceso en situaciones que requieren una respuesta urgente, como aquellas en las que las personas mayores presentan un alto nivel de dependencia o fragilidad por su deterioro cognitivo avanzado y necesitan atención psicogerontológica especializada.

Esta demora, tanto de RLE y RLEP, impacta directamente en la calidad de vida de las personas afiliadas, quienes en muchos casos deben esperar su ingreso institucionalizadas en el Policlínico, con el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias y sin recibir una atención especializada acorde a sus necesidades. Además, la carga del cuidado continúa recayendo en las familias, que deben sostener el acompañamiento cotidiano sin contar con los recursos ni apoyos necesarios, lo que intensifica la sobrecarga emocional, económica y física.

Otra de las dificultades se presenta con la posibilidad de las RLEP, instituciones privadas, para denegar el ingreso de afiliados considerados “casos complejos”, categoría que suele incluir personas con colostomía, sonda vesical o traqueotomía. Esta negativa se debe, en muchos casos, a la falta de equipos médicos propios capacitados para atender estas situaciones dentro de las residencias, lo cual representa un incumplimiento de las

normativas vigentes. Cabe recordar que, según la normativa, estos casos deberían ser derivados a un módulo de cuidados continuos, dispositivo que tampoco se encuentra desarrollado de manera suficiente para dar respuesta integral a estas situaciones.

5.4.1.3 Centros de Día para Adultos Mayores

Si debemos de describir los Centros de Día para Personas Mayores y realizar una diferenciación respecto a otras instituciones de cuidado, encontramos que los mismos son dispositivos de atención diurna diseñados especialmente para brindar apoyo, contención y actividades socio-terapéuticas a personas mayores que aún conservan cierto grado de autonomía, pero que pueden beneficiarse del acompañamiento especializado y la socialización en un entorno cuidado (INSSJP, 2022)

Los Centros de Día no implican el alejamiento del entorno familiar ni la institucionalización permanente, sino que funcionan como espacios ambulatorios de asistencia y permanencia temporal durante el día, permitiendo a las personas mayores mantener sus vínculos, su hogar y su pertenencia comunitaria.

De acuerdo con la información oficial, Resolución RESOL-2022-1387 del INSSJP (2022), el Programa de Atención Integral en Centros de Día para Personas Mayores cuenta con dos modalidades de prestación:

Centro de Día para Personas Mayores, que está destinado a personas de 60 años o más, que sean autoválidas, frágiles o con dependencia leve o moderada para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Estos centros tienen como objetivo favorecer la autonomía y la independencia, promover redes sociales y prevenir el aislamiento, ofreciendo prestaciones sociales, recreativas, terapéuticas, de estimulación cognitiva, atención médica y de enfermería, además del servicio de alimentación durante la jornada.

Centro de Día Especializado en Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias, que trata de un dispositivo gerontológico terapéutico especializado que atiende a personas mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo o demencias leves a moderadas, que presentan dificultades en el desarrollo de las AVD. Su finalidad es brindar atención integral durante el día, buscando mantener o recuperar la mayor autonomía posible, a través de estrategias de rehabilitación y estimulación cognitiva, funcional y social, que contribuyan a retrasar el avance de la dependencia.

Ambas modalidades comparten el enfoque de promover un envejecimiento activo, sostener la vida en comunidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, evitando o postergando la institucionalización permanente (INSSJP, 2022)

En relación con esta política de cuidado, observamos que en la ciudad de Rosario el programa cuenta con convenio con una única institución, ubicada en la zona oeste,

específicamente en el barrio Fisherton, y no dispone de servicio de transporte para las personas afiliadas.

Esta situación representa una limitación significativa, ya que el traslado al centro recae exclusivamente en los vínculos familiares, quienes deben encargarse del traslado diario. En muchos casos, esto resulta inviable por cuestiones laborales, económicas o de organización familiar, lo que dificulta el acceso efectivo a la prestación. La escasa oferta de instituciones conveniadas y la ausencia de transporte hacen que el programa no sea una opción frecuente ni accesible dentro del abanico de estrategias de cuidado disponibles, especialmente para personas mayores en situaciones de fragilidad o dependencia.

5.4.2 Familiarización de los cuidados

Ante esta estrategia de intervención es necesario retomar el apartado de la crisis de los cuidados. El cuidado de las personas mayores continúa estando profundamente arraigado en el ámbito familiar, siendo las mujeres quienes asumen la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado. Esta distribución genera una carga desproporcionada sobre ellas y perpetúa las desigualdades de género, situación que se evidencia con claridad en las entrevistas y casos abordados cotidianamente en el Área de Servicio Social del Policlínico PAMI II.

La organización familiar del cuidado suele ser compleja y difícil de sostener, debido a diversos factores: las extensas jornadas laborales de los miembros de la familia, la sobrecarga de tareas no remuneradas que recae sobre las mujeres, los vínculos afectivos debilitados con las personas mayores, y la imposibilidad material de garantizar cuidados adecuados y sostenidos en el tiempo.

En este sentido, resulta fundamental revisar las formas en que concebimos y organizamos el cuidado en el entorno familiar, superando la noción tradicional de familia nuclear y reconociendo la diversidad de configuraciones familiares existentes hoy, en ocasiones nos encontramos con afiliados sin vínculos familiares directos y son vecinos del mismo los que se hacen cargo de estos cuidados o acompañamientos en la fragilidad. Las intervenciones profesionales deben centrarse en una perspectiva de cuidados, que respete la autonomía, los deseos y las decisiones de las personas mayores, atendiendo no sólo a sus necesidades básicas, sino también a su bienestar integral.

Datos tomados de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida en la Vejez -ENCAVIAM- (INDEC, 2014), reflejan que el 77,4% de las tareas de asistencia a personas mayores con dependencia básica son asumidas por el entorno familiar. En menor medida intervienen empleados domésticos o cuidadores no especializados (12,2%), amistades o vecinos (5,5%) y cuidadores especializados (3,5%). Esta distribución varía con la edad: en personas de 60 a 74 años, el cuidado familiar alcanza el 85,6%, mientras que en mayores

de 75 años aumenta el peso de los empleados domésticos (16%) y de cuidadores especializados (4,7%), cuando la familia tiene los recursos para costearlos. Además, gracias a herramientas de análisis del uso del tiempo, sabemos que en los hogares con personas mayores de 65 años se destinan más de 30 horas semanales al cuidado, y que más del 70% de estas tareas son realizadas por mujeres (Batthyány, 2010). Este dato refuerza el carácter feminizado del cuidado y la sobrecarga que implica para ellas, muchas veces incompatible con el trabajo remunerado y la vida autónoma.

Todos estos datos cualitativos y cuantitativos, reflejados en estadísticas e informes, se confirman a diario en la práctica profesional de las trabajadoras sociales del Policlínico PAMI II. En las entrevistas y seguimientos realizados en el consultorio, se observa de forma constante que el cuidado de las personas mayores afiliadas recae mayoritariamente en las familias y, dentro de ellas, en las mujeres, quienes cargan con la responsabilidad de acompañar, asistir y sostener los cuidados necesarios en situaciones de dependencia o fragilidad.

Son también estas mismas mujeres quienes, desbordadas por la sobrecarga, expresan la necesidad de poder delegar parcial o totalmente esas tareas de cuidado. Sin embargo, al momento de conocer y acceder a los programas institucionales disponibles, se enfrentan con limitaciones y deficiencias: escasa cobertura, largos tiempos de espera, criterios restrictivos para la asignación de recursos o la inexistencia de dispositivos intermedios entre el cuidado familiar y la institucionalización.

En este escenario, la estrategia que se adopta de forma conjunta entre el equipo profesional y las familias consiste, en la mayoría de los casos, en organizar el cuidado dentro del entorno familiar, intentando redistribuir las tareas entre otros miembros o, en su defecto, evaluar la posibilidad de que algún integrante colabore económicamente para costear un cuidador privado. Esta alternativa aparece como la única opción viable cuando la institucionalización en una residencia no resulta posible, ya sea porque el ingreso a una institución es percibido como una forma de descarte, porque la propia persona mayor se niega, porque no hay cupo disponible o porque se está a la espera de la aprobación del programa correspondiente, lo cual suele implicar en ocasiones una demora que supera los seis meses.

Como señala Batthyány (2010), en América Latina esta distribución desigual del cuidado reproduce un círculo vicioso de desigualdades sociales y de género, donde la ausencia de un sistema público de cuidados sólido y universal obliga a las familias y principalmente a las mujeres a asumir responsabilidades que deberían ser compartidas por el conjunto de actores sociales: el Estado, el mercado, las organizaciones comunitarias y las propias familias. No obstante, en el marco del actual paradigma neoliberal, se ha promovido una redefinición regresiva de la política social, orientada por una lógica asistencialista, que

reduce el rol del Estado y traslada la responsabilidad del bienestar al ámbito privado. Esta tendencia produce una familiarización del cuidado, acompañada de procesos de privatización, segmentación y fragmentación del bienestar, donde sólo quienes pueden pagar servicios acceden a cuidados adecuados, mientras el resto depende de los recursos y capacidades disponibles en el núcleo familiar.

En el contexto del Policlínico PAMI II, esta familiarización de los cuidados aparece como una estrategia predominante, y muchas veces obligada, ante la ausencia de dispositivos institucionales robustos que puedan responder de manera integral y sostenida a las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia. Frente a este panorama, se vuelve urgente repensar las estrategias de intervención desde una perspectiva crítica que no sólo acompañe y fortalezca a las familias, sino que también problematice la distribución desigual del cuidado y proponga alternativas orientadas a consolidar una corresponsabilidad social del mismo, anclada en una lógica de derechos humanos, y equidad de género.

6. CAPÍTULO III: OTRAS EXPERIENCIAS

La urgencia de acciones que apliquen el enfoque de derechos al cuidado significa transformar la lógica actual de tratamiento del cuidado para pasar a considerar que cada persona, autónoma, portadora de derechos, puede y debe exigir la satisfacción de sus demandas de cuidado, independientemente de su situación de vulnerabilidad o dependencia. El deber de provisión de cuidados que el derecho le confiere no se asienta en su necesidad sino en su condición de persona.
(Pautassi, 2016:40)

En este capítulo se busca relevar y analizar experiencias concretas de programas o estrategias de intervención que actualmente se están implementando y que abordan la problemática del cuidado de personas mayores en situación de dependencia y fragilidad. El objetivo es identificar políticas públicas, dispositivos institucionales o modelos comunitarios que resulten efectivos en la organización y provisión de cuidados, a fin de comprender su funcionamiento, alcances y limitaciones. A partir de este análisis, se pretende evaluar cuáles de estas experiencias podrían ser adaptadas y aplicadas al contexto específico del Policlínico PAMI II, para así poder fortalecer las respuestas institucionales y promover una intervención profesional que asuma la corresponsabilidad social del cuidado.

6.1 Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay

En el sitio “Caja de Herramientas” de Naciones Unidas- CEPAL (s.f.) describe que en el año 2015, Uruguay instituyó el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) mediante la Ley N.º 19.353, convirtiéndose en un país pionero que propone garantizar el derecho al cuidado de la población, desde una perspectiva que promueve la corresponsabilidad social y de género. Este sistema se diseñó como un conjunto articulado de servicios destinados a atender a personas mayores con dependencia, personas con discapacidad y niños y niñas.

La iniciativa marcó un cambio significativo al reconocer el cuidado como un derecho, visibilizando cómo su acceso está fuertemente influido por las desigualdades de género. Asimismo, este sitio web resalta la responsabilidad del Estado en garantizar su provisión y la importancia de superar la fragmentación de los servicios existentes, promoviendo una atención integral centrada en las personas y sus comunidades. Entre las prestaciones ofrecidas se encuentran espacios de atención infantil como los centros CAIF y las Casas Comunitarias de Cuidado, licencias para trabajadores con responsabilidades parentales, servicios diurnos para personas mayores y atención personalizada para quienes tienen una dependencia severa. A su vez, el SNIC prioriza los derechos laborales de quienes trabajan en el ámbito del cuidado, regulando sus condiciones laborales y promoviendo instancias de formación y capacitación profesional. La creación del Sistema Nacional Integrado de

Cuidados en Uruguay y su puesta en funcionamiento supone una oportunidad para el reconocimiento, reducción y redistribución de los cuidados, así como oportunidades para el empoderamiento económico de las mujeres (CEPAL, s.f.).

El Sistema de Cuidados del Uruguay apuesta a un modelo que implica el compromiso de tres actores: el Estado, el mercado y la sociedad, cuya participación es indispensable para que los cuidados tengan mayor cobertura, alcance territorial y calidad. Los cuidados son responsabilidad de toda la sociedad, cuya participación integral es fundamental no sólo para mejorar la oferta de los cuidados, sino también para promover otros beneficios como la autonomía económica y el desarrollo de las personas. Al generarse acuerdos de corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y la sociedad, la oferta de cuidados se amplía, alcanzando lugares y poblaciones que de otra manera podrían quedar fuera del sistema por cuestiones demográficas, en especial en localidades de pocos habitantes del interior del país. (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay)

De acuerdo a lo desarrollado por el sitio oficial del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (s.f.), el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) destaca la importancia de redefinir los marcos en torno a las tareas de cuidado, con el objetivo de profesionalizar y humanizar esta labor desde una perspectiva de derechos humanos, situando a la persona cuidada en el centro. En este sentido, uno de los propósitos fundamentales del SNIC es otorgar valor social y reconocimiento profesional a las tareas de cuidado. Para ello, se impulsa la formación y capacitación de quienes cuidan, tanto si reciben remuneración como si no. Se reconoce que el cuidado requiere habilidades y competencias específicas, las cuales deben ser adquiridas a través de una formación adecuada. Asimismo, se busca mejorar las condiciones laborales de las personas cuidadoras, promoviendo su desarrollo profesional mediante herramientas que fortalezcan su desempeño. Durante el actual período de gestión, las acciones se orientan a profundizar la formación en el cuidado de personas dependientes, y a construir una identidad laboral propia para quienes desempeñan esta función, lo que también implica avanzar en la regulación y reconocimiento de su trabajo

Para la dependencia de los adultos mayores el Sistema de Cuidados ofrece distintos programas, que en la página oficial podemos leer: el Programa de Apoyo al Cuidado Permanente (PACP), Teleasistencia en casa, Centros de Día y Programa de Asistentes Personales.

El Programa de Apoyo al Cuidado Permanente (PACP), implementado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Banco de Previsión Social (BPS), tiene como finalidad garantizar el acceso a cuidados de calidad para personas mayores, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad, que residen en Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM). El programa otorga un subsidio económico, total o parcial, destinado

exclusivamente a cubrir los costos del servicio de cuidados en ELEPEM que formen parte del Registro de Proveedores del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Este subsidio es gestionado por el MIDES y se asigna a personas mayores realojadas desde establecimientos que deben ser clausurados o reacondicionados por los organismos competentes. En ese proceso, la persona usuaria cede su derecho de cobro al Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores receptor registrado, que es quien recibe el pago correspondiente. Uno de los principales objetivos del PACP es fortalecer los procesos de habilitación y regulación de los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores, asegurando que las personas mayores accedan a cuidados adecuados, seguros y dignos, en condiciones que respeten sus derechos. A través del realojo de personas desde instituciones que no cumplen con los estándares requeridos, se promueve una mejora en la calidad del sistema residencial para adultos mayores, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad social y sanitaria (Ministerio de Desarrollo Social).

El servicio de Teleasistencia en Casa descrito por el Ministerio de Desarrollo Social (s.f.) está orientado a personas de 70 años o más en situación de dependencia leve o moderada, que vivan en hogares particulares. Esta prestación consiste en un dispositivo portátil, que puede utilizarse como pulsera o collar, el cual permite activar, mediante un simple botón, una conexión "manos libres" con un centro de atención disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Ante eventos como caídas o emergencias médicas, el equipo de operadores responde de forma inmediata y, si es necesario, contacta a una persona de confianza o a un servicio de salud previamente definido por la persona usuaria. Este servicio aporta seguridad, tranquilidad y autonomía tanto a los usuarios como a sus familias.

El sitio oficial del Ministerio describe que los Centros de Día están dirigidos a personas mayores de 65 años en situación de dependencia leve o moderada que residen en sus hogares. Estos centros ofrecen cuidados integrales y actividades culturales, recreativas, físicas y cognitivas, coordinadas por un equipo interdisciplinario de profesionales. El objetivo es fortalecer la autonomía de las personas mayores, promover su permanencia en el entorno familiar y comunitario y, al mismo tiempo, brindar apoyo a sus familias cuidadoras. Este servicio cuenta con subsidios totales, por lo cual la participación es completamente gratuita, y puede realizarse con una frecuencia de dos, tres o cinco días por semana, de acuerdo con las necesidades de cada usuario.

El Programa Asistentes Personales, gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, está dirigido a personas con dependencia severa que viven en sus hogares, especialmente menores de 30 y mayores de 80 años. Su objetivo es garantizar cuidados adecuados, promover la autonomía de los beneficiarios y fortalecer las condiciones laborales y formativas de los asistentes personales. La prestación consiste en la asignación

de un asistente por 80 horas mensuales, con tareas adaptadas a las necesidades cotidianas del usuario. Existen dos modalidades de contratación: individual, donde el usuario contrata directamente al asistente, y colectiva (desde 2022), a través de cooperativas habilitadas. El programa se basa en la corresponsabilidad y la equidad, y busca mejorar las estrategias de cuidado en el ámbito domiciliario.(Ministerio de Desarrollo Social).

También se desarrolla el Plan de Provisión Colectiva del Programa Asistentes Personales en el cual el Ministerio de Desarrollo Social (s.f.) introduce una nueva forma de brindar servicios de cuidados a personas en situación de dependencia, permitiendo que estos sean ofrecidos por medio de cooperativas de trabajo o cooperativas sociales. Esta modalidad se suma a la ya existente de prestación individual realizada por personas físicas. La incorporación al esquema colectivo es completamente voluntaria para las asistentes personales.

La provisión colectiva del Programa Asistentes Personales surge como respuesta a debilidades detectadas en el modelo original, especialmente en la fragilidad de los vínculos laborales. Este nuevo esquema propone que el trabajo a través de cooperativas mejore las condiciones laborales, fortalezca la estabilidad jurídica con contratos claros y garantice los derechos de trabajadoras y personas usuarias. Además, busca optimizar la supervisión de tareas, fomentar la participación activa de los trabajadores en la toma de decisiones y promover un modelo de cuidados integrado y humanizado. Se incluyen planes individualizados de atención, un registro formal de proveedores y un mayor acompañamiento institucional desde la Dirección de Cuidados, junto con nuevas oportunidades de capacitación e inserción laboral (Ministerio de Desarrollo Social, s.f.).

Para fortalecer este modelo, el MIDES, en convenio con INACOOOP(Instituto Nacional del Cooperativismo), proporciona acompañamiento y asistencia técnica a las cooperativas que se desarrollen en el área de cuidados. Entre los apoyos que se ofrecen, se incluye asesoramiento para consolidarse como modelo de negocio, ayuda para gestionar su inscripción como persona jurídica habilitada para brindar servicios en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, y apoyo económico para cubrir los costos asociados a la gestión del servicio. También se prevé la posibilidad de acceder a formación especializada en atención a personas dependientes a través del programa PROCOOP (Programa de formación cooperativa).

6.2 COTRACUC

La Cooperativa de Trabajo de Cuidadores Comunitarios (COTRACUC) nació en el año 2020, en plena pandemia de COVID-19, impulsada por un grupo de jubilados integrantes de la Federación Regional de Asociaciones de Personas Mayores (FRAPAN),

que nuclea a más de 40 centros y organizaciones territoriales de personas mayores, en articulación con el Sindicato de Empleados de Comercio de Rosario.

Luego de realizar una entrevista a la Lic. Trabajo Social Sumalla Andrea conocemos que la propuesta inicial surgió ante la creciente problemática del cuidado durante el aislamiento, y tomó forma a partir de un curso de cuidado de personas mayores dictado en el espacio del sindicato, primero de manera virtual y luego presencial. De esas instancias formativas, y del reconocimiento de la precarización laboral del colectivo de cuidadores y cuidadoras, emergió la necesidad de crear una organización que fortaleciera sus derechos, promoviera la autogestión del trabajo y ofreciera servicios de calidad. Así, en diciembre de 2021 se realizó la asamblea inaugural de COTRACUC, integrada inicialmente por 12 personas y acompañada institucionalmente por FRAPAN y el sindicato. Con el tiempo, la cooperativa creció sostenidamente, alcanzando en la actualidad más de 100 asociados y asociadas.

COTRACUC se estructura de manera horizontal y democrática: todos los miembros son asociados con voz y voto, aunque existe un Consejo de Administración responsable de la gestión cotidiana. Además, cuenta con un equipo administrativo, coordinación de cuidados y asesoramiento profesional externo (abogado, contador, gerontóloga). Este modelo combina la autogestión colectiva con una fuerte dimensión ética y de responsabilidad social.

Según lo expresado en su sitio institucional, la cooperativa busca “brindar el mejor servicio de cuidado y acompañamiento a personas mayores, personas con discapacidad y/o personas en proceso de post internación que requieran atención y asistencia en su vida cotidiana, en un marco de responsabilidad, profesionalismo, vocación de servicio y valores humanos” (COTRACUC, s.f.). Entre los servicios que ofrece se destacan: acompañamiento en salidas recreativas, culturales o para trámites; cuidado domiciliario; cuidado en instituciones de salud; y servicios durante fines de semana y feriados.

Además, COTRACUC pone especial énfasis en la formación y capacitación continua. Solo pueden incorporarse cuidadores que hayan aprobado el curso oficial certificado por el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Santa Fe (actualmente dentro del Programa Impulsa). La cooperativa también realiza actualizaciones permanentes, con contenidos que abarcan alrededor de 22 disciplinas: desde enfermería, psicología y gerontología, hasta teatro, para trabajar la corporalidad y la empatía en el vínculo de cuidado. Estas instancias de formación buscan no solo fortalecer competencias técnicas, sino también favorecer procesos reflexivos y de autoconocimiento que amplíen la perspectiva humana de los cuidadores.

En cuanto a la protección laboral, COTRACUC promueve el acceso a derechos mediante la inscripción de sus asociados en el monotributo social y la cobertura de seguros

colectivos, aunque la Trabajadora Social en la entrevista señala una deuda estatal en la creación de un sistema específico para las cooperativas de trabajo que garantice derechos laborales plenos (ART, licencias, asignaciones, etc.). La cooperativa factura colectivamente y asume los costos de los seguros, consolidando un esquema de solidaridad interna.

El cuidado, desde la concepción de COTRACUC, se entiende como un acto profundamente humano, imposible de mecanizar o robotizar. Implica calidez, empatía y compromiso, tanto como conocimientos técnicos. Inspirados en la idea de que el primer gesto de civilización fue el cuidado de un otro (representado en el “fémur que sanó”), los miembros de COTRACUC conciben el cuidado como el fundamento de la vida en comunidad y como un derecho universal, tanto para quienes lo reciben como para quienes lo brindan.

6.3 Otras obras sociales y la Municipalidad de Rosario

6.3.1 AMIA

En la página web de AMIA Social, describe que en AMIA son pioneros en la formación de Asistentes Gerontológicos en Argentina. Desde 1994, desarrollan un programa de capacitación con el objetivo de formar profesionales preparados para brindar apoyo en las actividades de la vida diaria de personas mayores en situación de dependencia.

Los asistentes gerontológicos desempeñan un rol fundamental: colaboran en tareas como la alimentación, la higiene y el confort, el vestido, la movilización, la administración de medicamentos y el acompañamiento emocional mediante actividades placenteras y estimulantes. Su intervención busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ayudando a preservar su autonomía, bienestar y dignidad. (AMIA, s.f.)

Describe que desarrollan su labor tanto en domicilios como en instituciones, respondiendo a una demanda creciente de cuidados en la sociedad. Por eso, esta formación no solo aporta herramientas valiosas para el cuidado, sino que también ofrece excelentes oportunidades de inserción laboral.

En la página web desarrollan los servicios que ofrecen, incluyendo la modalidad de trabajo de los asistentes gerontológicos, su formación, y el acompañamiento integral que brindan. Allí también informan cómo acceder al servicio y contactar con profesionales capacitados y comprometidos con el bienestar de las personas mayores.

A través de diferentes comunicaciones realizadas por redes sociales y distintos canales institucionales, pudimos consultar si el servicio de asistencia gerontológica se encuentra disponible en la ciudad de Rosario. La respuesta obtenida fue negativa: actualmente, dicho servicio se brinda únicamente dentro de la Ciudad de Buenos Aires.

6.3.2 IAPOS

IAPOS cuenta con un programa destinado a brindar apoyo a sus afiliados en situación de dependencia o semidependencia, así como a sus familias, ante las limitaciones que enfrentan para realizar actividades cotidianas como el autocuidado y la movilidad. El objetivo principal es promover la autonomía de las personas mayores, evitar internaciones innecesarias o reducir su duración, y acompañar a las familias en el proceso de cuidado. (Instituto Autárquico Provincial de Obra Social-IAPOS-, s.f.)

Aunque la responsabilidad principal del cuidado recae en la familia, según se describe en la página web, el programa ofrece beneficios económicos y asistenciales que se ajustan a las necesidades médicas, sociales y económicas de cada caso. Todos los beneficios están sujetos a una evaluación socioeconómica por parte de la obra social.

Las prestaciones incluidas que describe la web oficial de IAPOS son:

Subsidio para personas con dependencia o semidependencia: consiste en una asistencia económica para costear cuidados no terapéuticos en el domicilio, especialmente dirigida a afiliados que no pueden cubrirlos por sus propios medios. Puede articularse con el Programa de Cuidados Domiciliarios (programa destinado a la rehabilitación médica, ante un problema de salud). Se solicita en marzo, julio y noviembre, y puede otorgarse por hasta 8 meses con posibilidad de renovación.

Reintegro por internación geriátrica: se otorga cuando la familia no puede brindar un entorno adecuado para la atención del afiliado. El beneficio está condicionado a una evaluación socioeconómica y a la adhesión al Servicio Complementario. Se aprueba por 12 meses, con posibilidad de renovación.

Internación psicogeriátrica: disponible para pacientes psiquiátricos con alta médica que, por condiciones sociales o familiares, no pueden reinsertarse en su entorno. El pago se realiza directamente al prestador.

Reintegro de gastos por acompañante terapéutico: dirigido a afiliados con certificado de discapacidad cuya condición requiera acompañamiento especializado.

6.3.3 Municipalidad de Rosario

La Municipalidad de Rosario, a través de la Dirección de Adultas y Adultos Mayores de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat, ha implementado un Registro Municipal de Cuidadores Gerontológicos con el objetivo de garantizar la atención, el cuidado y el acompañamiento de los adultos mayores, reconociéndolos como sujetos de derecho (Municipalidad de Rosario, s.f.). Esta iniciativa se fundamenta en la formación que ofrece la Escuela de Gerontología Municipal, la cual capacita a cuidadores para desempeñarse en instituciones, residencias privadas y domicilios particulares, asegurando la idoneidad y el respeto a los derechos de los adultos mayores.

El Decreto N° 1313 de fecha 3 de noviembre de 2022 establece la creación del registro, definiendo las condiciones para su implementación e inscripción, incluyendo la inscripción a través de un formulario online, la actualización permanente del registro y la difusión mediante convocatoria pública sin fecha de vencimiento (Municipalidad de Rosario, 2022).

Este constituye una base de datos que conecta a la población con personas capacitadas en el cuidado de adultos mayores. Pueden inscribirse tanto cuidadores individuales como cooperativas, siempre que cada integrante cumpla con los requisitos establecidos. Los adultos mayores que residan en Rosario pueden consultar el registro para solicitar los servicios domiciliarios ofrecidos (Municipalidad de Rosario, s.f.).

Los requisitos de inscripción incluyen ser mayor de 18 años, contar con certificado de formación en cuidado gerontológico otorgado por la Escuela Municipal de Gerontología, la Escuela de Oficios de la UNR o Dinapam/Senaf, certificado de antecedentes penales, y completar el formulario online con datos personales, institución formativa, disponibilidad horaria y correo electrónico. Además, se pueden acreditar otros cursos complementarios de capacitación (Municipalidad de Rosario, s.f.).

Los cuidadores domiciliarios registrados brindan acompañamiento en las actividades de la vida diaria, fomentando la autonomía y la autoestima de los adultos mayores. Sus funciones incluyen administrar medicación recetada, asistir en la alimentación e higiene personal, mantener el espacio seguro, proponer actividades recreativas, colaborar con las indicaciones de profesionales de la salud y promover la reinserción social. Se aclara que no se admiten perfiles de acompañante terapéutico ni de auxiliar de enfermería, ya que el registro está orientado exclusivamente a cuidadores domiciliarios formados en gerontología (Municipalidad de Rosario, s.f.).

Este registro busca garantizar cuidados de calidad, profesionalizar la atención domiciliaria, y facilitar el acceso a información confiable sobre cuidadores capacitados, promoviendo la dignidad, autonomía y derechos de los adultos mayores en la ciudad de Rosario.

7. CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

“Cuando decimos que planificar es intentar someter el curso de los acontecimientos a la voluntad humana, no dejar “que nos lleven” y tratar de ser “conductores” de nuestro propio futuro, nos estamos refiriendo a un proceso social. En este proceso social, el “hombre individuo” realiza un acto de reflexión superior y reconoce que sólo la conciencia y fuerza del “hombre colectivo” puede encarnar tal voluntad humana y ponerse frente a la corriente de los hechos para desviar su curso hacia objetivos racionalmente decididos” (Matus, 1987:5)

El presente capítulo se enmarca en la planificación estratégica situacional propuesta por Carlos Matus, que permite articular reflexión y acción en el diseño de intervenciones sociales. Esta propuesta se nutre del diagnóstico realizado a partir de los capítulos anteriores y de la identificación de las principales limitaciones de las políticas de cuidado actualmente vigentes en el Policlínico PAMI II, en relación a las situaciones de dependencia y fragilidad de los adultos mayores.

El trabajo se desarrolla siguiendo los cuatro momentos propuestos por Carlos Matus (1987). El Momento Explicativo o “SER” se centra en la comprensión del problema, donde quienes planifican indagan constantemente sobre las causas que le dan origen. Esta etapa busca describir y explicar la realidad, estableciendo así la situación inicial. A continuación, el Momento Normativo define el contenido del propósito del plan, es decir, el “DEBER SER”: cómo debería ser la realidad y cuál es la situación objetivo, en contraposición con los problemas identificados. Posteriormente, el Momento Estratégico o el “PUEDE SER” que implica analizar y diseñar la estrategia adecuada para alcanzar los objetivos y metas planteadas, estableciendo el camino para lograr la situación deseada. Finalmente, el Momento Táctico-Operacional, llamada también como el “HACER” constituye la articulación entre el conocimiento y la acción, correspondiendo a la implementación efectiva de las operaciones planificadas.

7.1 La propuesta de intervención

Propuesta de creación de un dispositivo de cuidados domiciliarios para personas mayores con fragilidad y dependencia, mediante la articulación del Policlínico PAMI II con cooperativas de cuidadores.

El objetivo de esta propuesta es garantizar el derecho al cuidado digno y personalizado de las personas adultas mayores en situación de fragilidad y dependencia, mediante la implementación de un dispositivo de cuidados domiciliarios que articule recursos institucionales, cooperativas de cuidadores (ya existentes) y seguimiento

profesional, con el fin de mejorar la calidad de vida, promover la autonomía y aliviar la sobrecarga de las familias de los afiliados y afiliadas.

Partiendo de lo hasta ahora desarrollado de que el envejecimiento poblacional en Argentina y América Latina ha generado un incremento de la demanda de cuidados especializados, y que se evidencia la insuficiencia de los dispositivos actuales, como subsidios limitados, residencias de larga estadía y centros de día que no dan una respuesta adecuadas y que esta realidad se encuentra atravesada por desigualdades de género, ya que las mujeres asumen mayoritariamente la carga del cuidado no remunerado; la creación de un dispositivo de cuidados domiciliarios responde a la necesidad de articular acciones institucionales con cooperativas de cuidadores, permitiendo una intervención integral y sostenida en el tiempo. Además, esta propuesta se alinea con los principios de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, promoviendo la autonomía, la dignidad y el derecho a recibir cuidados adecuados, en el propio hogar del adulto mayor y constituye un aporte innovador al diseño de políticas públicas de cuidado en contextos de dependencia y fragilidad.

Esta propuesta plantea una perspectiva que desplaza el eje de la intervención desde un modelo centrado en la institucionalización hacia un enfoque que prioriza la autonomía, la dignidad y la continuidad de los lazos afectivos. Al reconocer el valor del entorno material y relacional como dimensiones fundamentales del bienestar, se amplía la concepción tradicional del cuidado, habitualmente restringida a aspectos biomédicos o asistenciales. De este modo, se abren posibilidades para el desarrollo de dispositivos de apoyo domiciliario y comunitario que, además de responder a las necesidades de cuidado, respeten las preferencias y proyectos de vida de las personas mayores.

Asimismo, la propuesta ofrece la oportunidad de comprender y reconocer el cuidado como un trabajo. Esto supone otorgarle visibilidad social y valor económico, también permite una reflexión sobre su profesionalización y la mejora de las condiciones laborales de quienes lo ejercen. Reconocer el cuidado como trabajo no sólo dignifica a las personas que lo realizan, sino que también contribuye a superar la histórica invisibilización de estas tareas como simples extensiones de las responsabilidades familiares.

En este sentido, avanzar hacia políticas que integren el cuidado como un trabajo legítimo y necesario constituye un paso esencial para consolidar sistemas más justos, equitativos y sostenibles, capaces de responder de manera integral a la creciente demanda derivada del envejecimiento poblacional y de las situaciones de dependencia.

7.2 Momento Explicativo

Matus (1987) señala que entender la situación inicial tiene el significado de reconsiderar la validez del conjunto de problemas relevantes que se obtiene con la visión de síntesis del sistema que los produce, unos problemas son consecuencias de otros, que a su vez, causan, refuerzan o aminoran los primeros (Gutiérrez Silva, Romero Borré, Hernández Fernández y Vega Jaramillo, 2021:767).

En este momento se busca comprender y explicar la situación que da origen a la propuesta, indagando en las causas que generan la necesidad de cuidados domiciliarios para personas adultas mayores en condiciones de fragilidad y dependencia.

El análisis de la situación muestra que el envejecimiento poblacional en Argentina ha provocado un incremento sostenido en la demanda de cuidados especializados. No obstante, las políticas actualmente vigentes como:

- los subsidios limitados del programa PADyF,
- las residencias de larga estadía con baja disponibilidad y muchas demoras
- y los centros de día casi sin convenio,

ofrecidos por el INSSJP, que concentra la cobertura de la mayoría de las personas mayores del país, resultan insuficientes para atender de manera adecuada las necesidades tanto de los adultos mayores como de sus entornos familiares. Esta insuficiencia refleja, además, una distribución poco eficiente de los recursos destinados al sector, ya que no logra responder adecuadamente a las necesidades reales de los afiliados. En muchos casos, los fondos se concentran en dispositivos limitados, como los subsidios económicos o las internaciones prolongadas y no deseadas, mientras se descuida la inversión en servicios de cuidado domiciliario, que podrían prevenir el avance de la dependencia y favorecer la autonomía. Este desequilibrio produce desigualdades en el acceso a las prestaciones, dejando a numerosas personas mayores sin atención adecuada y trasladando la carga del cuidado al ámbito de los vínculos. Además, al no priorizar estrategias preventivas y de cercanía, se incrementan los costos asociados a internaciones evitables y a la sobrecarga del sistema sanitario.

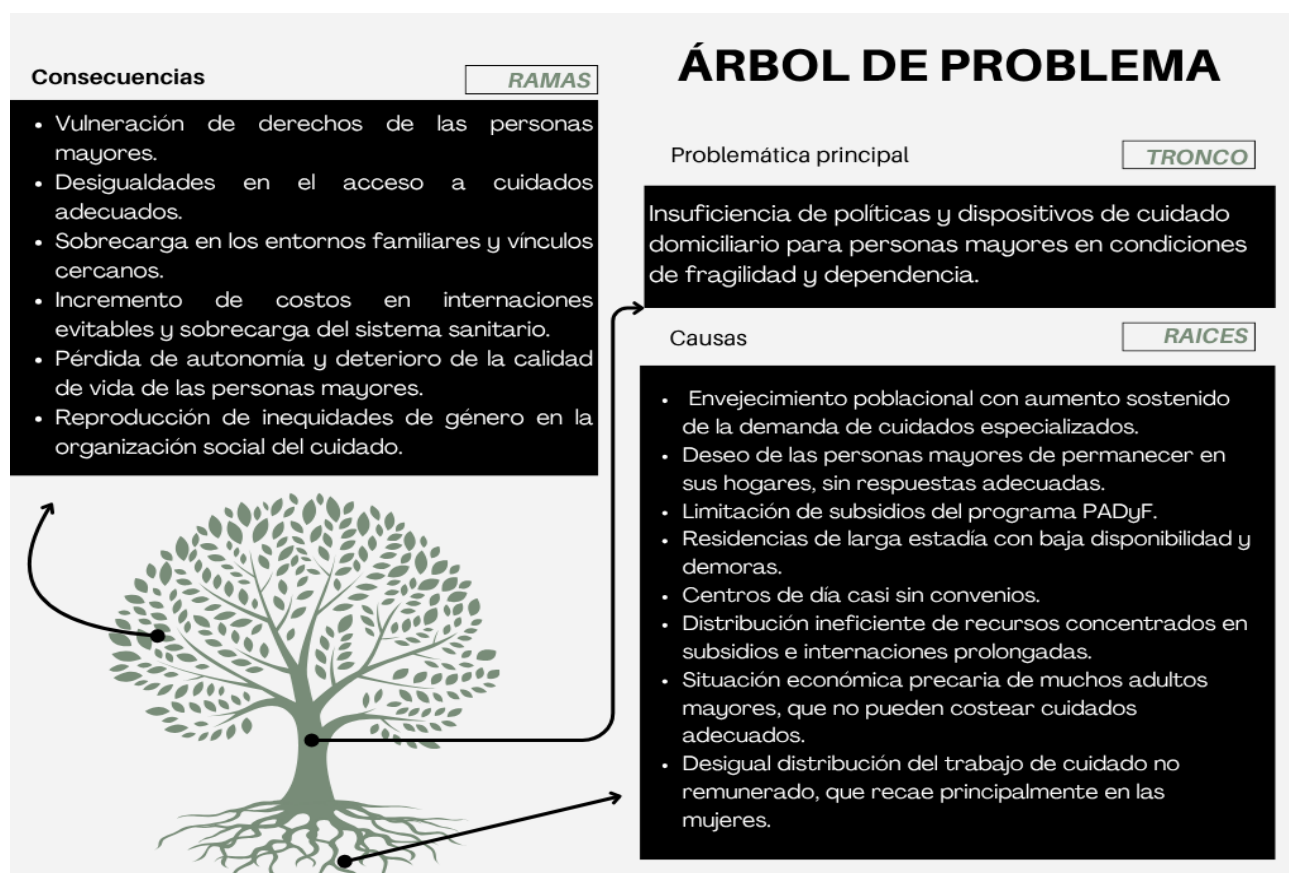
Por otro lado, identificamos como una variante poco considerada la necesidad y el deseo de las personas mayores de permanecer en sus hogares, rodeadas de sus pertenencias y de los vínculos que sostienen en su vida cotidiana.

Asimismo, se identifican factores estructurales que profundizan la problemática. Entre ellos se destacan la desigual distribución del trabajo de cuidado no remunerado, que recae principalmente en las mujeres, inequidades estructurales tanto en el acceso a los cuidados como en la organización social del mismo; la falta de articulación entre los distintos actores e instituciones involucradas; y, de manera significativa, la situación económica de

muchos adultos mayores, que se ven imposibilitados de costear servicios de cuidado adecuados para garantizar su bienestar.

A continuación desarrollaremos un árbol de problema de este Momento Explicativo, esta es una metodología utilizada en la planificación de proyectos que permite identificar los principales problemas que afectan a un colectivo o territorio priorizado, en este caso el Policlínico Pami II. Su valor radica en que organiza la información relevada durante el diagnóstico y establece relaciones de causa y efecto entre los problemas detectados, representándolos en un esquema visual. Esta herramienta facilita la construcción posterior de objetivos y estrategias de intervención (Barbará, 2021).

En el caso de este proyecto, el árbol de problemas permite evidenciar cómo la insuficiencia de dispositivos de cuidado, la distribución ineficiente de los recursos, las desigualdades de género en la organización social del cuidado y la falta de articulación institucional son causas que profundizan la vulneración de derechos, la sobrecarga familiar y el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia y fragilidad. De esta manera, el árbol se constituye en una herramienta clave para comprender la complejidad del problema y orientar la formulación de una alternativa superadora.



7.3 Momento Normativo

Tomando los aportes de Matus (1987) en Política, planificación y gobierno, este autor plantea que el Momento Normativo corresponde a la instancia en la que se diseña el contenido y propósito del plan. Es decir, se define la situación objetivo, entendida como el “deber ser” de la realidad en contraposición a los problemas presentes. Una vez identificado el problema principal, este momento implica proyectar la realidad deseada, estableciendo los objetivos, fines y metas que permitirán enfrentar las causas.

En este sentido, el Momento Normativo constituye un espacio clave de la planificación estratégica, ya que orienta la transformación de la realidad social. Frente a las limitaciones evidenciadas en las políticas actuales de cuidado para personas mayores en situación de dependencia y fragilidad, se plantea un proyecto que se centre en la garantía de derechos, la integralidad de los cuidados y la dignidad en la vejez.

Continuando el árbol de objetivos se construye como la versión en positivo del árbol de problemas. Mientras el primero describe situaciones negativas percibidas en el diagnóstico, el segundo plantea los estados deseables que se alcanzarían al resolver esas problemáticas. De este modo, las causas se transforman en medios o acciones instrumentales, y los efectos negativos en fines esperados. Así, la relación causal del árbol de problemas se convierte en una relación de carácter instrumental, donde los niveles inferiores representan los medios necesarios para lograr los niveles superiores, que constituyen los fines propuestos (Barbara, 2021).

El árbol de objetivos funciona como la contracara del árbol de problemas, ya que describe los escenarios positivos a alcanzar una vez resueltas las dificultades detectadas. En este sentido, las situaciones negativas que afectan hoy a las personas mayores y sus familias se transforman en estados deseables, definidos como metas del proyecto. Así, los problemas de insuficiencia en los dispositivos de cuidado, la distribución ineficiente de recursos, la sobrecarga familiar y la falta de articulación institucional pasan a traducirse en objetivos como: ampliar la cobertura de cuidados domiciliarios, optimizar la asignación de recursos, reducir la carga sobre los vínculos familiares y fortalecer la coordinación entre actores.

De esta manera, las causas identificadas en el árbol de problemas se convierten en medios instrumentales para alcanzar un fin superior: garantizar cuidados domiciliarios dignos, accesibles y de calidad para las personas mayores afiliadas a PAMI II, lo que impacta directamente en la mejora de su calidad de vida, la prevención de la dependencia y el cumplimiento de sus derechos.

ÁRBOL DE OBJETIVOS



RAMAS: EFECTOS

1. Ampliar la disponibilidad y accesibilidad de dispositivos de cuidado domiciliario
 - Incorporación de servicios de cuidadores formados mediante convenio entre PAMI II y cooperativas.
 - Mayor inversión en cuidados de cercanía que complementen a subsidios y residencias.
2. Optimizar la distribución de recursos en el sector de cuidados
 - Redirigir fondos hacia dispositivos preventivos y domiciliarios.
 - Mejorar la eficiencia en la asignación presupuestaria para responder a las necesidades reales.
3. Promover la equidad de género en la organización social del cuidado
 - Profesionalización y formalización del rol de cuidadoras/es.
 - Políticas de corresponsabilidad que alivien la sobrecarga en mujeres y familias.
4. Fortalecer la articulación institucional e intersectorial
 - Integrar esfuerzos entre Policlínico, familias y cooperativas.
 - Generar redes de apoyo comunitario y acuerdos estables para garantizar sostenibilidad.

TRONCO: OBJETIVO PRINCIPAL

Garantizar cuidados domiciliarios dignos, accesibles y de calidad para personas mayores en situación de dependencia y fragilidad, promoviendo su autonomía y bienestar.

RAÍCES: FINES

- Mejora de la calidad de vida de las personas mayores a través de cuidados personalizados y cercanos.
- Reducción de la sobrecarga familiar en el cuidado cotidiano.
- Prevención del agravamiento de la dependencia y reducción de internaciones evitables.
- Cumplimiento del derecho a recibir cuidados de largo plazo (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 12).
- Fortalecimiento de un modelo sostenible de cuidado que promueva la autonomía y dignidad en la vejez.

La situación deseada contempla la construcción de un sistema de cuidados con perspectiva de derechos, equidad y sostenibilidad, capaz de brindar respuestas adecuadas, accesibles y personalizadas a las necesidades de las personas adultas mayores. Esta perspectiva se fundamenta en el reconocimiento de que el cuidado constituye un derecho humano fundamental, tal como lo establece la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y no una responsabilidad exclusivamente familiar ni una asistencia fragmentada, o de institucionalización, como se observa en la actualidad.

Desde este punto, se definen los principales objetivos:

- Garantizar la permanencia en el hogar para aquellas personas mayores que así lo deseen.
- Responder de manera oportuna y efectiva ante situaciones de dependencia, sin demoras ni barreras económicas.
- Aliviar la sobrecarga de cuidados que recae desproporcionadamente sobre las familias y vínculos cercanos.
- Reconocer el trabajo de cuidado como una labor especializada, digna y profesionalizada.

- Reforzar redes comunitarias y articular con otros actores del sistema de salud y de la sociedad civil.

La situación objetivo se concreta en la creación de un dispositivo de cuidados domiciliarios orientado a brindar una respuesta integral a las necesidades de las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia. Este dispositivo busca garantizar cuidados personalizados, continuos y de calidad, respetando la autonomía y los deseos de los adultos mayores de permanecer en sus hogares. Asimismo, pretende aliviar la sobrecarga de cuidado familiar con perspectiva de género, promover empleo formal y digno para cuidadores capacitados, y fortalecer la articulación entre el Policlínico, el Estado y el sector cooperativo, consolidando un modelo de atención sostenible e inclusivo.

De este modo, el Área de Servicio Social del Policlínico se proyecta como un agente activo en convenio con cooperativas de cuidados ya existentes, con el apoyo de la Unidad Local nº IX y en diálogo con políticas públicas y organizaciones comunitarias.

Esta propuesta tal como el ejemplo del Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay muestra, se implementa a través de cooperativas, lo cual brinda mayor seguridad a las personas afiliadas y a sus familias. Los convenios con estas permiten contar con registros claros de quienes participan y con contratos que establecen acuerdos adaptados a cada situación, ofreciendo un marco de confianza y organización. De este modo, se fortalecen los vínculos laborales, se otorga estabilidad jurídica mediante contratos transparentes y se garantizan los derechos tanto de los trabajadores como de las personas afiliadas.

Asimismo, la propuesta busca brindar y optimizar la supervisión de tareas y promover un modelo de cuidados integrado y humanizado. Todo ello acompañado por el respaldo de las instituciones intervinientes y por la generación de nuevas oportunidades de capacitación e inserción laboral.

A continuación, y retomando los aportes de Gutiérrez Silva et al., se destaca que el Momento Normativo se centra en la elaboración del Módulo Operativo del Plan, el cual da paso al Momento Estratégico de la planificación situacional. Este último consiste en formular las estrategias necesarias para garantizar la viabilidad del plan (2021:775).

Presentamos (en formato de cuadro) el desarrollo de los objetivos generales y específicos, junto con las operaciones, acciones, responsables, recursos e indicadores de control y seguimiento correspondientes. Esta matriz traduce los objetivos del plan en acciones concretas, permitiendo identificar con claridad los actores responsables, los recursos necesarios y los mecanismos de evaluación, para el proyecto de convenio entre el Policlínico PAMI II y una cooperativa de cuidadores domiciliarios

Objetivos	Acciones / Operaciones	Responsables	Recursos necesarios	Indicadores de control y seguimiento
Objetivo general: Garantizar cuidados domiciliarios dignos, accesibles y de calidad para personas mayores afiliadas a PAMI II, promoviendo su autonomía, bienestar y derechos.				
1. Implementar un dispositivo de cuidados domiciliarios a través de un convenio entre PAMI II y una cooperativa de cuidadores.	- Elaborar y firmar el convenio marco entre el Policlínico PAMI II, la Unidad Local IX y la cooperativa. - Diseñar el protocolo operativo del servicio (modalidades, cobertura, criterios de acceso).	-Dirección del Policlínico PAMI II -Unidad Gestión Local n° IX -Cooperativa de cuidadores	- Asesoría legal, técnica y administrativa. - Recursos humanos especializados.	- Convenio firmado y en funcionamiento. - Número de personas mayores atendidas con dicha demanda.
2. Ampliar la cobertura y accesibilidad de los cuidados domiciliarios para personas mayores en situación de dependencia o fragilidad.	- Relevar y priorizar a los afiliados con necesidades de cuidado. - Diseñar un sistema de derivación desde el Servicio Social. - Incorporar cuidadores domiciliarios de la cooperativa según la demanda detectada.	- Área de Servicio Social PAMI II -Equipo interdisciplinario -Cooperativa de cuidadores	- Base de datos de beneficiarios. - Financiamiento para honorarios.	- Cantidad de beneficiarios incorporados. - Tiempo promedio de respuesta desde la solicitud hasta que se brinda el servicio.
3. Fortalecer la articulación institucional y comunitaria para garantizar una atención integral.	- Crear una mesa de articulación entre PAMI II, cooperativa y actores locales de salud y cuidado. - Establecer canales de comunicación y seguimiento de los casos y protocolos.	-Coordinación del Servicio Social PAMI II -Referentes de la cooperativa.	- Espacios físicos y/o digitales de reunión.	- Frecuencia de reuniones. - Acuerdos interinstitucionales logrados (protocolos).

4. Promover la profesionalización y el empleo digno en el sector de cuidados.	- Emplear únicamente a personas con capacitaciones pertinentes. - Fomentar nuevas capacitaciones a cuidadores/as en atención domiciliaria, enfoque de derechos, y cuidados humanizados. - Formalizar la contratación a través de la cooperativa.	-Cooperativa de cuidadores INSSJP (programas de formación) -Instituciones educativas locales especializadas en el tema.	- Fondos para capacitación. - Material didáctico y docentes especializados.	- Número de cuidadores capacitados.
5. Reducir la sobrecarga familiar de cuidados con enfoque de género.	- Difusión del convenio, la implementación de la nueva política.	- Área de Servicio Social PAMI II	- Materiales informativos.	- Cantidad de familias beneficiadas. - Nivel de satisfacción familiar.
6. Evaluar y monitorear el funcionamiento del dispositivo.	- Establecer un sistema de seguimiento y evaluación continua. - Elaborar informes semestrales con resultados e impacto del convenio.	- Área de Servicio Social PAMI II -Equipo interdisciplinario -Cooperativa de cuidadores - Dirección del Policlínico PAMI II -Unidad Gestión Local n° IX	- Software de gestión. - Personal administrativo y técnico.	- Informes elaborados y presentados.

7.4 Momento Estratégico

El Momento Estratégico representa la fase del “poder ser” dentro de la planificación situacional propuesta por Matus (1987). En esta instancia se definen los caminos posibles para alcanzar los objetivos planteados en el momento normativo, a partir de un análisis de la viabilidad política, institucional, económica y social del proyecto. Se trata de traducir la situación deseada en estrategias concretas, considerando las correlaciones de fuerza entre los distintos actores, las oportunidades del contexto y las restricciones existentes.

En el marco del proyecto de convenio entre el Policlínico PAMI II y una cooperativa de cuidadores domiciliarios, este momento busca identificar las condiciones necesarias para implementar un dispositivo de cuidado domiciliario que amplíe las respuestas institucionales frente a las situaciones de dependencia y fragilidad de las personas mayores.

7.4.1 Análisis de viabilidad

- Viabilidad política:

La propuesta se enmarca dentro de las políticas públicas de ampliación de derechos y de fortalecimiento del sistema de cuidados, en sintonía con los lineamientos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) y con los objetivos del INSSJP.

- Viabilidad institucional:

El Policlínico PAMI II dispone de un Área de Servicio Social con experiencia en la detección de situaciones de dependencia y vulnerabilidad, lo que facilitaría la selección de beneficiarios y el seguimiento de los casos. La cooperativa aportaría el componente operativo mediante la disponibilidad de cuidadores capacitados, garantizando calidad en la atención y cobertura domiciliaria. Será necesario establecer un protocolo de coordinación interinstitucional, definir roles y responsabilidades, y diseñar un mecanismo de evaluación conjunta.

- Viabilidad económica:

La implementación del dispositivo requiere una reasignación y optimización de los recursos existentes dentro de los programas vigentes. Por ejemplo, los costos de las residencias de larga estadía, que actualmente oscilan entre \$1.255.779 y \$2.310.633, podrían destinarse a financiar servicios de cuidado domiciliario. Según datos relevados por la Unión del Personal Auxiliar de Casas Particulares (UPACP), el valor por hora de una persona dedicada al cuidado y asistencia de personas es de \$3.683,21, lo que representa un salario mensual estimado en \$795.573,36 (216 horas mensuales) .

De esta manera, priorizar el financiamiento de servicios de cuidado domiciliario por sobre los institucionalizados o por sobre los subsidios económicos no acompañados de seguimiento técnico, como el programa PADyF, permitiría optimizar el uso de los recursos públicos, garantizando además un acompañamiento más personalizado y continuo.

- Viabilidad social:

Existe una alta aceptación social respecto al cuidado domiciliario, ya que la mayoría de las personas mayores manifiesta el deseo de permanecer en sus hogares el mayor tiempo posible. Además, el dispositivo fortalecería el acompañamiento familiar, disminuiría la sobrecarga de las mujeres cuidadoras y promovería la corresponsabilidad social del cuidado.

7.4.2. Actores clave y alianzas estratégicas

- Actores institucionales:

- Policlínico PAMI II: responsable de la coordinación general del dispositivo, la derivación de casos y el monitoreo de las intervenciones, asegurando la articulación con las políticas institucionales y los lineamientos del sistema de salud.

- Cooperativa de cuidadores domiciliarios: encargada de la ejecución operativa, la gestión del personal y la capacitación permanente de los cuidadores/as, garantizando condiciones laborales dignas y calidad en la prestación del servicio.

- Área de Servicio Social: a cargo del diagnóstico sociofamiliar, el seguimiento de los casos y la evaluación del impacto del dispositivo en la calidad de vida y autonomía de las personas mayores beneficiarias.

- Familias y redes comunitarias: actores claves en la corresponsabilidad del cuidado, contribuyendo a la continuidad y sostenibilidad de las acciones, y fortaleciendo los vínculos afectivos y de apoyo cotidiano.

- Municipio de Rosario / Secretaría de Desarrollo Humano: potencial aliado para la articulación con políticas locales de cuidado, la vinculación con cooperativas y redes territoriales, y el diseño de instancias de formación y certificación para cuidadores/as.

- Alianzas estratégicas y Mapeo de actores:

El desarrollo del dispositivo se fortalecerá mediante alianzas estratégicas interinstitucionales, orientadas a consolidar un modelo integral y sostenible de cuidados que involucre a los distintos actores identificados.

El mapeo de actores constituye una herramienta fundamental para la gestión y planificación de proyectos de desarrollo, ya que permite identificar, analizar y relacionar a los diversos actores sociales implicados en un proceso determinado (Ortiz, Matamoro y

Psathakis, 2016). Esta herramienta no se limita a un simple listado, sino que posibilita profundizar en las capacidades, intereses, incentivos y posiciones de cada actor, reconociendo a su vez las áreas de consenso y conflicto, las relaciones de poder e influencia, y las alianzas y coaliciones posibles. De este modo, ofrece una visión integral de la realidad social, que contribuye a diseñar estrategias de intervención y cambio más efectivas.

Aplicado al convenio entre el Policlínico PAMI II y una cooperativa de cuidadores domiciliarios, el mapeo de actores permite identificar los principales participantes, sus intereses y vínculos, así como anticipar tensiones potenciales relacionadas con el presupuesto, la formalización de contratos o la distribución de la carga laboral.

Esta lectura integral se convierte en una herramienta clave para la toma de decisiones, ya que orienta la planificación de estrategias de implementación, articulación y negociación, contribuyendo a la construcción de un convenio sólido, participativo y sostenible en el tiempo.

Mapa de Actores – Convenio Policlínico PAMI II y cooperativa de cuidadores domiciliarios

Actor	Capacidades principales	Intereses	Nivel de poder
UGL nº IX	Financiamiento, definición de políticas y normativas	Optimizar recursos, reducir internaciones, garantizar derechos	Alto
Policlínico PAMI II	Gestión operativa, supervisión de servicios, derivación	Mejorar atención, fortalecer dispositivos de cuidado	Medio-Alto
Servicio Social	Diagnóstico sociofamiliar, seguimiento de casos, evaluación del impacto y articulación con redes comunitarias.	Promover intervenciones integrales, garantizar el acceso a cuidados de calidad y fortalecer la autonomía de las personas mayores.	Medio
Cooperativa de cuidadores	Recursos humanos capacitados, experiencia en cuidados	Inserción laboral formal, estabilidad jurídica, reconocimiento	Medio
Afiliados/as y familias	Demanda de servicios, legitimidad social	Acceso a cuidados dignos, alivio de sobrecarga familiar	Medio-Bajo

Estado local / municipal	Programas de cuidado y formación complementaria	Integrar políticas locales, vinculación con cooperativas y redes territoriales, instancias de formación y certificación para cuidadores/as.	Medio
---------------------------------	---	---	-------

7.4.3 Acciones a realizar y FODA

- Elaborar un convenio marco entre PAMI II y la cooperativa, estableciendo objetivos, responsabilidades, mecanismos de financiamiento y evaluación.
- Diseñar un plan piloto con un grupo inicial de beneficiarios seleccionados por el Área de Servicio Social, que permita evaluar la efectividad del dispositivo.
- Constatar la capacitación de los cuidadores en atención domiciliaria integral, con enfoque de derechos y perspectiva de género.
- Establecer un sistema de seguimiento interdisciplinario, con indicadores de calidad, autonomía y satisfacción de las personas mayores.
- Promover la participación de las familias en la planificación y evaluación del servicio, fortaleciendo los vínculos comunitarios.

El análisis FODA (acrónimo de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) es una herramienta de diagnóstico estratégico que permite evaluar de manera integral las condiciones internas y externas que influyen en la viabilidad de un proyecto u organización. Según Thompson (1998), su utilidad radica en la posibilidad de equilibrar las capacidades internas con las oportunidades y amenazas del entorno, orientando la formulación de estrategias realistas y sostenibles (Ponce Talancón, 2006).

En el contexto del Momento Estratégico de la planificación situacional, la incorporación de un cuadro FODA resulta fundamental, ya que posibilita identificar los factores que favorecen o limitan la implementación del dispositivo de cuidados domiciliarios, contribuyendo a definir líneas de acción concretas y prioridades de intervención.

La construcción de esta herramienta analítica en esta etapa facilita la comprensión de la complejidad institucional y la toma de decisiones fundamentadas en evidencia. En este sentido, el FODA se constituye en un instrumento clave para orientar la estrategia, anticipar riesgos y fortalecer la sostenibilidad del proyecto.

Cuadro FODA – Proyecto de convenio entre el Policlínico PAMI II y una cooperativa de cuidadores domiciliarios

Fortalezas (internas)	Debilidades (internas)
• Existencia de un equipo de Servicio Social con experiencia en el acompañamiento de personas mayores y conocimiento de la población afiliada.	• Escasez de recursos económicos y humanos en el Policlínico para ampliar la cobertura de cuidados.
• Reconocimiento institucional de la necesidad de fortalecer los cuidados domiciliarios.	• Ausencia de protocolos claros de coordinación entre el Policlínico y cooperativas.
• Articulación con cooperativas locales que ya cuentan con cuidadores capacitados.	• Falta de mecanismos de evaluación sistemática sobre los resultados e impactos de los dispositivos de cuidado.
• Legitimidad y confianza del Policlínico entre las personas mayores y sus familias.	• Limitada disponibilidad de datos actualizados sobre la demanda y los niveles de dependencia de los afiliados.

Oportunidades (externas)	Amenazas (externas)
• Marco normativo favorable: Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) y políticas públicas en diferentes ámbitos que promueven el derecho al cuidado.	• Inestabilidad económica y presupuestaria que podría dificultar la continuidad del financiamiento del programa.
• Demanda social creciente de servicios domiciliarios que eviten la institucionalización y respeten la autonomía de las personas mayores.	• Cambios en las autoridades o prioridades institucionales que afecten la implementación del convenio.
• Posibilidad de acceso a financiamiento y cooperación técnica a través de programas de fortalecimiento del cuidado o de economía social.	• Precarización del trabajo de cuidados si no se garantiza una adecuada regulación y supervisión de las cooperativas.
• Experiencias exitosas en la región, como el Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay o la cooperativa COTRACUC en Rosario, que ofrecen marcos de referencia replicables.	• Resistencia cultural o institucional frente a nuevos modelos de gestión compartida y trabajo cooperativo.

El análisis evidencia que el proyecto cuenta con fortalezas institucionales y profesionales significativas, especialmente en el Área de Servicio Social del Policlínico, que posee trayectoria en la detección de situaciones de vulnerabilidad y dependencia. Además, el contexto normativo actual ofrece oportunidades propicias para la promoción de un sistema de cuidados basado en derechos.

No obstante, las debilidades internas, vinculadas a la falta de recursos y de mecanismos de articulación formal, exigen estrategias que aseguren sostenibilidad y gestión eficiente. En cuanto a las amenazas externas, la inestabilidad económica y los posibles

cambios en la orientación de las políticas públicas constituyen factores de riesgo que deberán contemplarse mediante acuerdos institucionales firmes y mecanismos de evaluación continua.

7.5 Momento Táctico Operacional

El Momento Táctico-Operacional, siguiendo la lógica de la Planificación Situacional de Matus (1987), corresponde a la fase del “hacer”, donde las estrategias formuladas en el Momento Estratégico se transforman en planes de acción concretos, con definición de responsables, recursos, tiempos y mecanismos de control. Este momento busca garantizar la viabilidad operativa del proyecto, asegurando que los objetivos propuestos se traduzcan en resultados efectivos dentro de las condiciones reales del Policlínico PAMI II y su entorno institucional.

En este sentido, el Momento Táctico-Operacional orienta la ejecución del proyecto de convenio entre el Policlínico PAMI II y una cooperativa de cuidadores domiciliarios, articulando acciones entre los diferentes actores involucrados, para la puesta en marcha, seguimiento y evaluación del dispositivo.

El desarrollo del Momento Táctico-Operacional convierte la planificación en acción, estableciendo las condiciones concretas para que el proyecto sea viable, ejecutable y evaluable. A través de la cooperación entre el Policlínico PAMI II, la Unidad de Gestión Local nº IX y una cooperativa de cuidadores, se sientan las bases para un modelo de cuidados domiciliarios sostenido, que promueva la autonomía, la dignidad y la calidad de vida de las personas mayores, al mismo tiempo que formaliza y valoriza el trabajo de quienes cuidan.

7.5.1 Estructura de implementación

El proyecto se implementará en tres fases operativas principales:

a) Fase de planificación y acuerdos institucionales

- Firma del convenio marco entre el Policlínico PAMI II, la Unidad de Gestión Local nº IX y la cooperativa seleccionada.
- Definición de un protocolo de intervención conjunta que establezca criterios de admisión, costos, seguimiento, supervisión y evaluación de los casos.
- Conformación de una mesa de coordinación interinstitucional, integrada por representantes del Área de Servicio Social, la cooperativa y referentes de PAMI para garantizar coherencia y articulación operativa.

b) Fase de implementación piloto

- Identificación de un grupo inicial de beneficiarios, priorizando personas mayores en situación de dependencia leve o moderada.
- Asignación de cuidadores domiciliarios capacitados, a través de la cooperativa, bajo supervisión del equipo de Servicio Social del Policlínico.

- Acompañamiento y seguimiento quincenal de los casos, con evaluación conjunta del desempeño, satisfacción y resultados de la intervención.

c) Fase de evaluación y ampliación

- Sistematización de resultados e indicadores de impacto (nivel de autonomía, reducción de institucionalizaciones, satisfacción familiar).
- Evaluación integral de la experiencia piloto con participación de todos los actores.
- Propuesta de ampliación progresiva del dispositivo, incorporando nuevos beneficiarios y reforzando los mecanismos de supervisión y formación de cuidadores.

7.5.2. Mecanismos de control y seguimiento

El proyecto contempla la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación permanente, orientado a garantizar la eficacia, calidad y sostenibilidad del dispositivo de cuidados domiciliarios. Este sistema permitirá realizar un seguimiento continuo de los avances, detectar posibles dificultades en la ejecución y buscar procesos de mejora continua a partir de la evidencia obtenida.

Para tal fin, se definirán indicadores específicos de proceso y resultado, distribuidos en cuatro dimensiones clave: cobertura, calidad del cuidado, gestión institucional y fortalecimiento laboral.

En la dimensión de cobertura, se medirá el número de personas mayores atendidas mediante el servicio de cuidados domiciliarios, con una frecuencia de medición trimestral. Este indicador permitirá conocer el alcance real del programa y su nivel de expansión en el territorio.

En la dimensión de calidad del cuidado, se evaluará el grado de satisfacción de las personas mayores usuarias y de sus familias, a través de encuestas semestrales que recogerán percepciones sobre la atención recibida, el vínculo con los cuidadores y el impacto del servicio en su bienestar cotidiano.

En cuanto a la gestión institucional, se registrará la cantidad de reuniones de coordinación interinstitucional realizadas de manera trimestral, como modo de monitorear el funcionamiento de las articulaciones entre el Policlínico PAMI II, la Unidad de Gestión Local IX y la cooperativa participante.

Finalmente, en la dimensión de fortalecimiento laboral, se relevará semestralmente el número de cuidadores capacitados e incorporados formalmente al dispositivo, con el propósito de evaluar la generación de empleo formal y la profesionalización de las tareas de cuidado.

La sistematización de esta información permitirá elaborar informes periódicos de seguimiento que orienten la toma de decisiones, aseguren la transparencia del proceso y contribuyan a la sostenibilidad del proyecto en el tiempo.

7.5.3 Evaluación y sostenibilidad

La evaluación del proyecto se realizará de manera participativa, integrando la perspectiva de las personas mayores, sus familias, cuidadores y profesionales. Se espera que los resultados permitan institucionalizar el dispositivo dentro del Policlínico como una política permanente de atención domiciliaria.

Para asegurar su sostenibilidad, se prevé la formalización de los convenios cooperativos, la búsqueda de financiamiento complementario y la capacitación continua de los equipos, consolidando un modelo de cuidado digno, accesible y basado en derechos.

8. REFLEXIONES FINALES

“En un mundo que descuida tanto, el cuidado de los otros es revolucionario”

(Eleonor Faur, 2021)

El recorrido realizado en este Trabajo Integrador Final permitió comprender que las políticas de cuidado, lejos de ser un asunto secundario o doméstico, constituyen un eje central para pensar la sostenibilidad de la vida, la equidad de género y la garantía de derechos de las personas mayores. A partir de la experiencia en el Policlínico PAMI II, fue posible observar cómo las respuestas institucionales a las situaciones de fragilidad y dependencia continúan siendo fragmentadas, asistencialistas y limitadas en su alcance, evidenciando una brecha significativa entre los marcos normativos y las prácticas cotidianas de atención.

El análisis presentado permitió reconocer que el desafío no se reduce a ampliar la cobertura de los programas existentes, sino a repensar el modelo de atención en clave de derechos, incorporando la noción de corresponsabilidad social del cuidado entre el Estado, las familias, las organizaciones comunitarias y el mercado. En este sentido, el dispositivo propuesto de cuidadores domiciliarios surge como una alternativa que busca superar la lógica del subsidio e institucionalización y avanzar hacia un modelo integral, que reconozca la singularidad de cada persona mayor y promueva su autonomía y bienestar en el entorno cotidiano.

Este proceso también implicó un ejercicio de reflexión sobre el rol profesional del trabajo social. En contextos institucionales donde prevalecen las urgencias y la burocracia, la intervención del trabajador social se constituye como un espacio de mediación, escucha y articulación, capaz de visibilizar las desigualdades estructurales que atraviesan las trayectorias de las personas mayores. Asumir el cuidado como un derecho implica también posicionar la intervención profesional desde una ética del reconocimiento y de la responsabilidad colectiva.

El camino recorrido reafirma la necesidad de construir políticas públicas de cuidado que sean sostenibles, accesibles y basadas en derechos, con una perspectiva interseccional y de género. La planificación estratégica y la articulación con actores cooperativos y comunitarios se presentan como herramientas valiosas para transformar las prácticas institucionales y avanzar hacia un modelo de cuidados que no reproduzca desigualdades, sino que habilite proyectos de vida dignos en la vejez.

En definitiva, este trabajo invita a pensar el cuidado no sólo como una tarea, sino como una práctica política y ética que interpela al conjunto de la sociedad. En un contexto donde el envejecimiento poblacional y la crisis de los cuidados son cada vez más evidentes,

cuidar y ser cuidados se vuelve un acto profundamente humano y transformador. Retomando las palabras de Eleonor Faur (2021), apostar por el cuidado de los otros es, hoy más que nunca, un gesto revolucionario.

9. BIBLIOGRAFÍA

AMIA. (s.f.). AMIA Social. <https://amiasocial.amia.org.ar/>

Barbará, Y. (2021). Apuntes de cátedra: Elaboración del árbol de problemas y de objetivos. Cátedra de Planificación Social, Licenciatura en Ciencia Política, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario. <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/1e44e982-8628-4ad3-9361-8ac5e9ab8191/content>

Batthyány, K. (2010, noviembre). Envejecimiento, cuidados y género en América Latina [Documento provisorio no publicado]. Seminario internacional “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”.

Bidegain Ponte, N., Scuro Somma, L., & Vaca-Trigo, I. (2020). La autonomía económica de las mujeres en tiempos de COVID-19 (LC/PUB.2021/4-P). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46502-la-autonomia-economica-mujeres-tiempos-covid-19>

Ceminari, Y., & Stolkiner, A. (2016). El cuidado de personas mayores en la Argentina: De cuestión familiar a cuestión de derechos. En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Chavero, M. A. (2022). La salud en Argentina: ¿derecho o mercancía? Conflicto Social, 15(28), 140–171. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/8182>

Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública, 71(2), 127–137. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s.f.). Caja de herramientas: Políticas sociales e institucionalidad para la igualdad. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. <https://igualdad.cepal.org/es>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3). Naciones Unidas. <https://hdl.handle.net/11362/47947>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022a). La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/CRM.15/3). Naciones Unidas. <https://hdl.handle.net/11362/48130>

COTRACUC. (s.f.). Sabemos cuidar. <https://www.cotracuc.org.ar/>

Federici, S. (2018). El patriarcado del salario: Críticas feministas al marxismo (M. A. Catalán Altuna, Trad.). Traficantes de Sueños.

Faur, E. (2021, 9 de marzo). En un mundo que descuida tanto, el cuidado de los otros es revolucionario. Diario Digital Femenino. <https://diariofemenino.com.ar/df/eleonor-faur-en-un-mundo-que-descuida-tanto-el-cuidado-d-e-los-otros-es-revolucionario>

Fundación Soberanía Sanitaria. (2021). Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino: Bases para la discusión. <https://soberaniasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud-Argentino.pdf>

González-Saibene, A. (2015). Acerca de la intervención. Rumbos TS, 10(11), 1–12. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile.

Gutiérrez Silva, J. M., Romero Borré, J., Hernández Fernández, L., & Vega Jaramillo, F. Y. (2021). Planificación estratégica situacional: Un proceso metódico-práctico. Revista Venezolana de Gerencia, 26(94), 762–783.

HelpAge Argentina. (s.f.). Sitio web oficial. <https://informeshelpageargentina.org/>

Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS). (s.f.). IAPOS.
<https://www.iapossantafe.gob.ar/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2014). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (1.^a ed.). INDEC.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enconvida_05_14.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (s.f.). Sitio web oficial.
<https://www.indec.gob.ar/>

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2019). Resolución RESOL-2019-1029-INSSJP-DE-INSSJP: Programa de Atención a la Dependencia y Fragilidad.
https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2019-1029-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2022). Resolución RESOL-2022-1387-INSSJP-DE-INSSJP: Programa de Atención Integral en Centros de Día para Personas Mayores.
https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2022-1387-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2023). Disposición DI-2023-11-INSSJP-SGDHGCYPC-INSSJP: Reglamento sobre Abordaje, Evaluación y Otorgamiento de la Prestación de Ingreso al Programa de Atención Integral en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores e Instrumentos de Aplicación Específica.
https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/DI-2023-11-INSSJP-SGDHGCYPC-INSSJP.pdf

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2023). Disposición DI-2023-702-INSSJP-SPS-INSSJP: Guía de uso del nuevo nomenclador del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/DI-2023-702-INSSJP-SPS-INSSJP.pdf

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2023). Resolución RESOL-2023-896-INSSJP-DE-INSSJP: Programa de Atención Integral

en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores.
https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2023-896-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2024). Condiciones de vida de los afiliados del PP 2 que consultaron la guardia en mayo 2024 – Borrador. Servicio Social, Unidad de Gestión Local IX.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2025). Resolución RESOL-2025-475-INSSJP-DE#INSSJP.
https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2025-475-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (s.f.). Sitio web oficial. <https://www.pami.org.ar/>

Legarreta Iza, M. (2017). Notas sobre la crisis de cuidados: Distribución social, moralización del tiempo y reciprocidad del tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar. *Arbor*, 193(784), a381. <https://doi.org/10.3989/arbor.2017.784n2004>

Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

Matus, C. (1987). Política, planificación y gobierno. Fundación ALTADIR / Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES).

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (s.f.). Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados>

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2021). Igualdad en los cuidados (1.ª ed.). Editorial MinGéneros.

Montes de Oca Zavala, V., Arroyo Rueda, I., & González Cordero, D. (2023). El cuidado. La evolución de un concepto teórico que transita a lo empírico, la producción de evidencia y la aplicación de las políticas. *Ciudadanías*, (13), julio–diciembre. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10204568>

Municipalidad de Rosario. (2022). Decreto N° 1313. Rosario, 03 de noviembre de 2022. <https://www.rosario.gob.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=197876>

Municipalidad de Rosario. (s.f.). Registro Municipal de Cuidadores para Personas Mayores. <https://www.rosario.gob.ar/inicio/registro-municipal-de-cuidadores-para-personas-mayores>

Nirenberg, O., Brawerman, J., & Ruiz, V. (2003). Programación y evaluación de proyectos sociales: Aportes para la racionalidad y la transparencia (1ª ed.). Paidós.

Oliveri, M. L. (2013). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina (Nota técnica del BID N.º 2044). Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atenci%C3%B3n-a-la-dependencia-en-Argentina.pdf>

Organización de los Estados Americanos. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Sitio web oficial. <https://www.who.int/es>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (s.f.). Sitio web oficial. https://www.ohchr.org/es/ohchr_homepage

Ortiz, M. de los Á., Matamoro, V., & Psathakis, J. (2016). Guía para confeccionar un mapeo de actores: Bases conceptuales y metodológicas. Fundación Cambio Democrático. <https://cambiodemocratico.org.ar/wp-content/uploads/2017/03/Gu%C3%ADa-para-confeccionar-un-Mapeo-de-Actores.pdf>

Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. Revista de Economía Crítica, (5), 7–37. ISSN: 1696-0866.

Pérez Orozco, A. (2019). Subversión feminista de la economía: Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida (4.ª ed.). Traficantes de Sueños.

Ponce Talancón, H. (2006, septiembre). La matriz FODA: una alternativa para realizar diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organizaciones productivas y sociales. Contribuciones a la Economía. <http://www.eumed.net/ce/>

Prieto Ortiz, R. (2020). Más allá de las pandemias. Revista Colombiana de Cirugía, 35, 141–142. <https://doi.org/10.30944/20117582.606>

República Oriental del Uruguay. (2015). Ley N.º 19.353: Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Diario Oficial, 8 de diciembre de 2015. <https://www.imo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Rodríguez Enríquez, C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En A. Girón & E. Correa (Eds.), Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente (pp. 229–240). CLACSO. http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/sursur/giron_correa/22RodriguezE.pdf

Rodríguez Enríquez, C., & Marzonetto, G. (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: El déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. Revista Perspectivas de Políticas Públicas, 4, 105–130. <https://doi.org/10.18294/rppp.2015.949>

Toledo S. Cuaderno de campo y notas (2023-2024) Prácticas pre-profesionales en el Policlínico PAMI II. Campo salud IPS 2 Y 3.

Unión Personal Auxiliar de Casas Particulares (UPACP). (s.f.). Sitio web oficial. <https://upacp.org.ar/>

Zolotow, D. (2014). Vicisitudes de la práctica profesional con adultos mayores. En M. Benegas, A. Arias, B. García Godoy, & R. Manes (Coords.), V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad (cap. 13). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. <https://publicaciones.sociales.uba.ar>

10. ANEXO

Entrevista a coordinadora y secretaria de COTRACUC

- ¿Cómo surge crear COTRACUC y qué motivaciones tuvieron sus fundadores?

Bueno, el origen de la cooperativa data del 2020, en plena pandemia, un grupo de jubilados que forman parte de FRAPAN, que es la Federación Regional de Asociaciones de Personas Mayores, que nuclea a, creo que son como 40 centros de jubilados, y organizaciones de personas jubiladas, pero de territoriales. Ellos, junto con el Sindicato de Empleados de Comercio, bueno, FRAPAN lo que le plantea al sindicato es qué posibilidades había de dar un curso dentro de este espacio, del espacio del Sindicato de Empleados de Comercio, que tenga que ver con el cuidado de personas mayores, en vista de que durante la pandemia, bueno, el tema del cuidado de personas mayores era toda una problemática, todo en un marco de aislamiento total, de mucho miedo, de mucha incertidumbre, bueno, aparece la idea de hacer este curso de cuidado de personas mayores.

Se comienza con el curso durante la pandemia, que era de manera virtual, y al finalizar el primer curso, al fines del 2020, se hace una apuesta en común de manera presencial.

En el 2021 se vuelve a hacer este curso, pero ya de manera presencial. Muchos de los que habían hecho el curso en el año anterior, lo hicieron nuevamente este año, y ya viste que el estar en el mismo espacio, la corporalidad, la puesta en común, no es lo mismo que lo virtual, y bueno, lo que genera es que empiecen a aparecer problemáticas que atravesaban al colectivo en general de cuidadores, como esto que es un colectivo de trabajadores que están sumamente precarizados, que están sin derechos sociales, a su vez también es un grupo que al no tener una organización, o no están en un mismo espacio, es muy difícil que se organicen, y ahí empieza a aparecer esta idea de armar una cooperativa de cuidados, todo también muy acompañado, y muy, no sé si decirle empujado, pero de alguna manera sí, fomentado, y acompañando de parte de estas dos organizaciones, que son Frapan y el Sindicato de Empleados de Comercio.

En el diciembre del 2021 hacemos la asamblea inaugural, siendo 12 compañeros, de los cuales algunos pertenecemos al Sindicato de Empleados de Comercio, como por ejemplo el presidente de la cooperativa, que también es el secretario de Cultura, y Cultura fue el espacio donde se hizo este curso de cuidado de personas mayores. Bueno, me convocan a mí como trabajadora social, yo soy secretaria de la cooperativa y lo convocan a un compañero también del sindicato, también del área de cultura, lo convocan para que sea tesorero de la cooperativa. Algunas compañeras que hicieron el curso forman parte del consejo de administración como vocales, y bueno, inicialmente emprendimos este vuelo y

este viaje que no sabíamos, en un principio no sabíamos bien cómo hacerlo, no teníamos tanto conocimiento de cooperativa, si bien algunos veníamos de lo que era la economía solidaria, veníamos de lo sindical, de la organización de los trabajadores, veníamos con una militancia por fuera de lo que es lo habitual, el empleo registrado, pero tuvimos que aprender y aprender entre nosotros y poder investigar cómo hacer una cooperativa.

Finalmente la hicimos y el primer mes se sumó, bueno, el doble de lo que éramos, empezamos con 12 y terminamos siendo, bueno, seguimos siendo más del doble y en los meses siguientes fuimos creciendo y creciendo hasta el día de hoy que somos 103.

- ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrentaron al momento de organizarse como cooperativa?

Al momento de organizarnos, bueno, en un principio la cuestión económica, porque armar una cooperativa implica, por ejemplo, tener un capital inicial que no lo teníamos. Inicialmente, como no teníamos ese capital, lo que hicimos fue, el presidente de la cooperativa pidió un crédito a su nombre y a partir de ahí empezamos con, que bueno, eso después la cooperativa se lo fue devolviendo cada vez que había que pagar ese crédito. Y en un principio, sí, fue así, el sindicato de empleados de comercio nos cedió en un comodato, nos prestó la oficina, que es la oficina en la que seguimos trabajando el día de hoy, que la tenemos en préstamo.

Creo que los desafíos más importantes para nosotros, en un principio, fueron los económicos. Después, cuando empezamos a crecer, cuando empezamos a crecer en número, cuando empezamos a crecer en trabajo, cuando tuvimos cada vez más cuidados que tuvimos, ahí aparecieron las cuestiones de convivencia, el poder trabajar, esto de que la mayoría, no quiero decir venían, porque creo que todos venimos con una cabeza como muy individualista y tuvimos que empezar a trabajar lo colectivo, empezar a trabajar esto de que la cooperativa somos todos, que las decisiones se toman entre todos, si bien hay una cuestión que es representativa, que tiene que ver con un consejo de administración, el consejo de administración va a someter todas las decisiones que tome siempre a reuniones mensuales, nosotros todos los meses tenemos reuniones en las que consultamos, hablamos, charlamos y decidimos todo y nada se decide de manera individual. Bueno y estas dificultades fueron las principales, los temas de convivencia y, por ejemplo, el poder entender qué es una cooperativa.

En un principio tuvimos que trabajar mucho esto de que la cooperativa no tiene ganancia, de que la cooperativa lo que hace es velar por el que cada uno tenga su ingreso, que cada uno tenga sus medios de vida dignos, que cobre lo que corresponde y no que sea, no pensarlo desde lo individual o pensarlo como si fuese una empresa donde hay alguien que es el dueño y va a tener una ganancia sin trabajar, bueno, no lo pensamos así en ningún

momento y también tratamos de que ellos lo puedan entender de esa manera, de que la cooperativa somos todos y que el beneficio es para todos y que la cuestión económica también es para todos y los derechos y obligaciones son de todos. Bueno, trabajar estas cuestiones colectivas en detrimento de lo individual fue todo un laburazo.

- ¿Cómo está estructurada la cooperativa?

La cooperativa está estructurada, bueno somos todos iguales, somos todos asociados, pero sí hay tres que somos, tres compañeros que somos parte del Consejo de administración. Si bien nosotros tenemos otra función, a la hora de una asamblea tenemos la misma voz y voto, pero durante el año digamos tenemos esa obligación que es llevar adelante la gestión de la cooperativa. Después tenemos una administración, que es la oficina, tiene tres compañeros, que son asociados a la cooperativa, pero que cumplen funciones de administración, tenemos una compañera que hace la caja, tenemos una compañera que hace la coordinación de los cuidados, quién va dónde y cómo y de atención al cliente; tenemos otra compañera que se encarga de la venta de los servicios, y después bueno tenemos todo lo que es asesoramiento externo: el abogado, el contador y lo que es la coordinación que dentro del consejo de administración también estamos las coordinadoras, que nosotros hacemos como la gestión más macro, que es una gerontóloga que Claudia Viasis y yo que soy trabajadora social.

- ¿Cómo definen los distintos tipos de servicios de cuidado que ofrecen (domiciliario, institucional, acompañamiento, etc.)? Y ¿Cómo se organiza la asignación de cuidadores/as según las necesidades de la persona mayor o en situación de dependencia?

Nosotros ofrecemos siempre servicio de cuidado, siempre decimos que es no es acompañamiento si bien sí son acompañamientos, pero no solo acompañamiento sino que también implica el cuidado de la persona dependiente: el cambio de pañal, la rotación, el baño en cama, bueno todo este tipo de cosas que son más que un acompañamiento que si bien tiene que ver con un acompañamiento que tiene que ver con lo humano, con la charla, y hay algunas personas que no necesitan este cuidado porque no son dependientes pero bueno, siempre estamos abiertos a esa posibilidad. Bueno la verdad es que nosotros en el día a día, ya nos conocemos mucho, y nosotros al estar, si bien hacemos una vez por mes las reuniones del grupo, semanalmente, permanentemente estamos en contacto, por lo menos una vez por semana nos vemos, pasan por la cooperativa y ya nos conocemos bastante de estos años que venimos trabajando y ya sabemos el perfil o que hay algunas compañeras por ejemplo, que hemos tenido en cuenta, que te doy un ejemplo: una compañera que tiene un familiar muy allegado que está el cuidado de ella, que tiene diabetes y tiene un problema grave de diabetes, a la hora de recibir un cuidado que tenga

relación con la diabetes, o con una amputación de piernas por diabetes o cosas así, nosotros nunca la vamos a tener en cuenta a ella, porque lo primero que pensamos es bueno, la cuestión emocional, acompañarlos en eso.

Y también, ahora me hiciste acordar con esto, el servicio de apoyo al cuidador, que es un psicólogo, que una vez por semana viene acá a la cooperativa, pero también lo hacemos de manera virtual, como para la que no pueda venir que también tenga ese acompañamiento y el psicólogo lo que hace es trabajar es, estas cuestiones del malestar del cuidador, del estrés del cuidado, de la angustia, de todo lo que pueda llegar a pasar en los lugares de cuidado; y la verdad que está buenísimo porque poder trabajarlo le sirve a ellas y también sirve como cooperativa a la hora de brindar un servicio.

De todas maneras hay cuestiones que nosotros siempre las tenemos en cuenta, como hay compañeras que nosotros sabemos que no quieren, no se van a un cuidado y nos dicen esta persona me hace acordar a mi mamá y yo con mi mamá me llevaba muy mal, inmediatamente la cambiamos porque tenemos en cuenta de que hay cosas que son muy, muy humanas, no sé, muy emocionales y no queremos que haya un malestar que podamos prever. Así que bueno, también tenemos en cuenta esas cosas.

- ¿Qué criterios utilizan para evaluar la calidad del servicio y el bienestar de las personas cuidadas?

La calidad del servicio, en realidad, cuando generalmente, las personas solas te dan una devolución sin necesidad de preguntarle demasiado. Nosotros lo que siempre decimos, hace 3 años y medio más o menos que estamos trabajando, hace 4 casi, y nunca tuvimos ningún conflicto legal, nunca tuvimos un conflicto grave, siempre lo pudimos hablar, lo podemos charlar, siempre lo pudimos resolver, así que eso nos da como una buena devolución, pero no tenemos un control de calidad, que también tiene que ver con que no tenemos la cantidad suficiente de administrativos como para llevar adelante una cosa así. Pero bueno, en un futuro nos gustaría poder hacer un control de calidad de poder preguntar y hacer como un balance de qué es lo que las personas que pasaron por la cooperativa, qué fue lo que más les gustó, qué fue lo que menos le gusto, eso nos gustaría hacer pero todavía no lo hemos hecho.

- ¿Tienen protocolos o guías de intervención?

Protocolo y guía de intervención si tenemos. Siempre se nos aparecen cosas nuevas como por ejemplo, no quiero hablar porque hay cosas que son muy internas, pero nos han aparecido situaciones de problemas de salud mental, de depresión, de ideas de muerte, de compañeras nuestras que tuvimos que acompañar situaciones de violencia de género sufrida por compañeras de dentro de la cooperativa, de todo, situaciones de adicciones.Y

frente a todas estas situaciones hemos hecho protocolos de accionar, como para que el día que no estemos nosotros y que haya otros y que tomen la posta a otros dentro, porque nosotros apostamos que la cooperativa sea lo más extensa que se pueda y que sirva; nosotros hacemos estos protocolos y los pasamos a las actas, eso sí, pero y también hacemos protocolos de accionar en el lugar de cuidado: qué hacer si la persona se descompone, si la persona se cae, si la persona me echa, bueno todo, de eso si hacemos protocolos que son abiertos, que están dentro del reglamento interno, y después hay protocolos internos que tienen que ver con situaciones que hemos vivido con compañeras y compañeros de la cooperativa, que esos los pasamos a las actas, como para que quede y el día de mañana se tenga en cuenta, de bueno, qué hacer si tengo una compañera que está sufriendo violencia de género, cuál es el protocolo de acción dentro de la cooperativa. Y la verdad que nosotros no esquivamos nunca a esas situaciones sino que acompañamos a las compañeras, le damos una mano, todo desde el lugar que nosotros estamos, somos un espacio laboral, tampoco es que somos la familia, pero bueno desde nuestro lugar y desde nuestro grupo de pertenencia laboral, hacemos todo lo que se pueda y lo pensamos también a un espacio laboral totalmente humano.

- ¿Qué tipo de formación o capacitación reciben los cuidadores/as antes de incorporarse a la cooperativa?

Si nosotros dentro de la cooperativa los cuidadores solo pueden ingresar a la cooperativa si aprobaron el curso de cuidados. El curso de cuidado lo damos con la certificación oficial de la provincia, del Ministerio de Trabajo; en un principio era el Santa Fe Capacita y ahora se llama el Programa Impulsa, este programa es el que nos permite pagarle a los docentes las horas de cátedra y aparte bueno tener la certificación oficial de la provincia.

- ¿La formación se realiza de manera interna o en articulación con otras instituciones?

También tenemos las formaciones internas, nosotros permanentemente hacemos formaciones de actualización. En los años anteriores teníamos las actualizaciones dentro del Santa Fe Capacita, este año cuando se pasó al Impulsa, tuvimos solo el curso inicial. Pero el año que viene vamos a presentar todos los papeles a ver si tenemos el curso inicial, y si nos aprueban también el curso de actualización de los cuidadores. El de actualización generalmente tiene que ver con, depende cada año va modificándose, este año fue solo de enfermería.

Si bien nosotros no hacemos tareas de enfermería, pero sí tenemos una formación que es bueno, que el enfermero nos enseña algunas cuestiones, aunque no se lleven adelante, pero que es interesante que los cuidadores sepan.

- ¿Qué temáticas consideran prioritarias en la formación continua (género, envejecimiento, salud mental, derechos de las personas mayores, etc.)?

¿Qué temáticas consideran prioritarias? Bueno, nosotros dentro de la formación tenemos 22 disciplinas, por eso te hago así. La verdad que prioritaria, no sé, nos parecen todas importantes. Es difícil decir cuáles serían las prioritarias, pero lo que sí nos parece fundamental es que sea integral.

Entonces, todos los estudiantes tienen 22 disciplinas diferentes de las cuales cada disciplina tiene su módulo y algunas tienen varios módulos, por ejemplo, psicología tiene varios, enfermería tiene varios. Nosotros tenemos hasta un profesor de teatro que les ayuda y les enseña el trabajo corporal con la corporalidad ajena y poder sentirse en la corporalidad propia. Todo es un montón de cuestiones que la verdad es que cuando salen del curso, nosotros hemos tenido unas devoluciones geniales de gente que nos dice, yo aprendí cosas que me sirven en la vida más allá del cuidado.

Y a nosotros eso nos parece interesante que poder formar, no solo formar cuidadores integrales, sino también formar personas que puedan expandir su cabeza y que puedan expandir su conocimiento y que no sea algo, no enseñarles algo, sino enseñarles a poder repensarse y replantearse e interpelarse en un montón de cosas. Y por ahí, nosotros lo apuntamos por ahí. Incluso en las cuestiones de actualizaciones que hacemos permanentemente, muchas veces trabajamos esto, de cómo me siento yo, cuál es lo que más me cuesta y cómo me siento yo con el cuidado.

Y hay cuestiones que salen de esas actividades que son, no, es para hacer un libro. De hecho, tenemos el proyecto de en algún momento hacer un libro de todas las anécdotas que tenemos y de todas las cosas que hemos vivido acá adentro.

- ¿Cómo se garantiza la protección laboral y social de los cuidadores/as dentro del esquema cooperativo? Y ¿Cuáles son las principales demandas o necesidades que identifican entre sus asociados/as en materia laboral?

Las principales demandas que, bueno, nosotros, el tema de derechos laborales lo tenemos introyectado en el cerebro porque ya venimos de una experiencia sindical, entonces, como, para nosotros es fundamental. De hecho, yo siempre digo que cuando nosotros armamos la cooperativa, las posibilidades para armar una cooperativa, vos tenés, por un lado, tenés el empleo registrado, en blanco, como empleado, con un sistema. Por otro lado, tenés el monotributista, que es un trabajador liberal, individual, independiente. Y en el medio tenés las cooperativas, que las cooperativas no son empleados, pero sí quieren garantizarse sus derechos sociales, pero son emprendimientos colectivos, no son individuales, son algo totalmente diferente a las otras dos situaciones, pero no tiene un sistema propio. Entonces,

la única forma de que los cooperativistas tengamos nuestros derechos laborales es mediante un monotributo, generalmente un monotributo social, que a veces el monotributo social viene rechazado porque nosotros hacemos los recibos por medio de INAES, INAES está en cruzados con ARCA, y si tienen ingresos que superan los ingresos que puede facturar un monotributista social, se lo dan de baja de oficio, entonces ahí tenemos que hacer un monotributo que no sea el social, si nosotros no hacemos un monotributo social pierden beneficios como por ejemplo la AUH, la pierden y pasa a ser el otro sistema de asignaciones por hijos y bueno, ahí hay un enclave de un montón de cuestiones que los derechos laborales, nosotros tenemos una defensa permanente, pero si yo creo y ahí lo comparto con muchos compañeros nuestros, que lo que siempre sentimos es que no hay un sistema propio de cooperativas que no sea ni una cosa ni la otra, que no sea monotributo, que no sea empleo registrado, que sea algo totalmente diferente que nos pueda aunar dentro de lo que es un emprendimiento colectivo y que garantice los derechos laborales, como por ejemplo tener una ART, que no existen las ART para las cooperativas, y nosotros lo que sí tenemos que hacer, bueno, como no tenemos ART lo que hacemos es tener un seguro y ese seguro lo pagamos de manera individual, no lo paga cada cuidador sino que lo paga la cooperativa, igual que los cuidadores tampoco facturan, factura la cooperativa, pero bueno, ahí creemos que hay una deuda del Estado de poder armar un sistema que sea propio de emprendimientos colectivos y que sea propio de una forma cooperativista de pensar la situación laboral de los compañeros.

- ¿Cómo conciben el “cuidado” en la cooperativa?

Al cuidado, ¿cómo lo concebimos? Bueno, nosotros siempre hablamos del derecho a hacer cuidado de las personas mayores, lo concebimos de manera integral. Ya me perdí un poco en las palabras porque hablé un montón. Pero sí, nosotros lo pensamos como, siempre decimos de que la robotización del trabajo va a llegar en un montón de aspectos, pero en el cuidado es imposible. Porque estamos seguros de que el cuidado es algo netamente humano, que solo un humano lo puede hacer y que ahí radica el valor del cuidado que tiene que ver con esto, con la humanidad. Aunque si bien nosotros hablamos de la formación, de lo importante que es formarnos y todo, si hay formación y no hay humanidad y no hay calidez, ahí es imposible y eso no es cuidado. No sé, no sé cómo se llamaría.

Y también nosotros siempre nos acordamos de lo que dice uno de los geriatras que da el curso, que a su vez también fue el síndico en los 3 años anteriores, fue el síndico de la cooperativa y es el defensor de personas mayores, de la Defensoría de Personas Mayores, que salió hace poquito del concejo deliberante de acá de Rosario. Y él siempre dice que el primer gesto de humanidad y de civilización es un fémur que sanó, porque eso significa de que hubo alguien que cuidó a esa persona, que lo cuidó mientras que lo alimentó, que lo

resguardó en un lugar cerrado para que no ningún animal salvaje se lo coma, para que ese primer fémur que soldó y que se resguardó de todos los peligros, en realidad fue porque hubo alguien que lo cuidó y ese cuidado es el primer signo de civilización o es el primer signo de humanidad que nosotros podemos encontrar en la historia. Entonces, siempre retomando eso, desde ahí pensamos en el cuidado.