

¿Por qué *la familia no se los lleva*?  
Políticas públicas, redes sociofamiliares y necesidades  
de cuidado de las personas con internaciones prolongadas  
en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires

Por Mabel Battaglia, Karina Brovelli, Natalia Castrogiovanni, Virginia Cunzolo, Jesús del Canto, Natalia Lardiés, Pilar López, Carla Mancinelli, Nancy Morán, Mónica Nicolini Segovia, Gabriela Otero, Lorena Pratto, Marcela Quiroga, Candela Ruiz Díaz, María José Venuto y Marina Vezzetti

**Mabel Battaglia y Natalia Lardiés.** Licenciadas en Trabajo Social, Hospital Rivadavia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Karina Brovelli.** Licenciada en Trabajo Social, Hospital Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Natalia Castrogiovanni, Virginia Cunzolo, Carla Mancinelli, Lorena Pratto y Marina Vezzetti.** Licenciadas en Trabajo Social, Hospital Piñero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Pilar López, Marcela Quiroga y María José Venuto.** Licenciadas en Trabajo Social, Hospital Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Jesús del Canto.** Licenciado en Trabajo Social, Hospital Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Nancy Morán y Gabriela Otero.** Licenciadas en Trabajo Social, Hospital Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Candela Ruiz Díaz.** Licenciada en Trabajo Social, Hospital de Quemados, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Mónica Nicolini Segovia.** Licenciada en Trabajo Social, Hospital Moyano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

## Introducción

El presente trabajo se enmarca en una serie de debates y preocupaciones sobre nuestro quehacer cotidiano como trabajadoras/es sociales que nos desempeñamos en áreas de internación de hombres y mujeres adultos/as en diferentes hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Más específicamente, surge como continuidad de un trabajo anterior titulado “Vivir en el Hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires” (Brovelli et al., 2015). Allí buscamos visibilizar la situación de aquellas personas que permanecen internadas en las instituciones sanitarias, luego de resuelto el “episodio agudo” de enfermedad que determinó su ingreso, por no contar con alternativas adecuadas de alojamiento y cuidado post alta.

En dicho estudio mostramos que la posibilidad de dar respuesta a esas necesidades de alojamiento y cuidado depende, la mayoría de las veces, del acceso a diferentes prestaciones y recursos provenientes de las políticas públicas y de la seguridad social. No obstante, dicho acceso presenta múltiples obstáculos, restricciones y demoras. Así, la espera de alguna respuesta institucional para quienes “viven” internados/as en los hospitales puede ir desde algunos días hasta varios años. Esta situación, además de conllevar padecimientos diversos y nuevos daños a la salud, implica para las personas en cuestión una grave vulneración de sus derechos.

Ahora bien, como trabajadoras/es sociales en estas instituciones, la pregunta con que otros/as profesionales -médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, etc.- suelen interpelarnos es *¿por qué la familia no se lleva al/a la paciente?* Es decir que, frente a la permanencia indefinida de estas personas en los hospitales, la mirada se vuelca hacia sus familias buscando encontrar a través de ellas una alternativa o resolución a esas complejas necesidades de cuidado y asistencia. Esta pregunta suele estar cargada de valoraciones morales y prescripciones respecto de lo que las familias deben ser y hacer con sus miembros enfermos o dependientes, y en ocasiones, les devuelve a esas familias una enorme responsabilidad.

Este trabajo es una apuesta por comenzar a responder esa interpelación cotidiana y recurrente, aunque complejizándola y dándole otros marcos analíticos. Así, intentaremos mostrar cuáles son específicamente las necesidades de cuidado que presentan las personas que permanecen con internaciones prolongadas, cuáles son las respuestas que la política pública y la seguridad social ofrecen, y cuáles son también las condiciones y posibilidades de prestar cuidados de aquellas redes sociofamiliares que acompañan -de diversas maneras- a las personas internadas. De este modo, esperamos que este trabajo pueda ser un aporte a los debates que actualmente buscan poner el tema de los cuidados en el centro de la escena, echando algo de luz sobre el complejo interjuego de necesidades, recursos y responsabilidades que enmarca el transcurrir de los días de espera de muchos hombres y mujeres internados/as en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

En línea con lo anterior, el objetivo del presente trabajo es conocer las alternativas de organización de los cuidados de las personas adultas internadas en condiciones de alta en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período abril a septiembre de 2017. Para ello, en primer lugar se caracteriza la situación social y las necesidades de cuidado de las personas internadas en condiciones de alta hospitalaria, considerando niveles diferenciales de dependencia/autonomía para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. En segundo lugar, se describen los recursos y servicios de cuidado ofrecidos por la política pública, la seguridad social, la sociedad civil y el mercado vinculados a la población del estudio, y las condiciones de acceso a los mismos. En tercer lugar, se analizan las posibilidades de organización de los cuidados de las redes sociofamiliares de estos/as pacientes, considerando sus características y condiciones diferenciales.

## **Metodología**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte retrospectivo sobre la base de fuentes secundarias. Para el logro de los objetivos propuestos se planteó una estrategia documental, combinando técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo. Por una parte se trabajó con los registros de la práctica profesional: mediante la lectura de los mismos se buscó obtener una descripción global de la población con internaciones prolongadas y de sus redes sociofamiliares. Para ello se procuró construir categorizaciones que permitieran una aproximación cuantitativa y cualitativa a diferentes dimensiones de la problemática en estudio, buscando dar visibilidad a aquellos aspectos que consideramos más relevantes en virtud de los interrogantes y objetivos propuestos **-I-**. Por otra parte se trabajó con documentos institucionales y de política pública: a través de la lectura de los mismos se intentó realizar un análisis descriptivo de los recursos y servicios existentes, buscando recuperar analíticamente sus implicancias e impactos en las diferentes alternativas de organización de los cuidados a las que pueden acceder los sujetos en cuestión.

Para el procesamiento y análisis cuantitativo de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0 para Windows. Se elaboraron cuadros y gráficos de frecuencias y porcentajes de las variables consideradas relevantes, a fin de realizar un

análisis descriptivo. Para el procesamiento y análisis cualitativo se volcaron los datos en matrices diseñadas para tal fin, y a partir de ello se buscó identificar particularidades y regularidades en los fenómenos en estudio.

La población del estudio estuvo conformada por las personas adultas internadas en los Hospitales Álvarez, Fernández, Moyano, Piñero, Quemados, Rivadavia y Tornú en el período comprendido entre el 01/04/17 y el 30/09/17, y que cumplieran con el siguiente criterio de inclusión: haber estado internadas en condición de alta hospitalaria en el período seleccionado para el estudio. La muestra se seleccionó de manera intencional y teórica, en función de los objetivos del estudio, a la vez que atendiendo a los criterios de factibilidad y viabilidad respecto del acceso a los datos. Puesto que para la recolección de los datos se recurrió a registros de la práctica profesional del Trabajo Social, quedaron excluidos del estudio todos aquellos casos que, aún cumpliendo con los criterios de inclusión, no hubieran sido objeto de conocimiento o intervención por parte de los/as profesionales participantes. El número de casos así seleccionado fue de 111.

Como resguardo ético, se garantizó el anonimato de la información relevada a fin de preservar la identidad de los/as pacientes y de las instituciones participantes del estudio. En este sentido, es importante destacar que ningún dato de identificación o filiación de los/as pacientes fue registrado, por lo que no existe forma de vincular los datos tabulados con un/a paciente o institución en particular. Además de ello, la decisión de realizar un análisis global (y no particular) de los datos relevados garantiza que las situaciones analizadas no puedan ser individualizables o reconocibles institucionalmente. Asimismo, en el marco de la Ley N° 3301 sobre protección de derechos de sujetos en investigaciones en salud de la Ciudad de Buenos Aires, el presente trabajo fue evaluado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación (CEI) de todos los hospitales participantes.

### **La salud, la enfermedad y los cuidados. Algunas consideraciones históricas y conceptuales**

La salud y la enfermedad, entendidas como procesos dinámicos y complejos, involucran una multiplicidad de dimensiones de la vida de las personas. Desde la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, hace años que se habla en términos de procesos salud-enfermedad-atención (PSEA) -2-. Menéndez define el PSEA como “un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran (...) la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales” (1994:71). Es decir, tanto los padecimientos como las respuestas sociales a los mismos son hechos cotidianos y constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social. Asimismo toda sociedad genera sentidos y prácticas, y estructura un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos (ídem).

De acuerdo con Menéndez, el PSEA se desarrolla dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos respecto de los mismos, caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales en una sociedad determinada. Esto se observa al examinar los PSEA desde una escala macrosocial, esto es, desde una perspectiva epidemiológica: “la naturaleza social de la enfermedad no se verifica [sólo] en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos (...) debería ser posible comprobar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como el resultado de las transformaciones de la sociedad. Asimismo, las sociedades que se distinguen en su grado de desarrollo y de organización social, deben exhibir una patología colectiva diferente. Finalmente, dentro de una misma sociedad las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas” (Laurell, 1982:2).

En esta línea, cabe señalar que, desde la segunda mitad del siglo pasado, nuestro país ha ingresado en un proceso de transición epidemiológica, concepto que refiere a “un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte” (Rosas y Estrella, 2012:19), y que se expresa en una creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades tratables. Al respecto, de acuerdo a la información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2015 las principales causas de muerte en nuestro país fueron las enfermedades del corazón y los tumores malignos. Asimismo, de acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, la prevalencia de la discapacidad en la población alcanzó al 13%.

Este cambio en el perfil epidemiológico se asocia a los procesos de desarrollo y urbanización, como así también a la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad y a un aumento de la esperanza de vida. Es decir, se imbrica con un proceso de transición demográfica: “la región avanza en un proceso de envejecimiento que está contribuyendo a modificar la estructura por edades de la población. En efecto, mientras en 1950, las niñas, los niños y las y los jóvenes tenían un peso predominante en la pirámide de población latinoamericana, en 2010 esta imagen ya había cambiado radicalmente y el peso relativo de las generaciones adultas y adultas mayores había aumentado” (Rossel, 2016:36). En este sentido, las proyecciones de población indican que estos procesos continuarán operando, contribuyendo a un envejecimiento aún mayor de la población. Según estimaciones de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en el año 2035 la población de 60 años y más superará a la población menor de 14 años en Latinoamérica, y en varios países esta inflexión tendrá lugar mucho antes (CEPAL, 2009). Para el caso de la Argentina, de acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, el porcentaje de población de 65 años y más alcanzó al 10,2%.

Todas estas transformaciones impactan en la demanda de cuidados actual y futura, ya que se asocian a un aumento de la dependencia -3-: si bien existen pocos estudios que dimensionen la prevalencia de la dependencia en nuestra región, estimaciones de la CEPAL prevén que las personas que presentan cierto nivel de dependencia se duplicarán en la región entre 2000 y 2050: de 23 millones a 50 millones (CEPAL, 2009).

En función de lo anterior, la temática de la dependencia viene cobrando relevancia en la agenda de políticas públicas de varios países europeos, aunque estos debates aún no se han visto plasmados en nuestro país (Bloch et al., 2015). Tal es así que la Comunidad Europea ha consensuado una definición de dependencia, entendiéndola como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria” (Consejo de Europa, 1998).

En el campo de las ciencias sociales, la noción de dependencia ha sido eje de diversos debates, cuestionándose aquellas nociones cerradas, estrechas, universales y sin visión temporal de los aspectos que ésta involucra (Martín Palomo, 2010). Así, se ha apuntado que la dependencia es en primer lugar una noción multidimensional, que está en estrecha relación con las posibilidades que ofrece el entorno, como así también que el grado de autonomía o dependencia debe ser visto como un continuo, ya que “si bien se puede pensar en un extremo de dependencia casi absoluta, resulta difícil, si no imposible, imaginar una situación de autonomía absoluta” (Esquivel, Faur y Jelin, 2012:19).

No obstante ello, desde un punto de vista operativo, la idea de dependencia, y también la de autonomía, están unidas a las posibilidades de desarrollo de las actividades de la vida diaria, las cuales suelen clasificarse en básicas e instrumentales. Las actividades básicas se caracterizan por

estar ligadas a la supervivencia, a las necesidades básicas, y estar dirigidas a uno mismo; habitualmente incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, entre otras. Las actividades instrumentales implican la interacción con el medio, e incluyen acciones tales como hablar por teléfono, usar medios de transporte, realizar compras y trámites, cumplir con tratamientos de salud, entre otras (Romero Ayuso, 2007).

En esta línea se entenderá aquí que la limitación para la realización de alguna de estas actividades configura una situación de dependencia. Bloch et al. (2015) sostienen al respecto que la situación de dependencia no sólo implica grandes necesidades de apoyo o un apoyo más intenso, sino también la necesidad de cuidados “de larga duración”, destacando el concepto de larga duración como un elemento clave. En efecto, brindar cuidados a las personas dependientes implica un entramado complejo de necesidades y recursos -humanos, económicos, sanitarios, sociales, entre otros- que se deben sostener durante un lapso indefinido. En este sentido, el cuidado se compone principalmente de *tiempo para cuidar*, *dinero para cuidar*, y *servicios de cuidado* (Ellingsaeter, 1999. En Pautassi, 2007).

Desde una perspectiva social, el cuidado incluye “las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo” (Daly y Lewis, 2000:285. En Esquivel, Faur y Jelin, 2012:17). Es decir, esta definición comprende, por una parte, lo que sucede a nivel microsociedad, en el ámbito doméstico y de interacción entre la persona que cuida y la que es cuidada: las acciones de cuidado directo (atender las necesidades de subsistencia: dar de comer, higienizar, administrar medicamentos, etc.), las acciones de cuidado indirecto (la organización de las condiciones para que el cuidado directo pueda llevarse a cabo: realización de trámites, limpieza de la casa, compras, etc.) y el vínculo que se establece en esta actividad (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015). Por otra parte, comprende lo que tiene lugar en el nivel macrosociedad, en el ámbito normativo, de políticas públicas, instituciones y valores de la cultura (Pombo, 2010). De ello se sigue que la forma en que se resuelven las necesidades de cuidado depende no sólo de los vínculos interpersonales y de las intenciones individuales sino también (y en gran medida) de la oferta de recursos y servicios -públicos, privados y de la sociedad civil- existente (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). En este punto resulta útil el clásico esquema de los estudios de políticas sociales (Esping-Andersen, 1993; Razavi, 2007) para analizar de qué formas las sociedades se organizan para dar respuesta a las necesidades de sus miembros, esto es, de qué forma se atiende al bienestar. Estos estudios proponen pensar a la sociedad dividida en cuatro esferas articuladas: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad, y analizar qué ofrece cada una de estas esferas para la satisfacción de las necesidades de las personas. En el tema que nos atañe, la cuestión sería qué ofrece cada una de estas instancias para atender las necesidades de cuidado de la población dependiente.

Al respecto, puede señalarse que tradicionalmente la responsabilidad por el cuidado de las personas dependientes ha estado depositada en la esfera familiar, dando por supuesto la capacidad de la familia para tomar a cargo todas aquellas necesidades no cubiertas por las demás esferas de provisión de bienestar referidas anteriormente (Adelantado et al., 1998). Cabe destacar que en el área de salud mental, históricamente se ha depositado el cuidado en la institución asilar, produciéndose en forma reciente un cambio de paradigma que implicó el reconocimiento de las personas con padecimientos mentales como sujetos de derechos, nueva legislación en salud mental -4- y cambios en relación a los dispositivos de atención y cuidado, dando lugar destacado a los espacios de tratamiento dentro del ámbito sociofamiliar y considerando las internaciones como último recurso y de breve duración.

El supuesto del cuidado familiar continúa funcionando como una expectativa de la mayoría de las personas e instituciones, aunque cada vez encuentra más dificultades para corresponderse con la realidad de las familias dadas una serie de transformaciones que vienen operándose de manera sostenida desde hace varias décadas, que se abordarán a continuación. No obstante, cuando se plantea que el cuidado de las personas dependientes ha sido asumido históricamente por las familias, no debe omitirse la observación de que esta actividad no se distribuye equitativamente entre todos los miembros de las familias. Las encuestas sobre uso del tiempo, desde la década del 80 y hasta la actualidad (Benería, 2006), han puesto de manifiesto que son las mujeres de las familias las que realizan la mayor parte del trabajo de cuidar. Ahora bien, el último medio siglo ha mostrado un sostenido incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Ministerio de Trabajo de la Nación, 2016), a la vez que también se vienen produciendo modificaciones en la conformación de las familias: los últimos censos han mostrado que hay menos hogares de familias extensas y más familias nucleares, monoparentales o personas que viven solas (Torrado, 2003).

Lo anterior implica que, al interior de las familias, cada vez hay menos personas “disponibles” para cuidar: los grupos familiares son menos numerosos y las mujeres, tradicionales depositarias de este trabajo, se hallan más insertas en el mercado laboral. Al mismo tiempo, las transformaciones en los perfiles demográficos y epidemiológicos significan un aumento creciente de las personas dependientes, que presentan necesidades de cuidado de larga duración. Así, nos encontramos en un escenario en el cual a la vez que aumentan las demandas de cuidado disminuyen las personas disponibles para cuidar, escenario que ha sido definido por la CEPAL como de *crisis del cuidado* (CEPAL, 2009).

Este escenario presenta un desafío en términos de la generación de nuevas respuestas, en tanto el tratamiento tradicional de las necesidades de cuidado de las personas dependientes empieza a no ser acorde a las características actuales de la población y de los grupos familiares. Ello se observa en ciertas tensiones que surgen en las familias y en las instituciones entre problemáticas/demandas nuevas y expectativas/herramientas históricas, y que se expresan en dificultades para encontrar soluciones ante lo que aparece como una cierta “inexistencia” de institucionalidad adecuada (Gómez, 2013). En el campo de las instituciones de salud, estos fenómenos se expresan, por ejemplo, en el porcentaje de población con patologías crónicas internadas en los hospitales de agudos. Como sostienen Dulitzky y Schtivelband, en la Ciudad de Buenos Aires, “el 20% de las camas de hospitales de agudos están ocupadas por pacientes con estas patologías” (2007:21).

El impacto creciente de esta problemática excede la capacidad de respuesta del sector salud exclusivamente, y remite a la organización social y política del cuidado, la cual ha sido definida por Faur como “la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros acceden, o no, a ellos” (2014:18). Es decir, en la resolución de las demandas de cuidado intervienen una multiplicidad de actores, instituciones y sectores: de las políticas públicas -políticas de asistencia, salud, etc.-; de los servicios ofrecidos en el mercado y en las organizaciones de la sociedad civil; de todas las tareas domésticas visibles e invisibles que realizan las familias, entre otras instituciones diversas (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

En este escenario el Estado es un actor clave, ya que los sistemas de protección social abarcan una variedad de políticas y acciones capaces de promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas dependientes (CEPAL, 2017). La magnitud y alcance en la planificación de dichas acciones por parte del Estado reflejará el reconocimiento y la búsqueda por quitar la responsabilidad exclusiva del cuidado a las familias (ídem). En este sentido, la adhesión

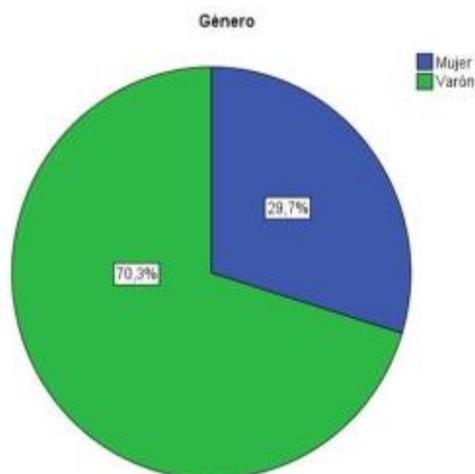
de nuestro país a diferentes instrumentos internacionales de Derechos Humanos crea un conjunto de derechos y demandas hacia la política pública en términos de respuestas hacia la situación de dichos sectores poblacionales.

### ¿Quiénes permanecen en los hospitales? Una aproximación al perfil de la población -5-

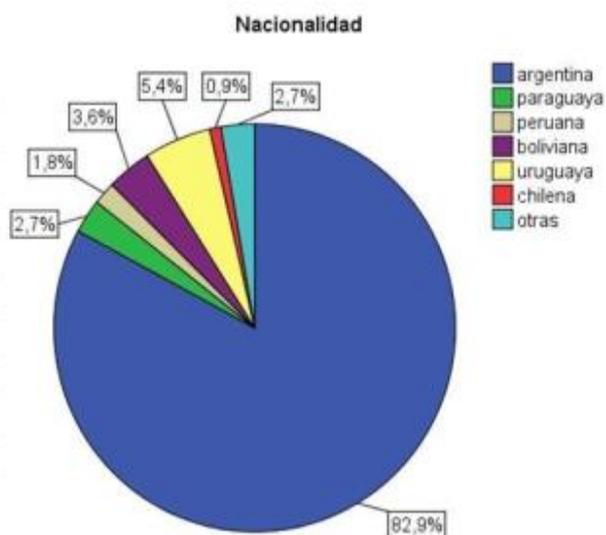
A continuación se caracterizará la situación social y se describirán las necesidades de cuidado de las personas que permanecen internadas en condiciones de alta, considerando especialmente niveles diferenciales de dependencia/autonomía para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Del relevamiento realizado surge que la mayor parte de las situaciones relevadas en este trabajo se corresponden a personas del sexo masculino. Se trata mayoritariamente de personas de nacionalidad argentina y residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	33	29,7
Varón	78	70,3
Total	111	100,0

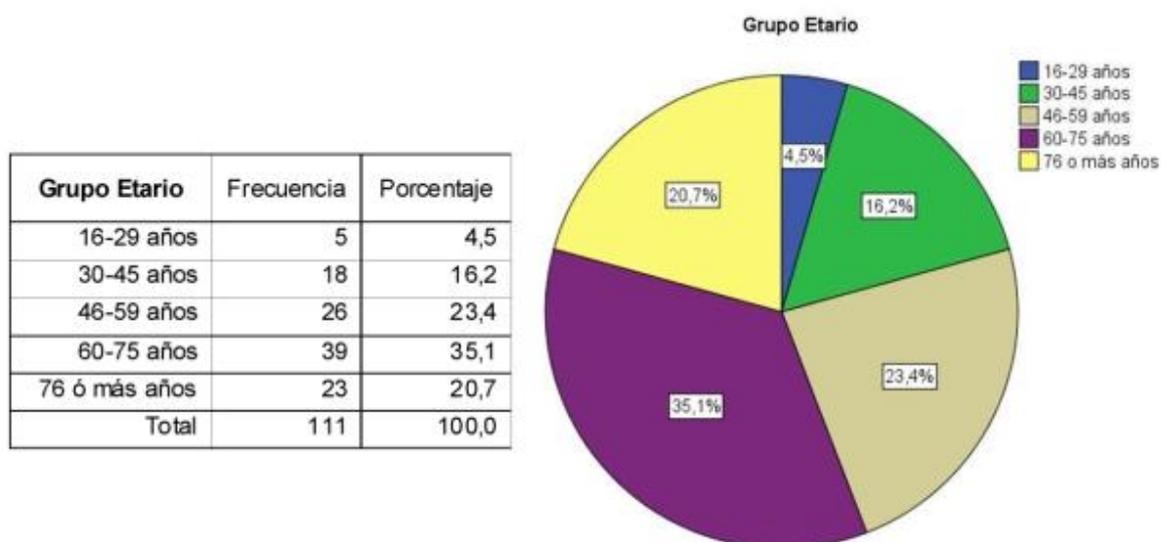


Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
argentina	92	82,9
paraguaya	3	2,7
peruana	2	1,8
boliviana	4	3,6
uruguaya	6	5,4
chilena	1	0,9
otras	3	2,7
Total	111	100,0



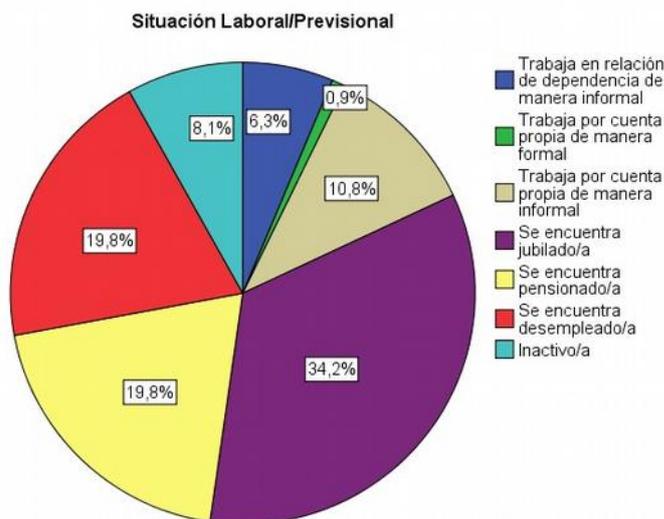


La edad media de la población es de 60,9 años, registrándose una edad máxima de 96 años y una mínima de 20. Se destaca que más de la mitad de la población que se encuentra en situación de internación prolongada corresponde a adultos mayores, es decir, a personas de 60 años o más si tomamos como referencia el corte etario que establece la política pública tanto del GCBA como de otras jurisdicciones para el acceso a programas y prestaciones.



No obstante este predominio de la población adulta mayor, observamos que una parte importante de las situaciones relevadas corresponde a personas en edad económicamente activa que ven interrumpidas sus posibilidades de trabajo ante una situación de salud compleja que, como veremos, implica la necesidad de atención, cuidados y/o demás prestaciones especiales.

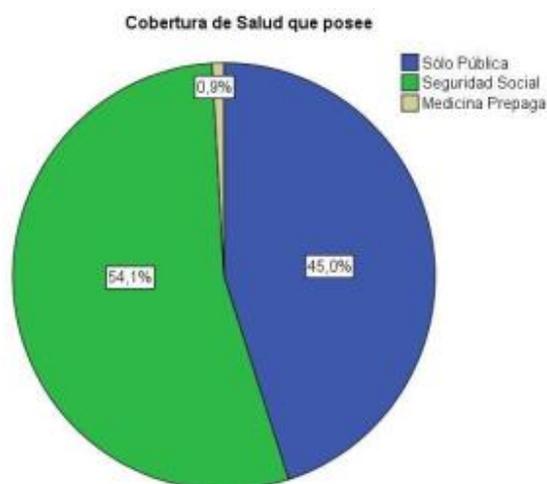
Situación Laboral/Previsional	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja en relación de dependencia de manera informal	7	6,3
Trabaja por cuenta propia de manera formal	1	,9
Trabaja por cuenta propia de manera informal	12	10,8
Se encuentra jubilado/a	38	34,2
Se encuentra pensionado/a	22	19,8
Se encuentra desempleado/a	22	19,8
Inactivo/a	9	8,1
Total	111	100,0

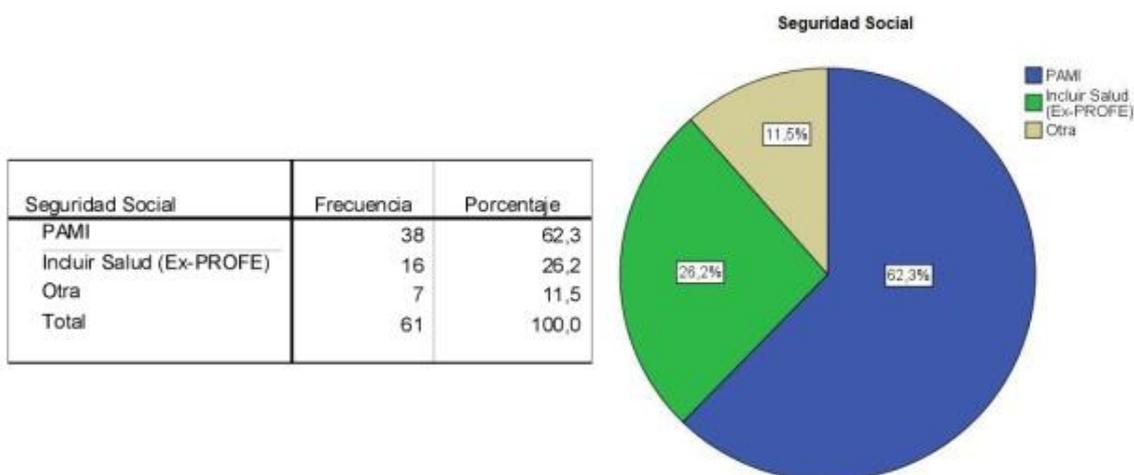


Como se observa, la mayoría de las personas en situación de internación prolongada son jubiladas y/o pensionadas. Asimismo, resulta significativa la cantidad de personas desocupadas y aquellas cuya inserción laboral es precaria y/o informal. Cabe destacar en este último caso que, al no encontrarse estos sujetos amparados por la legislación laboral vigente, la irrupción de la enfermedad y la situación de internación implican la suspensión de sus actividades laborales con la consecuente privación de sus ingresos. Esto puede conllevar un impacto significativo en las estrategias de satisfacción de necesidades cotidianas de sus familias, especialmente si quien se encuentra en esta situación era el/la principal aportante de ingresos.

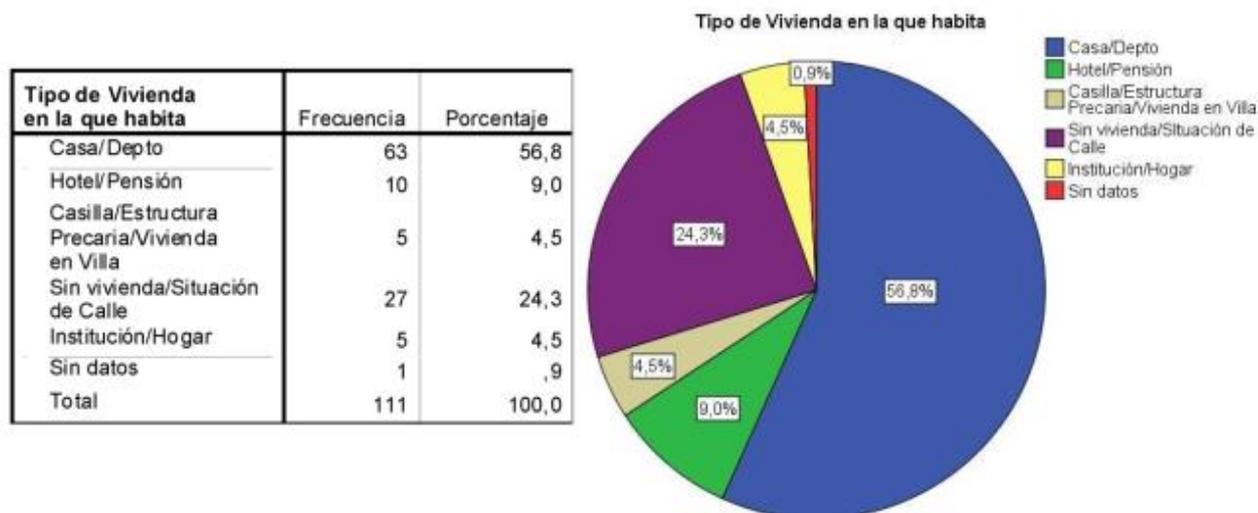
Más de la mitad de las situaciones relevadas corresponde a personas que se encuentran cubiertas por la seguridad social por ser jubiladas o pensionadas y el resto posee exclusivamente cobertura pública. Dentro de la seguridad social la mayoría pertenece a PAMI y el resto a “Incluir Salud” (Ex-Profe) -7-. La presencia de otras coberturas (obras sociales o empresas de medicina prepaga) resulta minoritaria.

Cobertura de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Sólo Pública	50	45,0
Seguridad Social	60	54,1
Medicina Prepaga	1	0,9
Total	111	100,0

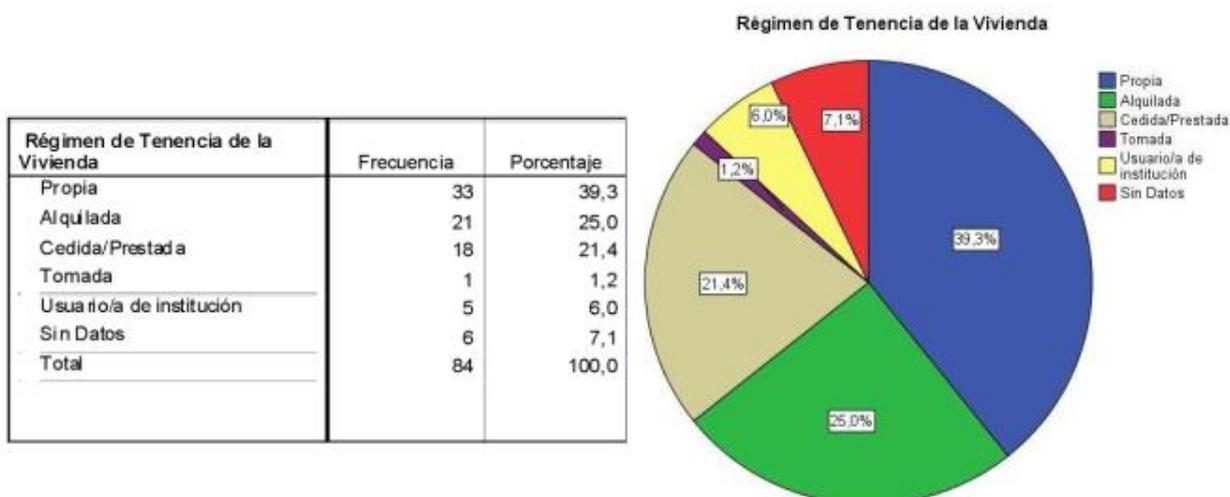




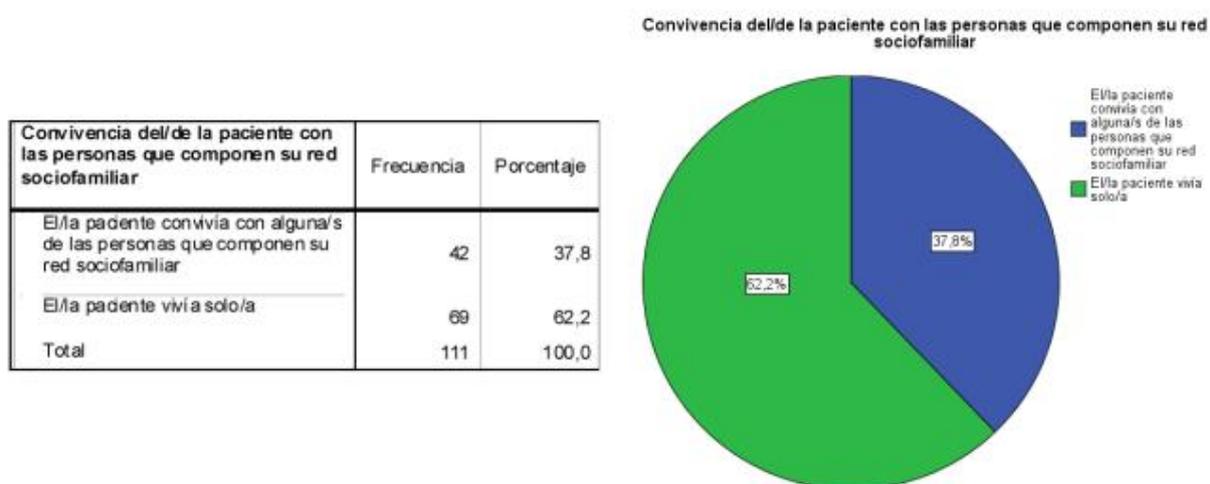
Respecto de la situación habitacional de las personas en situación de internación prolongada, si bien la mayoría vivía en una casa o departamento también es cierto que un número considerable de personas se encontraba en situación de calle al momento de su internación o provenía de viviendas precarias u hoteles/pensiones.



Asimismo, si observamos las condiciones de tenencia de dichas viviendas, encontramos que en la mayoría de los casos se trata de personas no propietarias, lo cual supone cierto nivel de inestabilidad de su situación habitacional, especialmente al momento de pensar en la organización de cuidados en el domicilio.



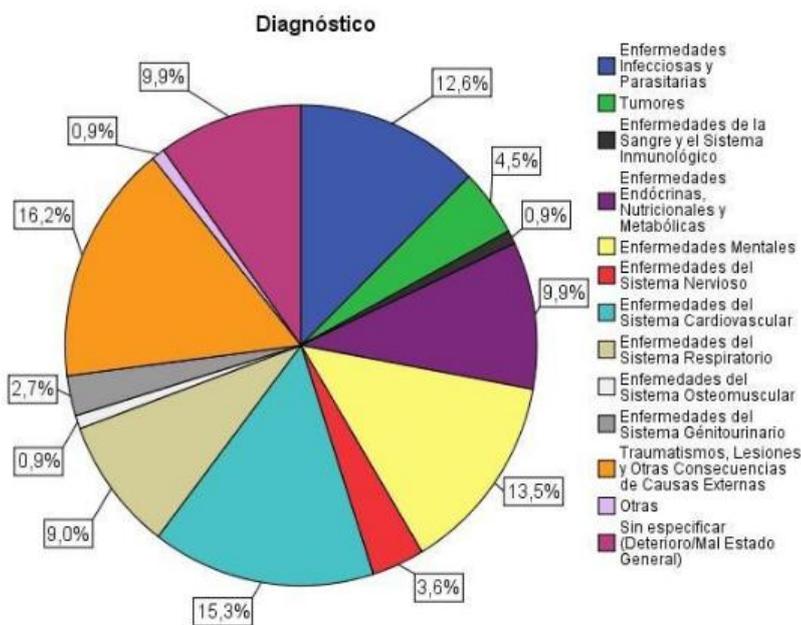
La mayoría de las personas internadas vivía sola hasta el momento previo a su hospitalización, es decir, no convivía con su red sociofamiliar. Esto resulta un dato relevante a la hora de pensar en el regreso del/de la paciente al domicilio.



Es decir, la mayoría de las personas del estudio llevaban adelante su vida de manera independiente, situación que, como se verá a continuación, en muchos casos se transforma radicalmente a partir del evento de salud que origina la internación. A partir de entonces, retornar a vivir solo/a en un domicilio no resulta una alternativa viable dadas las nuevas necesidades de cuidado y apoyo para las actividades cotidianas que surgen en la vida de estas personas. Ello implica una reorganización de la vida del sujeto, y de su red sociofamiliar en el caso que ésta asuma su cuidado.

Respecto de los eventos de salud atravesados por las personas del estudio, encontramos que los tres principales motivos de internación estaban constituidos por: enfermedades del sistema cardiovascular (casi exclusivamente accidentes cerebrovasculares); traumatismos, lesiones y otras consecuencias de causas externas (en su mayoría fracturas asociadas a caídas de propia altura, quemaduras, politraumatismos, etc.) y enfermedades mentales (en su mayoría demencia, adicciones, depresión, etc.) -8-. Cabe señalar que, dentro de las internaciones por padecimientos mentales, el motivo de internación más frecuente registrado en el Hospital Moyano está constituido por las descompensaciones psicóticas.

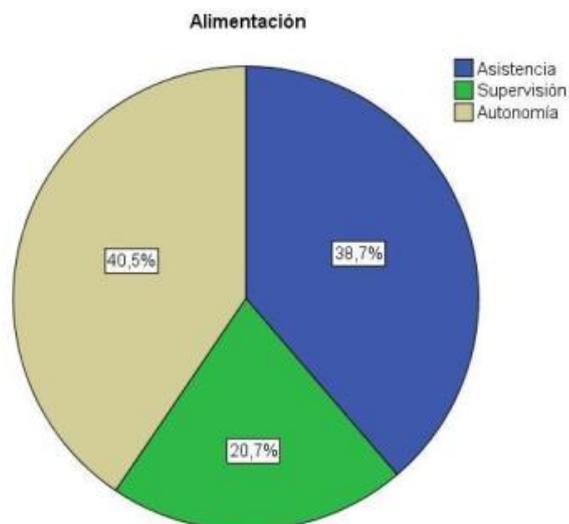
Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	14	12,6
Tumores	5	4,5
Enfermedades de la Sangre y el Sistema Inmunológico	1	,9
Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas	11	9,9
Enfermedades Mentales	15	13,5
Enfermedades del Sistema Nervioso	4	3,6
Enfermedades del Sistema Cardiovascular	17	15,3
Enfermedades del Sistema Respiratorio	10	9,0
Enfermedades del Sistema Osteomuscular	1	,9
Enfermedades del Sistema Génitourinario	3	2,7
Traumatismos, Lesiones y Otras Consecuencias de Causas Externas	18	16,2
Otras	1	,9
Sin especificar (Deterioro/Mal Estado General)	11	9,9
Total	111	100,0



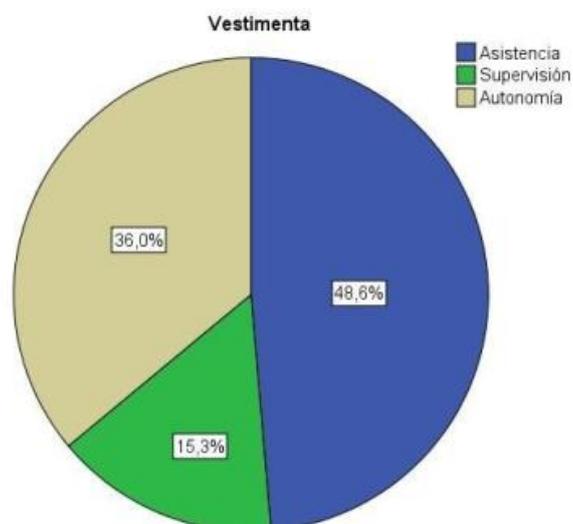
Como puede observarse, los diagnósticos de salud que determinaron la internación de estas personas resultan muy diversos. En este sentido, podemos afirmar que más allá de las distintas situaciones que llevan a estas personas a hospitalizarse, la problemática de la prolongación de sus internaciones se configura a partir de las necesidades de asistencia y cuidados que surgen luego (o a partir) del denominado “episodio agudo de enfermedad”, como se verá a continuación. En este sentido, muchas de las situaciones analizadas en el presente trabajo se caracterizan por una disrupción en la vida de los sujetos, en tanto el evento de salud agudo atravesado impacta en su nivel de autonomía y desorganiza su vida de un momento a otro, de manera inesperada; en otros casos el deterioro de las capacidades de las personas se da a lo largo del tiempo, hasta llegar a la situación en que es necesario un apoyo/cuidado continuo e intensivo. En particular, en lo atinente a los padecimientos de salud mental/adicciones, existen diversos factores (por ejemplo, lo que suele llamarse “conciencia de enfermedad”) que influyen en la posibilidad de sostener un nivel estable de salud y/o de sufrir recaídas recurrentes que implican reinternaciones y generación de deterioros progresivos a lo largo de los años.

En lo que atañe a las consecuencias del evento de salud que origina la internación, en términos de su incidencia en el nivel de autonomía psicofísica de las personas, se registran diversos impactos en la capacidad de desarrollar las actividades de la vida diaria sin apoyos **-9-**. Así, más de la mitad de la población del estudio requiere asistencia o supervisión para las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene, uso del baño, movilización y deambulacion, etc.), alcanzando valores entre un 60 y un 70% de acuerdo a la actividad de que se trate.

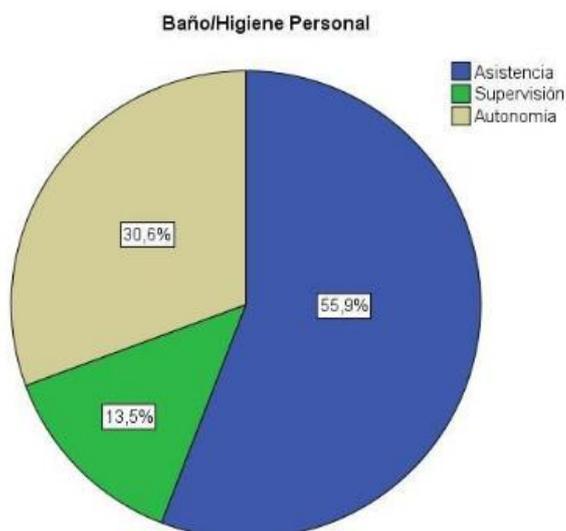
Alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia	43	38,7
Supervisión	23	20,7
Autonomía	45	40,5
Total	111	100,0



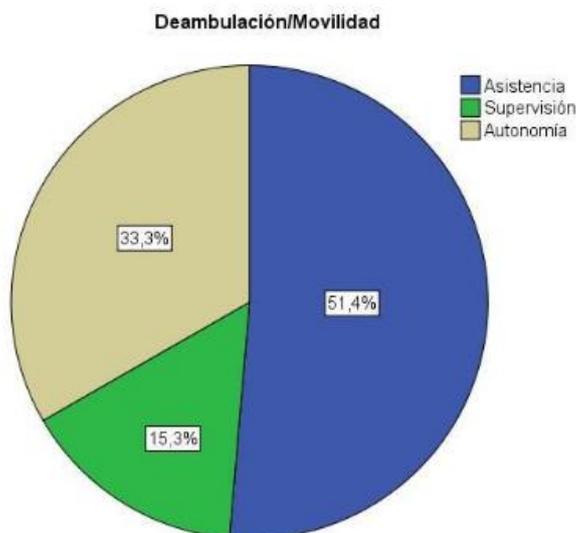
Vestimenta	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia	54	48,6
Supervisión	17	15,3
Autonomía	40	36,0
Total	111	100,0



Baño/Higiene Personal	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia	62	55,9
Supervisión	15	13,5
Autonomía	34	30,6
Total	111	100,0

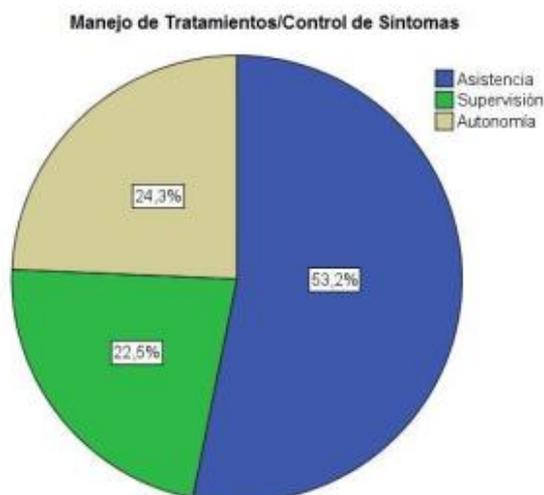


Deambulaci3n /Movilidad	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia	57	51,4
Supervisi3n	17	15,3
Autonomía	37	33,3
Total	111	100,0

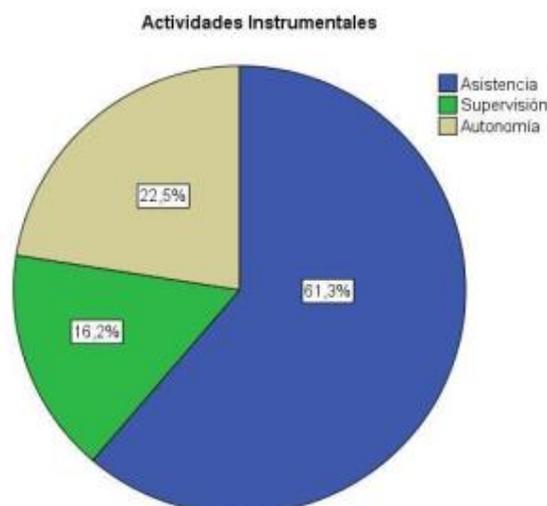


Ya en las actividades que presentan un mayor nivel de complejidad, como el control de la salud (administraci3n de tratamientos, control de sntomas, etc.) y las actividades instrumentales de la vida diaria (que implican interacci3n social y tareas como traslados, compras, trámites, manejo de dinero, etc.), los niveles de poblaci3n que requieren asistencia o supervisi3n ascienden a valores entre un 76 y un 78%.

Manejo de Tratamientos/ Control de Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia	59	53,2
Supervisi3n	25	22,5
Autonomía	27	24,3
Total	111	100,0



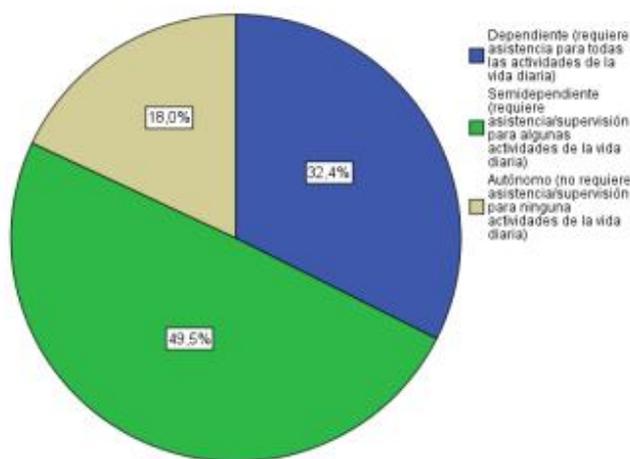
Actividades Instrumentales	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia	68	61,3
Supervisi3n	18	16,2
Autonomía	25	22,5
Total	111	100,0



Si agrupamos en un índice estas actividades, considerando dependientes a aquellas personas que requieren asistencia para todas las actividades de la vida diaria, semidependientes a aquellas que requieren asistencia o supervisión en algunas de las actividades de la vida diaria, y autónomas a las que no requieren de apoyo alguno, veremos que el 82% requiere un apoyo parcial o total para el desarrollo de las actividades cotidianas, es decir son semidependientes o dependientes **-10-**.

Nivel de Dependencia (Actividades de la Vida Diaria Agrupadas)

Nivel de Dependencia (Actividades de la Vida Diaria Agrupadas)	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente (requiere asistencia para todas las Actividades de la Vida Diaria)	36	32,4
Semidependiente (requiere asistencia/supervisión para algunas Actividades de la Vida Diaria)	55	49,5
Autónomo (no requiere asistencia/supervisión para ninguna Actividades de la Vida Diaria)	20	18,0
Total	111	100,0



### Recursos y servicios de cuidado ¿Qué ofrecen los distintos actores sociales involucrados?

A continuación se describirán los recursos/servicios de cuidado ofrecidos por la política pública, la seguridad social, la sociedad civil y el mercado vinculados a la población del estudio (principalmente, personas con discapacidad -incluida la población con padecimientos mentales- y adultas mayores) **-11-**. Se hará hincapié en las condiciones de acceso a los mismos, en la población a la que se dirigen y en las características de las prestaciones brindadas. Ello nos permitirá conocer con qué recursos/servicios cuentan efectivamente las redes sociofamiliares de las personas que se encuentran en situación de internación prolongada para atender a las necesidades de cuidado de éstas.

### Asignaciones monetarias y provisión de medicación/insumos/equipamientos -12-

Para las personas adultas mayores existen políticas pertenecientes al régimen previsional y también políticas de asistencia específicas (cuyo otorgamiento y renovación dependen de la evaluación que realizan los profesionales de la institución que corresponda en cada caso).

Aquellos que se desempeñaron en el mercado de trabajo formal, a partir de 65 años los varones y de 60 años las mujeres, podrán acceder a una jubilación, siendo el haber mínimo \$ 6.394,85. Aquellos que se encontraban por fuera del mercado laboral formal (a partir de 65 años varones y mujeres, y con una residencia de 20 años en el país para las personas extranjeras) pueden acceder a una pensión universal, cuyo importe es de \$ 5.115,88.

En términos de políticas de asistencia, a nivel estatal encontramos el Programa “Vivir en Casa”, que brinda una transferencia monetaria para gastos relacionados a la vivienda en la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Se dirige a personas a partir de 60 años en situación de pobreza o vulnerabilidad, siendo el monto máximo otorgado de \$ 3.300 mensuales.

En el campo de la seguridad social, PAMI ofrece una serie de subsidios (para necesidades alimentarias, habitacionales, entre otras) a los afiliados que acrediten insuficiencia económica y carezcan de familia o cuenten con familia con insuficiente/nula capacidad de ayuda, variando los montos otorgados entre valores de \$ 90 a \$ 650 mensuales **-13-**.

Para las personas con discapacidad también existen políticas pertenecientes al régimen previsional y políticas de asistencia específicas (cuyo otorgamiento y renovación igualmente dependen de la evaluación que realizan los profesionales de la institución que corresponda en cada caso).

Aquellos insertos en el mercado de trabajo formal que adquieren una discapacidad (siempre que acrediten más de un 66% de “incapacidad laboral”) pueden acceder a una Jubilación anticipada o “retiro por invalidez”, cuyo monto se establece entre 50%-70% del salario percibido. Aquellos que se hallan por fuera del mercado laboral formal y no cuentan con otros ingresos/bienes (y con una residencia de 20 años en el país para las personas extranjeras) que adquieren una discapacidad (siempre que acrediten más de un 76% de “incapacidad laboral”) pueden acceder a una Pensión No Contributiva por Invalidez, cuyo valor es de \$ 4.464. Asimismo, aquellos que tienen a cargo un hijo/a con discapacidad, más allá de su situación laboral/económica, pueden acceder a una “asignación por hijo con discapacidad” (sin límite de edad del hijo), siendo el valor de la misma de \$ 4.064.

Las políticas de asistencia, a nivel del Estado local **-14-**, consisten básicamente en la provisión de medicación/insumos/equipamientos ortopédicos y, en el caso de personas con padecimiento mental, de subsidios para la vivienda **-15-** (cuyo monto es de \$ 4000 mensuales), siempre que vivan en CABA y no cuenten con cobertura de obra social.

### Servicios de Cuidado -16-

A continuación describiremos brevemente la oferta de servicios de cuidado existente en el Estado, en la esfera de la seguridad social, en el campo de la sociedad civil y en el mercado, tanto para la población adulta mayor como para la población con discapacidad.

#### - Esfera del Estado

A nivel local, los servicios destinados a la población adulta mayor incluyen apoyo domiciliario, centros de día y hogares geriátricos. El acceso y la permanencia en los mismos, además del cumplimiento de requisitos formales (tener 60 años o más, acreditar domicilio en CABA y no contar con cobertura de obra social) están supeditados en todos los casos a evaluaciones por parte de los equipos profesionales correspondientes.

El Programa de “Acompañantes Gerontológicos Domiciliarios y Hospitalarios” ofrece 9 horas semanales de asistencia gerontológica domiciliaria (u hospitalaria, si la persona se hallase internada) a personas autoválidas o con dependencia leve en situación de vulnerabilidad social **-17-**. Los “Centros de Día” brindan alimentación, atención por profesionales, talleres y actividades de esparcimiento durante jornada completa a personas autoválidas e “independientes” para las actividades de la vida diaria. Los Hogares de Residencia Permanente ofrecen alojamiento a personas en situación de vulnerabilidad social con distinto nivel de dependencia (autoválidos, semidependientes y dependientes). A nivel nacional, también la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores ofrece hogares geriátricos para personas con diferentes niveles de dependencia sin cobertura de obra social o que estén incluidas en el Programa “Incluir Salud” (Ex-Profe).

Para el cuidado de las personas con discapacidad, a nivel local, existen básicamente dos políticas sociales: hogares y acompañantes personales. También aquí, el acceso y la permanencia en los mismos, además del cumplimiento de requisitos formales (contar con certificado de discapacidad, domicilio en CABA y no contar con cobertura de obra social) están supeditados en todos los casos a evaluaciones por parte de los equipos profesionales correspondientes.

Los Hogares para Personas con Discapacidad ofrecen alojamiento transitorio (pero no cuidados) a personas con discapacidad, “autoválidas”, que acrediten vulnerabilidad social y “emergencia habitacional” (típicamente, situación de calle). El “Programa de Apoyo para la Vida Independiente” brinda un subsidio económico para la contratación de 6 horas semanales de acompañamiento por asistentes personales a aquellas personas con discapacidad que no presenten elevados niveles de dependencia.

Los servicios vinculados a salud mental **-18-** a nivel local incluyen dispositivos de alojamiento transitorio, espacios de inserción laboral/rehabilitación y acompañantes terapéuticos; nuevamente, el ingreso y permanencia en los dispositivos, en todos los casos, es evaluado por los profesionales correspondientes.

Las “residencias protegidas” y “casas de medio camino” ofrecen alojamiento (con mayor o menor acompañamiento de profesionales/operadores, respectivamente) por un tiempo determinado, supeditado a objetivos de rehabilitación psicosocial, a personas autoválidas, con trastornos mentales severos estabilizados y sin familia que pueda brindar contención/vivienda. Los espacios de inserción laboral/rehabilitación (talleres protegidos, emprendimientos sociales, hospital de día, entre otros **-19-**) ofrecen actividades laborales, formativas, artísticas, etc. asociadas a objetivos de rehabilitación, en general durante media jornada, a personas con sufrimiento psíquico autoválidas o con dependencia leve. La prestación de acompañamiento terapéutico consiste en una cantidad variable (según prescripción del equipo tratante) de horas semanales de acompañamiento domiciliario (u hospitalario, si la persona se hallase internada) para el sostén del tratamiento, realización de gestiones y participación en actividades de distinta índole (culturales, sociales, recreativas, etc.), dirigida a personas autoválidas o con dependencia leve.

Considerando lo expuesto hasta aquí, es posible concluir que para las personas adultas mayores que presentan cierto nivel de dependencia (parcial o total), y en consecuencia necesidades de cuidado continuo, la única alternativa es la institucionalización, ya que los demás servicios que componen la oferta de cuidado para esta población (centros de día y acompañantes gerontológicos) se destinan a aquellos que son autoválidos. A diferencia de ello, para las personas con discapacidad dependientes (menores de 60 años) no resulta viable ni siquiera la institucionalización, ya que todas las políticas orientadas a la población con discapacidad (incluida la población con padecimiento mental) se dirigen a aquellos con menores requerimientos de cuidado.

De este modo, las familias de las personas adultas mayores dependientes se ubican en la disyuntiva de asumir completamente su cuidado, sin asistencia para ello, o institucionalizar a la persona -esto es, realizar su ingreso a un hogar de residencia permanente-. Por su parte, las familias de las personas con discapacidad menores de 60 años (incluidas aquellas con sufrimiento psíquico) se encuentran virtualmente sin respuestas de la esfera pública en lo atinente a los cuidados que deben afrontar, debiendo asumir los mismos (si ello es posible) sin apoyo alguno.

#### - Esfera de la Seguridad Social

En el campo de la seguridad social, examinaremos únicamente la oferta existente por parte de la obra social PAMI y por parte del Programa “Incluir Salud” (Ex-Profe), ya que resultan los más relevantes para la población del estudio. Una vez más, el otorgamiento y renovación de las prestaciones depende de la evaluación que realizan los profesionales de la institución correspondiente.

La obra social PAMI cuenta con una amplia oferta en términos de cuidado: actividades educativas/recreativas, acompañantes terapéuticos, hogares y cuidadores domiciliarios. Las actividades educativas/recreativas (desarrolladas en centros de día, universidades, entre otros espacios) se dirigen a aquellos afiliados con menores niveles de dependencia. A diferencia de ello, los servicios de acompañamiento terapéutico y de hogar/cuidado domiciliario se dirigen a personas con diferentes niveles de dependencia, dependiendo el acceso en el primer caso de indicación médica, y en los otros dos casos de acreditar problemática sociosanitaria, insuficiencia económica y ausencia de familia o familia con insuficiente/nula capacidad de ayuda. La prestación de hogar ofrece alojamiento permanente en establecimientos geriátricos o para personas con discapacidad, mientras que la prestación de cuidado domiciliario se brinda mediante la asignación de un subsidio económico de \$ 1300 mensuales **-20-** para la contratación del servicio.

Por su parte, el Programa “Incluir Salud” (Ex-Profe) cuenta con una oferta de cuidados que consiste principalmente en el dispositivo de hogar, tanto para personas con discapacidad como para adultos mayores, más allá de su nivel de dependencia.

Atento a lo expuesto, puede inferirse que la alternativa existente en términos de cuidados para las personas dependientes que cuentan con cobertura de la seguridad social está constituida principalmente por la institucionalización de las personas: en el caso de “Incluir Salud” (Ex-Profe) porque no existe otro tipo de oferta; en el caso de PAMI porque los montos otorgados para solventar el cuidado en domicilio resultan irrelevantes respecto de los costos del cuidado en el mercado, como se verá más adelante.

#### - Esfera de la Sociedad Civil

En la órbita de las organizaciones de la sociedad civil la oferta existente en términos de servicios de cuidado se reduce a la prestación de hogares, dirigidos éstos no a grandes grupos de población (como podría ser “adultos mayores”, “personas con discapacidad”) sino a poblaciones específicas: personas en situación de calle, personas que viven con VIH, personas en final de vida, entre otros. En todos los casos el acceso a este servicio depende de la evaluación realizada por los profesionales de la institución, como así también de acreditar la situación de pobreza y la ausencia de familia que pueda tomar a cargo el cuidado de la persona, además de otros requisitos propios de cada institución, en cada caso diferentes. En general, la “autovalidez” suele ser un criterio de elegibilidad, ya que este tipo de dispositivos ofrece alojamiento pero no cuenta con personal que pueda brindar apoyo. Una excepción a lo anterior la constituyen los Hospices, que alojan a personas que padecen enfermedades con pronóstico de vida limitado (no mayor a 6 meses y sin tratamiento médico activo). Dadas las características de esta población, que cursa una enfermedad terminal, existe soporte de enfermería y de cuidados para asistir a las personas.

De lo expresado se sigue que la oferta de cuidado, en la órbita de la sociedad civil, es segmentada (es decir, cada institución recorta segmentos muy pequeños de población a los que se dirige) y se orienta en su mayoría a personas “autoválidas”. De este modo, no ofrece alternativas viables para las familias que deben ver cómo resolver los cuidados de una persona dependiente pero que aún no se encuentra en el final de su vida.

#### - Esfera del Mercado

En la órbita del mercado existe una amplia y diversificada oferta de servicios de cuidado: cuidadores que trabajan por cuenta propia en domicilios (desde personas sin formación hasta personas formadas en enfermería), centros de día donde concurrir durante media jornada o jornada completa de lunes a viernes, e instituciones de tipo hogar, para adultos mayores o personas con discapacidad. El acceso a estos recursos está únicamente determinado por la capacidad económica de las familias; no obstante, como se verá a continuación, el costo de este tipo de servicios implica que no resulte una alternativa viable para amplios sectores de población.

En lo que atañe al servicio de cuidado de personas en domicilio, el monto mínimo estipulado es de \$ 61,50 la hora y \$ 7924,50 el mes para la modalidad de trabajo “con retiro” (esto es, no “cama adentro”) -21-. Asimismo, de la información consultada de personas que se ofrecen como cuidadoras de manera autónoma (en folletos publicitarios, en el sitio web “mercado libre”, etc.), se desprende que el monto de la hora de cuidado oscila entre un mínimo de \$ 50 y un máximo de \$ 80, con un valor promedio de \$ 67,40, muy cercano a la paritaria mencionada -22-. A su vez, la contratación de acompañantes terapéuticos tiene un valor que oscila entre \$ 120 y \$ 150 -23-. Por otra parte, el servicio de centro de día tiene un valor establecido de \$ 14.930 mensuales en promedio -24-, mientras que para la prestación de hogar el valor es de \$ 20.800 mensuales en promedio -25-, si bien puede alcanzar valores de mercado que oscilan entre \$ 18.000 y \$ 35.000 mensuales, de acuerdo con la ubicación en la Ciudad y la diversidad de servicios ofrecidos, como así también de acuerdo a las necesidades asistenciales y requerimientos específicos de la persona (cabe señalar que estos montos no incluyen medicación e insumos, como por ejemplo pañales, que deben ser provistos por la familia de la persona allí alojada) -26-.

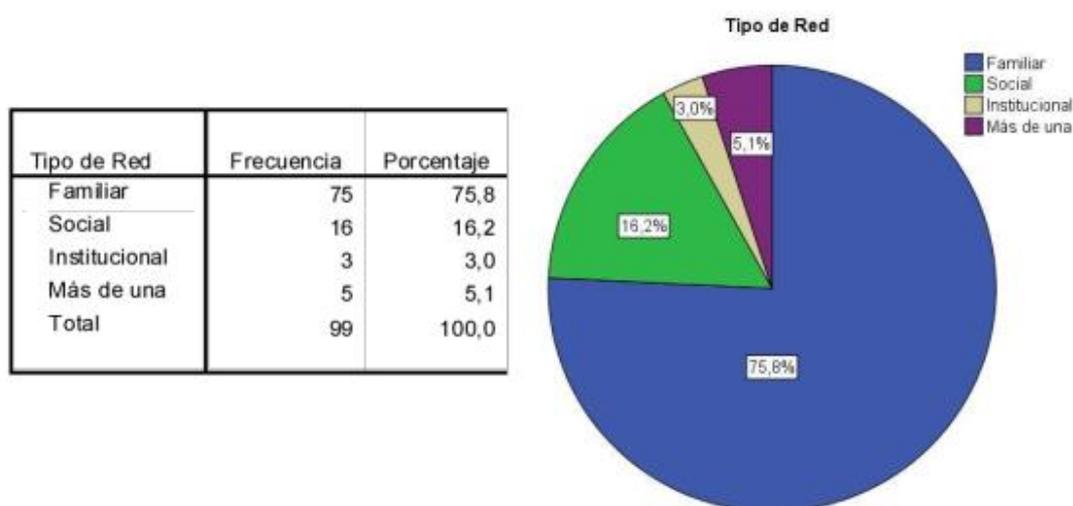
Si consideramos que el salario mínimo en el período analizado alcanzaba un valor de \$ 8.060 -27-, y la jubilación mínima \$ 6.394,85 (y que PAMI brinda \$ 1300 mensuales para la contratación de cuidadores), resulta claro que para una gran cantidad de familias resulta inaccesible la contratación no sólo del servicio de hogar o centro de día sino también de cuidado domiciliario/acompañamiento terapéutico en situaciones de dependencia elevada, ya que las mismas implican asistencia/apoyo durante varias horas, todos los días.

### **Acerca de las redes sociofamiliares. Características y posibilidades diferenciales**

A continuación se analizarán las posibilidades de organización de los cuidados de las redes sociofamiliares de las personas en situación de internación prolongada, considerando sus características y condiciones diferenciales. En principio cabe señalar que la mayoría de las personas que atraviesan internaciones prolongadas cuenta con algún tipo de red sociofamiliar de apoyo, siendo minoritaria la situación de aquellos sujetos que no tienen ningún tipo de red que los acompañe.

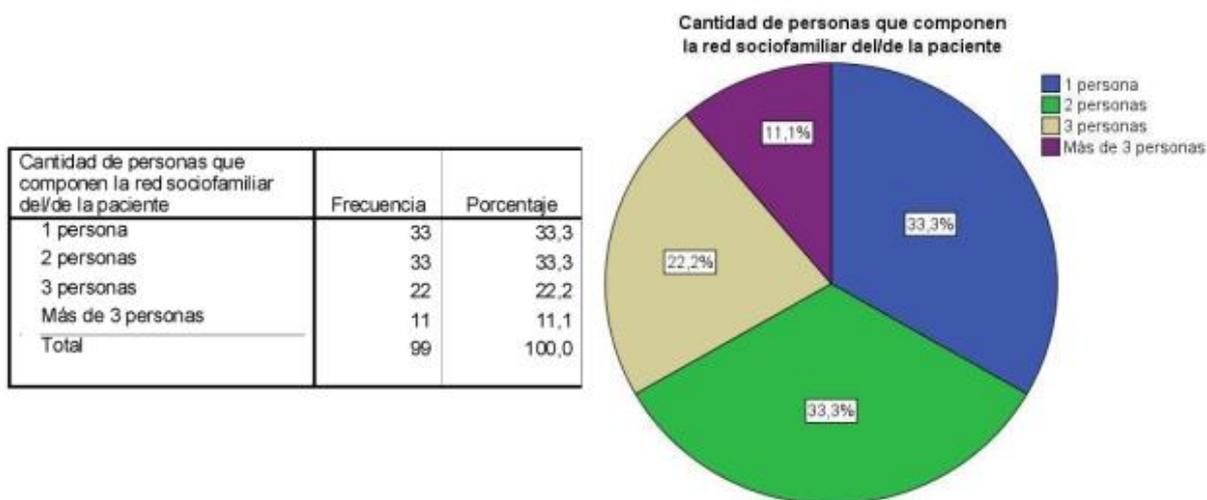


Asimismo, la mayor parte de estas redes está compuesta por personas ligadas por alguna forma de parentesco. Es importante señalar que el contar con este apoyo en la mayoría de las situaciones no resuelve o puede responder cabalmente a los requerimientos de cuidado que la situación de salud presenta. Si bien analizaremos esta cuestión con mayor profundidad más adelante, podemos adelantar aquí que las limitaciones para responder a los requerimientos de cuidado por parte de la red pueden deberse a la complejidad de esos requerimientos (en cantidad de horas diarias, en recursos económicos, en necesidad de conocimiento técnico para brindarlos, en cuanto a la cronicidad de los mismos, etc.) como a que esta red sociofamiliar puede encontrarse también en situación de vulnerabilidad social, entre otras razones.



Si bien es minoritaria la situación de aquellos que cuentan con otro tipo de redes (vecinos/as, amigos/as, compañeros/as de trabajo, ex parejas, agentes institucionales) debemos señalar aquí que las posibilidades de brindar sostén de estas últimas suele resultar muy limitada, especialmente en términos de prestar alojamiento o cuidados intensivos. No obstante, estas personas son muchas veces convocadas por el personal de salud para “hacerse cargo” del paciente.

En términos del “tamaño” de las redes sociofamiliares, la mayoría de los/as pacientes cuenta con apenas 1 ó 2 personas. En pocos casos cuentan con 3 personas y en muchos menos con un mayor número de personas de referencia.



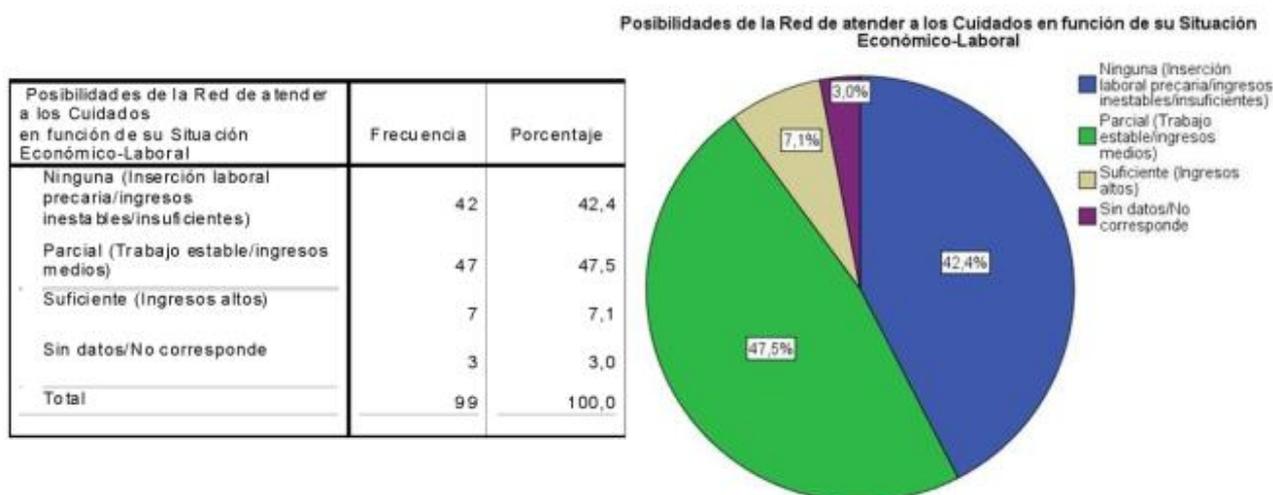
En relación con esto, podemos pensar que la expectativa de que *la familia se tiene que llevar al/ a la paciente* entraña una idea de “familia” cuya configuración no se corresponde exactamente con las redes sociofamiliares de varias de las personas internadas. Queda claro, a partir de los datos relevados, que el conjunto de referentes afectivos de estas personas (por lo menos el conjunto que se hace conocido por la institución hospitalaria) no es extenso (en general, son apenas 1 ó 2 personas, como se señaló). Si además consideramos que la mayoría de estas personas, como se verá a continuación, trabajan de forma remunerada o bien cuidan a otras personas, sus posibilidades de asumir el cuidado de los y las pacientes son, en principio, relativas.



Si bien la mayoría de las personas en situación de internación prolongada son varones, la mayor parte de las redes sociofamiliares, como se observa, está compuesta por mujeres. En este sentido, no debemos perder de vista que cuando desde las instituciones de salud se convoca a los familiares a asumir tareas de cuidado, es generalmente hacia las mujeres que se dirige y/o delega esta responsabilidad. En este sentido, se evidencia aquello que diferentes estudios sobre el tema han

caracterizado en términos de feminización de las responsabilidades de cuidado en nuestra sociedad (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Pautassi, 2007; entre otros).

En términos de las posibilidades de las redes sociofamiliares para asumir los cuidados, abordaremos en primer lugar aspectos económicos y de uso del tiempo de las personas que componen estas redes.



Como se observa, las posibilidades de asistencia económica por parte de las redes sociofamiliares son en un 90% relativas o nulas. Es decir que en muy pocos casos los/as pacientes cuentan con referentes afectivos en condiciones de sostener económicamente las necesidades de éstos y de hacer frente a los costos que entraña el cuidado de largo plazo de personas adultas dependientes, sin ayuda de otras instancias. Ello se debe a que, en algunos casos, las personas que componen la red sociofamiliar de los pacientes del estudio presentan una inserción precaria y/o informal en el mundo del trabajo (en el empleo doméstico por horas, en la construcción por días); en otros casos se encuentran desempleadas (tanto en esta circunstancia como en la anterior, los referentes familiares no cuentan con cobertura de obra social que puedan hacer extensiva a la persona que se encuentra internada); por último, otros cuentan con una pensión o jubilación mínima como único ingreso familiar.

En este punto, debemos señalar que la inserción laboral en el sector informal de la economía, el acceso a pensiones o jubilaciones mínimas o la misma situación de desempleo suponen casi invariablemente que los ingresos con que cuentan estos grupos familiares son sumamente precarios y reducidos -en algunos casos apenas suficientes para subsistir diariamente- resultando totalmente insuficientes para asistir a otra persona con requerimientos complejos de salud y atención. En consecuencia, muchas veces las familias, más allá de sus intenciones, no disponen de los recursos económicos para poder afrontar los costos del cuidado (que implican por ejemplo la compra de pañales, de medicación, la adaptación del hogar, la contratación de traslados en taxi o remise para controles de salud) y mucho menos para contratar cuidadores domiciliarios, acompañantes terapéuticos o acceder a una internación en instituciones especializadas, sobre todo si se tienen en cuenta los costos de estos servicios, señalados anteriormente en este trabajo.

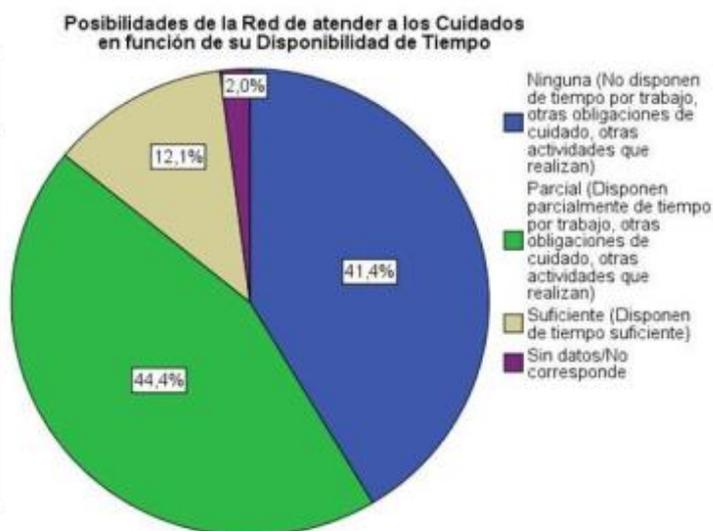
Asimismo, en muchos casos se registra que las personas que componen la red sociofamiliar de los/as pacientes viven en lugares no adecuados para alojar a una persona adulta mayor o con discapacidad que requiere asistencia cotidiana y que tiene muchas veces limitada su movilidad. Lo anterior se hace patente en los casos en que las personas viven en habitaciones que alquilan en hoteles-pensión o en construcciones en barrios precarios/villas, como así también en los casos en

que éstas viven en un espacio (típicamente una habitación) cedido o prestado por un tercero que no entraña la posibilidad de alojar junto a ellos a la persona que requiere cuidados.

En definitiva, podemos señalar que más allá de las intenciones de asumir el cuidado, en algunos casos sería necesario además adaptar la vivienda para poder alojar allí a una persona adulta dependiente, y en otros casos sería necesario directamente mudarse a otro lugar en condiciones adecuadas. Ambas estrategias de muy difícil acceso dado su costo elevado en relación con el nivel de ingresos de estas familias.

En relación con el uso y disposición del tiempo, en un 85% de los casos las personas que componen la red sociofamiliar de los/as pacientes no disponen del tiempo suficiente para asumir cabalmente el cuidado. En algunos casos, porque trabajan de forma remunerada (actividad que insume varias horas del día, siendo “irreconciliable” con la dedicación al cuidado de una persona dependiente, tarea que también insume varias horas del día); en otros, por las obligaciones de cuidado que existen previamente (se registran situaciones de personas con varios hijos pequeños u otras personas mayores o con discapacidad a cargo, cuyo cuidado ya insume mucha dedicación horaria y física, generando que no tengan capacidad de absorber el cuidado de una mayor cantidad de personas).

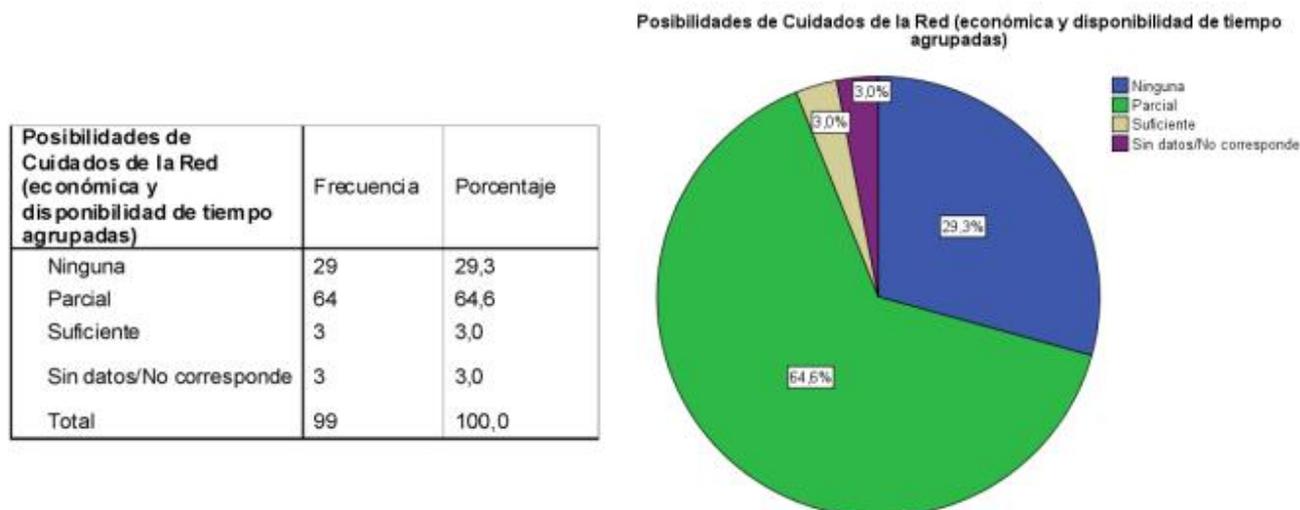
Posibilidades de la Red de atender a los Cuidados en función de su Disponibilidad de Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna (No disponen de tiempo por trabajo, otras obligaciones de cuidado, otras actividades que realizan)	41	41,4
Parcial (Disponen parcialmente de tiempo por trabajo, otras obligaciones de cuidado, otras actividades que realizan)	44	44,4
Suficiente (Disponen de tiempo suficiente)	12	12,1
Sin datos/No corresponde	2	2,0
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>



En este marco, la pregunta *¿por qué la familia no se lleva al/a la paciente?*, que suele escucharse en las salas de internación de los hospitales, y que expresa el supuesto de que la institución familiar siempre estará allí para cuidar a sus miembros en momentos de enfermedad, discapacidad, vejez, etc. (esto es, que en las familias siempre habrá personas “disponibles” y en condiciones para ocuparse a tiempo completo del cuidado de otro/s) se revela muchas veces (y podríamos arriesgar, cada vez más) incongruente con la realidad de muchas familias, que responden a la misma con la pregunta *sí, nos lo/a llevamos, pero ¿quién lo/a cuida?*, ilustrando la dificultad de conjurar uno de los elementos principales del cuidado: el tiempo.

Recapitulando lo planteado hasta aquí, si consideramos agrupadamente la disponibilidad de tiempo y dinero suficientes por parte de las redes sociofamiliares, veremos que en el 65% de los casos relevados la capacidad de brindar apoyo de la red es parcial (es decir, pueden proveer a

algunas necesidades, pero no se encuentran en condiciones de dar respuesta a todas las necesidades que presenta la persona). Si sumamos este porcentaje al de las redes con ninguna capacidad de apoyo (el 29%), encontramos que el 94% de las redes sociofamiliares no pueden resolver por sí mismas las necesidades de cuidado de los/as pacientes.

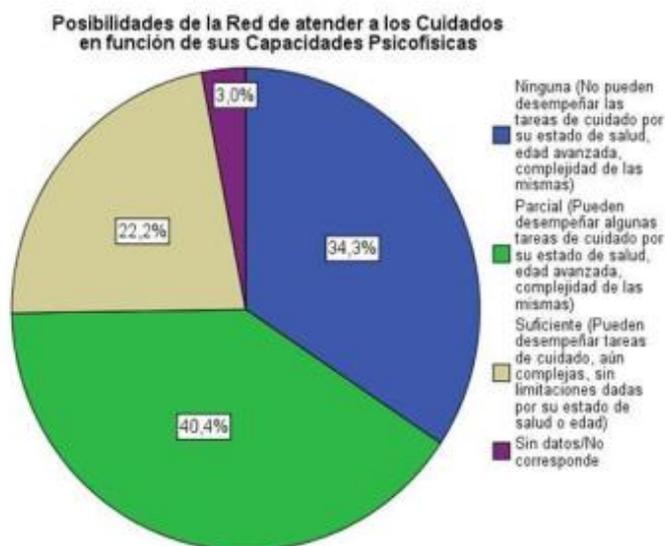


Es interesante destacar que en la mayoría de los aspectos hasta aquí analizados en relación con los cuidados, la posibilidad de sostén “parcial” por parte de las redes sociofamiliares es mayor que aquellos casos en que es directamente “nula”. Ello parece indicarnos que si estas redes sociofamiliares contaran con algún apoyo externo (de recurso monetario o humano) quizás podrían asumir el cuidado de los sujetos del estudio.

En el contexto actual, y al referirnos al apoyo “parcial”, encontramos que aquello que sí pueden afrontar la mayoría de las redes sociofamiliares de los/as pacientes incluye la realización de trámites o gestiones diversas, y en algunos casos brindar alguna asistencia económica o habitacional puntual y acotada, además del sostén afectivo.

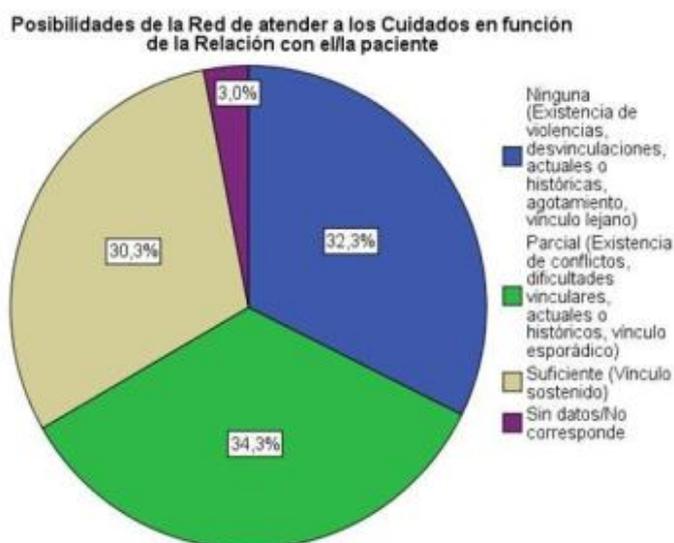
Otro aspecto a señalar es que en un importante número de casos se da además que algunas de las personas que componen la red sociofamiliar de los/as pacientes no pueden asumir las responsabilidades de cuidado directo debido a sus propios problemas de salud o debido a su edad avanzada. Esto es, no cuentan con la capacidad física para realizar una tarea que requiere esfuerzos concretos (como levantar, rotar o trasladar a personas adultas limitadas en su movilidad, por ejemplo). Incluso se presentan situaciones en las que los/as referentes afectivos son personas que requieren a su vez del cuidado de otros/as. Una vez más, este dato resulta interesante a la hora de pensar a quiénes se convoca desde las instituciones de salud a asumir la responsabilidad de brindar cuidados a personas dependientes.

Posibilidades de la Red de atender a los Cuidados en función de sus Capacidades Psicofísicas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna (No pueden desempeñar las tareas de cuidado por su estado de salud, edad avanzada, complejidad de las mismas)	34	34,3
Parcial (Pueden desempeñar algunas tareas de cuidado por su estado de salud, edad avanzada, complejidad de las mismas)	40	40,4
Suficiente (Pueden desempeñar tareas de cuidado, aún complejas, sin limitaciones dadas por su estado de salud o edad)	22	22,2
Sin datos/No corresponde	3	3,0
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>



Finalmente, no podemos dejar de señalar que en más de la mitad de las situaciones relevadas en este trabajo los/as pacientes con internaciones prolongadas mantenían un vínculo esporádico o lejano con sus referentes afectivos (es decir, que el contacto previo a la internación se limitaba a algunas pocas visitas a lo largo del año, o a un mero contacto telefónico) o incluso se habían desvinculado desde muchos años atrás. No obstante ello, estos referentes suelen ser “rastreados” desde las instituciones de salud y convocados a hacerse presentes y tomar a cargo las necesidades de cuidado del/de la paciente.

Posibilidades de la Red de atender a los Cuidados en función de la Relación con el/la paciente	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna (Existencia de violencias, desvinculaciones, actuales o históricas, agotamiento, vínculo lejano)	32	32,3
Parcial (Existencia de conflictos, dificultades vinculares, actuales o históricos, vínculo esporádico)	34	34,3
Suficiente (Vínculo sostenido)	30	30,3
Sin datos/No corresponde	3	3,0
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>



Respecto de las situaciones de desvinculación, encontramos que éstas pueden deberse a conflictos diversos de las relaciones interpersonales, a problemas de convivencia pasados, a episodios de violencia o incluso a situaciones de consumos problemáticos de sustancias (alcohol, drogas) que a lo largo de los años fueron impactando negativamente en dichas relaciones.

En este punto, es necesario aclarar que esta enunciación no agota la diversidad y complejidad de las situaciones conflictivas que pudieran sucederse, pero creemos que nos brinda pistas interesantes

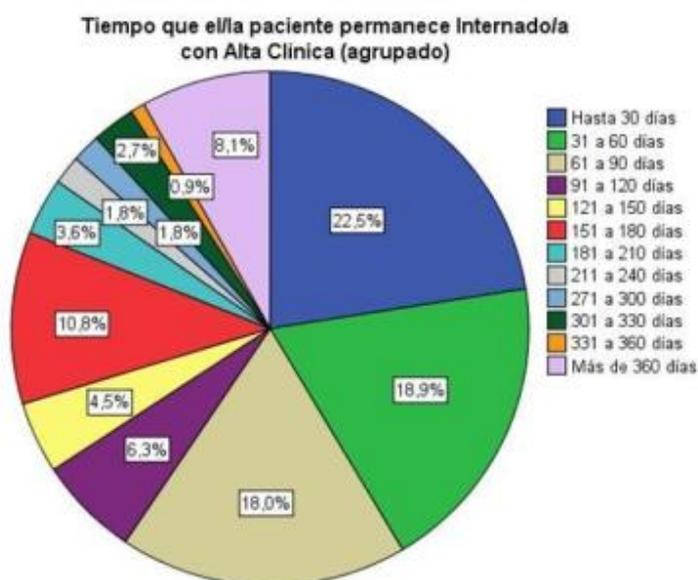
para pensar en las posibilidades y disponibilidad de sostén de la red sociofamiliar. Así, nos encontramos en algunos casos con familiares que han brindado cuidados y apoyo al/a la paciente en el pasado, pero que ya no pueden o están dispuestos a asumir esa tarea -posiblemente- por el desgaste sufrido a lo largo del tiempo. Uno de los casos en los cuales se hace más evidente este “agotamiento” en el acompañamiento y cuidado del/de la paciente por parte de sus familiares remite a las situaciones de las personas con padecimientos de salud mental. Estas situaciones, generalmente, entrañan recorridos de tratamientos, asistencia y cuidados a lo largo de muchos años.

En definitiva, es en estos casos de relaciones lejanas/ esporádicas o conflictivas/ agotadas donde se evidencia que no existe la intención de asumir y brindar cuidados por parte de los allegados/as al/a la paciente, y no se vislumbra la “obligación” de hacerlo ya que el vínculo nunca fue (o en todo caso, ya no es) de cercanía.

### Tiempos y formas de resolución de las internaciones prolongadas

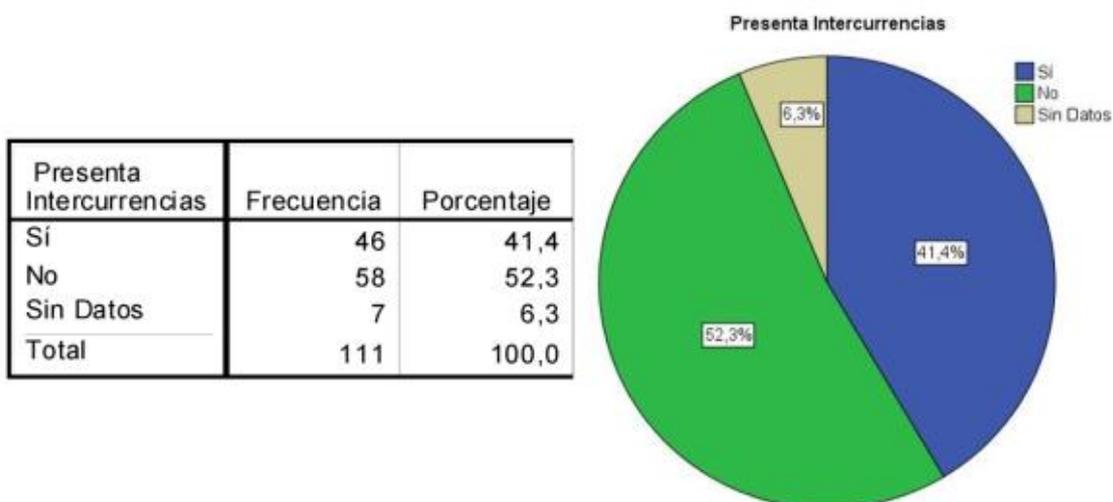
Para la población relevada, el tiempo promedio de internación, con alta hospitalaria, es de 139 días (aproximadamente 4 meses y medio), con un máximo de 949 días y un mínimo de 5 días -28-.

Tiempo que el/la paciente permanece internado/a con Alta Clínica (agrupado)	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 30 días	25	22,5
31 a 60 días	21	18,9
61 a 90 días	20	18,0
91 a 120 días	7	6,3
121 a 150 días	5	4,5
151 a 180 días	12	10,8
181 a 210 días	4	3,6
211 a 240 días	2	1,8
271 a 300 días	2	1,8
301 a 330 días	3	2,7
331 a 360 días	1	,9
Más de 360 días	9	8,1
Total	111	100,0



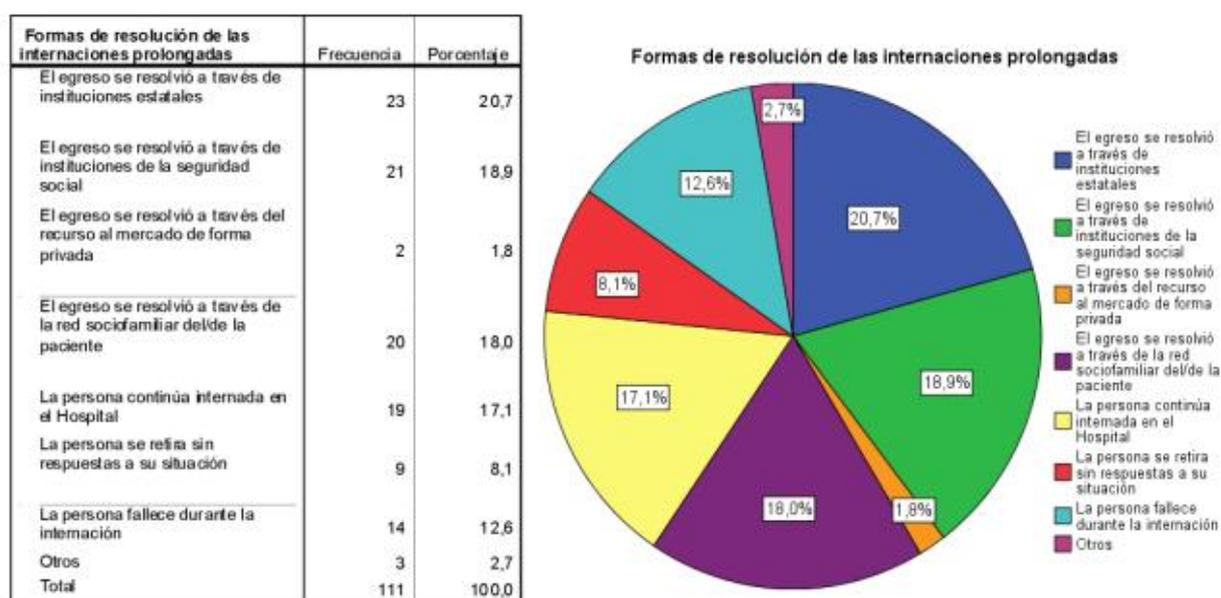
Si agrupamos estos valores, vemos que un 37% de la población del estudio permanece entre 31 y 90 días internada en condiciones de alta, mientras que un 40% permanece un tiempo que supera los 90 días (pudiendo permanecer en esta situación hasta más de 1 año). Apenas el 22% egresa antes de los 30 días, una vez que cuenta con el alta.

En relación con esto, se registra que un número importante de personas que se encontraba en situación de internación prolongada presentó alguna intercurencia (infección intrahospitalaria) durante la misma -29-. Este dato constituye un ejemplo claro de los perjuicios asociados a la permanencia en el ámbito hospitalario. En este punto, podemos observar que la prolongación de las internaciones por los motivos abordados en este estudio implica nuevos daños a la salud de las personas afectadas.



Al analizar de qué forma se resuelven las internaciones prolongadas, es decir, a través de qué servicios y recursos es posible organizar una respuesta relativa al alojamiento y cuidados que el/la paciente requiere una vez resuelto el “episodio agudo de enfermedad” que determinó su hospitalización, se registra que en primer lugar estas internaciones se resuelven mediante el recurso a instituciones/programas estatales (21%); en segundo lugar, a través de organismos de la seguridad social (19%) y en tercer lugar, a través de la red sociofamiliar de los/as pacientes (18%). Cabe señalar aquí que cuando nos referimos a las respuestas estatales y de la seguridad social, estas implicaron en la mayoría de los casos el ingreso del/de la paciente a una institución de residencia permanente (hogar geriátrico, gerontopsiquiátrico o para personas con discapacidad), y en menor medida el acceso a otros recursos que posibilitaron el regreso al domicilio (tales como subsidios y prestaciones de internación domiciliaria). En este sentido, la respuesta mayoritaria por parte del estado y la seguridad social supone la institucionalización de los sujetos.

Por su parte, al final del relevamiento, un número significativo de personas continuaba internado a la espera de una solución (17%) y otras fallecieron mientras aguardaban algún tipo de respuesta (12%).



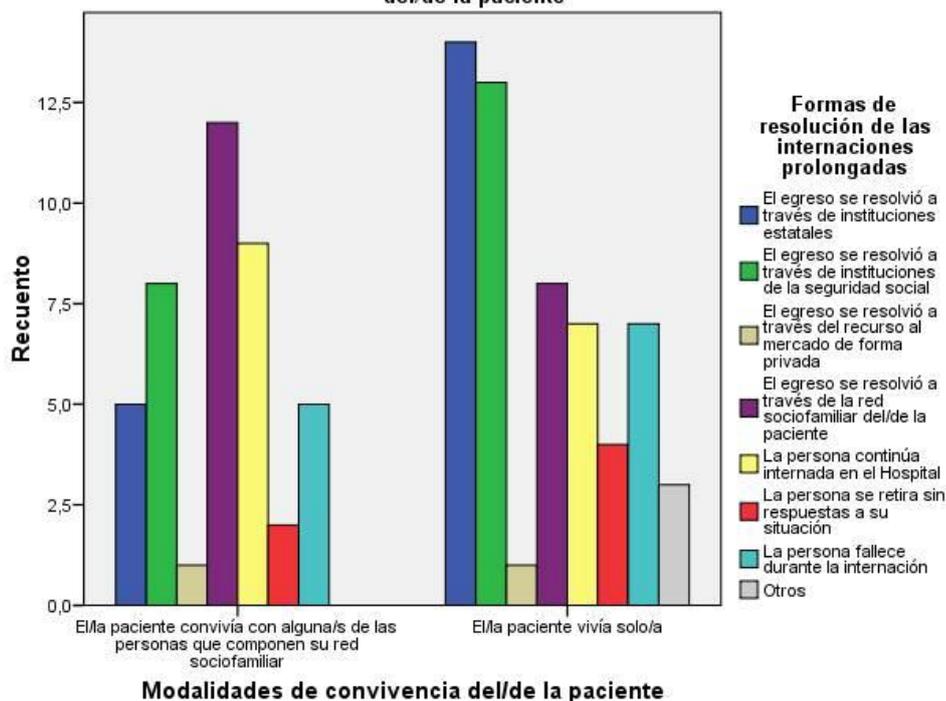
Retomando lo anterior, encontramos que las respuestas se encuentran repartidas de manera bastante equitativa entre las instituciones estatales, las de la seguridad social y las de las propias redes sociofamiliares de los/as pacientes. No obstante, y profundizando el análisis, observamos que entre las instituciones estatales y las de la seguridad social no alcanzan a dar respuestas ni siquiera a la mitad de las situaciones de internación prolongada. Asimismo, y a pesar de todas las limitaciones registradas a lo largo de este trabajo, una parte de las situaciones se resuelven a través de las redes sociofamiliares de los/as pacientes de forma exclusiva. Podemos decir entonces que contrariamente a lo que ciertos discursos suelen expresar, muchas familias *sí se llevan* a los/as pacientes, asumiendo el esfuerzo económico, físico y emocional que ello supone, y con un muy escaso (o incluso nulo) apoyo de la política pública o de la seguridad social para poder brindar cuidados.

Finalmente, y como ya se mencionó, un número muy similar al de las anteriores formas de resolución corresponde a personas que permanecen internadas en el hospital a la espera de respuesta a su situación. Esto nos lleva a considerar que el hospital, aún sin ser la institución apropiada a los requerimientos de estas personas, se constituye de hecho en una forma de respuesta posible para la problemática de alojamiento y cuidados (respuesta precaria e inadecuada), casi al mismo nivel que las instituciones especializadas y las familias. Los daños a la salud derivados de las internaciones innecesarias (como las infecciones intrahospitalarias o el deterioro de capacidades), la imposibilidad de contar con rehabilitaciones/estimulaciones oportunas o el sometimiento de la vida cotidiana a los tiempos, rutinas y modos de relación del hospital son algunas de las formas de padecimiento y vulneración de derechos que la prolongación de las internaciones implica para las personas afectadas.

Para concluir este recorrido alrededor de las formas y tiempos en que se resuelven las internaciones prolongadas, los datos relevados en este trabajo nos permiten agudizar aún más la mirada. Así, encontramos dos aspectos relevantes a considerar: por una parte, la convivencia previa del/de la paciente con personas de su red sociofamiliar, y por otra parte, su nivel de dependencia luego del evento de salud que origina la internación. Estos aspectos, que abordaremos a continuación, nos brindan claves importantes para comprender un poco más la complejidad de estas situaciones, y los límites y posibilidades alrededor de la organización de los cuidados.

Formas de resolución de las internaciones prolongadas según modalidades de convivencia del/de la paciente		Formas de resolución de las internaciones prolongadas								Total
		El egreso se resolvió a través de instituciones estatales	El egreso se resolvió a través de instituciones de la seguridad social	El egreso se resolvió a través del recurso al mercado de forma privada	El egreso se resolvió a través de la red sociofamiliar del/de la paciente	La persona continúa internada en el Hospital	La persona se retira sin respuestas a su situación	La persona fallece durante la internación	Otros	
Modalidades de convivencia del/de la paciente	El/la paciente convivía con alguna/s de las personas que componen su red sociofamiliar	5	8	1	12	9	2	5	0	42
	El/la paciente vivía solo/a	14	13	1	8	7	4	7	3	57
Total		19	21	2	20	16	6	12	3	99

**Formas de resolución de las internaciones prolongadas según modalidades de convivencia del/de la paciente**



En primer lugar, como se observa, las situaciones de internación de aquellas personas que se encontraban viviendo con familiares (o en pareja) previo a su internación suelen resolverse mayoritariamente mediante el retorno al hogar. Es decir que en estos casos las redes sociofamiliares (más allá de todas las dificultades señaladas) asumen el cuidado de la persona en cuestión. En cambio, la situación de aquellos/as pacientes que vivían solos/as previo a su hospitalización es diferente. Estas situaciones se resuelven principalmente a través del Estado y la seguridad social (lo que implica generalmente, como ya se señaló, el ingreso a hogares geriátricos, gerontopsiquiátricos o para personas con discapacidad) y recién en tercer lugar mediante la asunción de los cuidados cotidianos por parte de las redes sociofamiliares.

Podemos pensar entonces que resulta mucho más dificultoso (y constituye posiblemente una transformación más abrupta y profunda de la vida cotidiana para todos los implicados) que personas que no convivían previamente (y que quizás nunca lo hicieron) comiencen a vivir juntas a partir de la irrupción de la situación de dependencia en una de ellas, sobre todo si se tiene en cuenta que esa convivencia va acompañada de la necesidad de brindar cuidados de largo plazo.

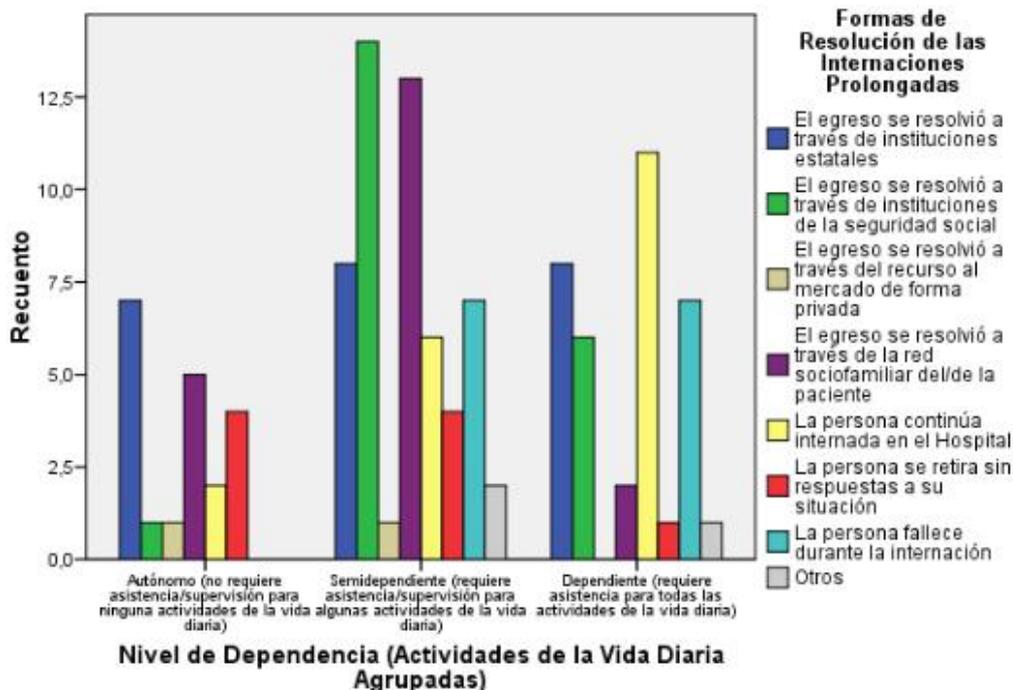
En segundo término, el nivel de dependencia de las personas internadas también condiciona las alternativas de egreso de los/as pacientes. En este sentido, se observa que el egreso de aquellas personas autónomas se resuelve en primer lugar vía instituciones del Estado (nuevamente, considerando principalmente su ingreso a hogares) y en segundo lugar a través de la red sociofamiliar.

Por su parte, en el caso de las personas semidependientes, el egreso se resuelve en primer lugar vía instituciones de la seguridad social y en segundo lugar a través de la red sociofamiliar. En cambio, el egreso de aquellas personas dependientes, en primer lugar no se “resuelve”, ya que luego de finalizado el período del relevamiento casi una tercera parte de este segmento de población permanece aún internada.

Esto parece indicar que las posibilidades de organizar los cuidados post alta hospitalaria (ya sea a través del estado, la seguridad social y/o las familias) resultan mucho más dificultosas en las situaciones donde la dependencia de los sujetos es más pronunciada, y que ello impacta en los tiempos de sus internaciones hospitalarias. Así, y como mencionamos en párrafos anteriores, terminan siendo los propios hospitales quienes brindan una respuesta de hecho a las necesidades de alojamiento y cuidados de estas personas, aún siendo instituciones con misiones y funciones de otro tipo -30-.

Formas de Resolución de las Internaciones Prolongadas según Nivel de Dependencia		Formas de Resolución de las Internaciones Prolongadas							Otros	Total
		El egreso se resolvió a través de instituciones estatales	El egreso se resolvió a través de instituciones de la seguridad social	El egreso se resolvió a través del recurso al mercado de forma privada	El egreso se resolvió a través de la red sociofamiliar del/de la paciente	La persona continúa internada en el Hospital	La persona se retira sin respuestas a su situación	La persona fallece durante la internación		
Nivel de Dependencia (Actividades de la Vida Diaria Agrupadas)	Autónomo (no requiere asistencia/supervisión para ninguna actividades de la vida diaria)	7	1	1	5	2	4	0	0	20
	Semidependiente (requiere asistencia/supervisión para algunas actividades de la vida diaria)	8	14	1	13	6	4	7	2	55
	Dependiente (requiere asistencia para todas las actividades de la vida diaria)	8	6	0	2	11	1	7	1	36
Total		23	21	2	20	19	9	14	3	111

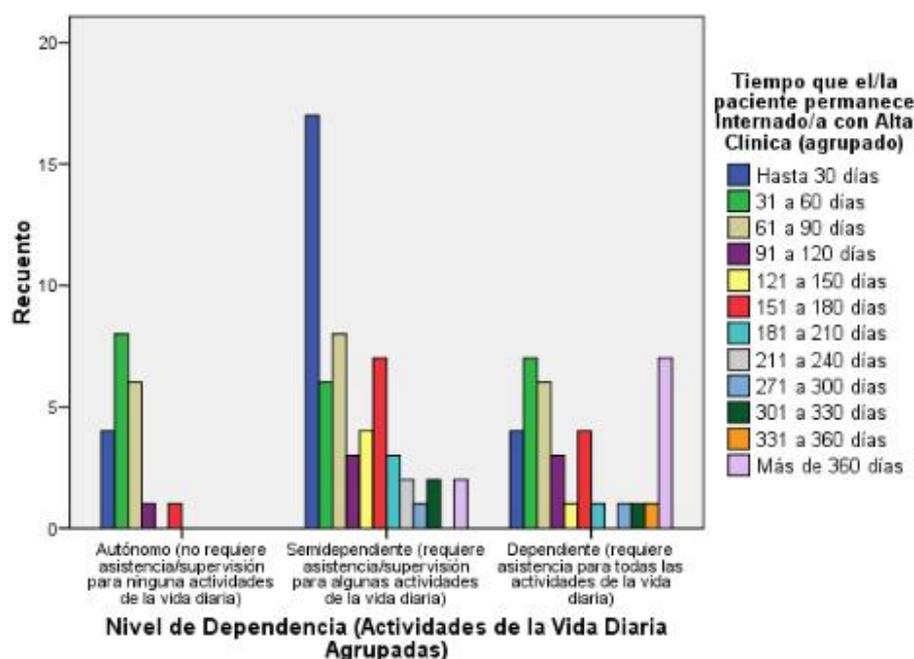
Formas de resolución de las internaciones prolongadas según Nivel de dependencia



Pero además, y como adelantamos, el nivel de dependencia de las personas afectadas impacta en el tiempo de duración de sus internaciones. Los mayores tiempos de internación se concentran en los segmentos de población con mayores niveles de dependencia, como puede observarse en el gráfico siguiente.

Nivel de Dependencia y Tiempo que el/la paciente permanece Internado/a con Alta Clínica (agrupado)		Tiempo que el/la paciente permanece Internado/a con Alta Clínica (agrupado)											Total		
		Hasta 30 días	31 a 60 días	61 a 90 días	91 a 120 días	121 a 150 días	151 a 180 días	181 a 210 días	211 a 240 días	271 a 300 días	301 a 330 días	331 a 360 días		Más de 360 días	
Nivel de Dependencia (Actividades de la Vida Diaria Agrupadas)	Autónomo (no requiere asistencia/supervisión para ninguna actividades de la vida diaria)	4	8	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	20
	Semidependiente (requiere asistencia/supervisión para algunas actividades de la vida diaria)	17	6	8	3	4	7	3	2	1	2	0	2	55	
	Dependiente (requiere asistencia para todas las actividades de la vida diaria)	4	7	6	3	1	4	1	0	1	1	1	7	36	
Total		25	21	20	7	5	12	4	2	2	3	1	9	111	

Nivel de dependencia y Tiempo de internación



En este sentido, puede observarse cómo los tiempos de internación (en condiciones de alta) que superan los 180 días hacen su aparición en la población semidependiente y dependiente. Ello resulta comprensible en términos de las mayores dificultades que se encuentran para la organización de los cuidados de personas totalmente dependientes, respecto de aquellas con menor nivel de dependencia, que generan que lleve más tiempo poder construir alternativas de egreso viables para éstas (tanto por parte de las familias como a través de otras instancias).

### Conclusiones

La prolongación de las internaciones de personas adultas en condiciones de alta hospitalaria constituye un hecho recurrente en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Así, y más allá de ciertas tensiones institucionales que puede provocar su presencia, su permanencia se halla en cierta forma naturalizada por parte de los equipos de salud y demás instituciones -31-

Estableciendo un paralelo con lo planteado por Duschatzky y Birgin (2002) respecto de las transformaciones sufridas por las instituciones educativas, la permanencia de estas personas internadas en las instituciones hospitalarias tensiona lo que históricamente se entendió como objetivo del quehacer de los hospitales: resolver el cuadro agudo que dio origen a la internación. Ante esta tensión, las autoras proponen pensar dos caminos posibles: el de la gestión como ética o el de la gestión como fatalidad. La segunda alternativa abarcaría la postura de tensión e incomodidad con la realidad que la institución enfrenta, pretendiendo ajustar la realidad hospitalaria a un deber ser (“el hospital no es un hotel”, “no es para crónicos”, “la familia se lo tiene que llevar”). La gestión como ética no busca instituciones exentas de conflictos, no elige la realidad en la que le toca actuar pero sí elige la posición que decide tomar frente a ella, se implica con la situación. En este marco, el compromiso del presente trabajo fue poner de relieve la complejidad de las situaciones de internación prolongada que encontramos en nuestros hospitales y brindar pistas para un mejor abordaje de las mismas, sin desconocer los impactos iatrogénicos que tiene sobre los sujetos la permanencia por tiempo indeterminado en estas instituciones.

Cotidianamente, en el espacio institucional del hospital, se suele escuchar que a los/as “pacientes sociales” (clasificación con la cual suelen referirse algunos profesionales de la salud a las personas internadas en condición de alta) *la familia no se los/as lleva*. A lo largo de estas páginas hemos buscado justamente desnaturalizar esa presencia en las salas de internación, poniendo la mirada sobre quiénes son estas personas y cuáles son sus necesidades, así como intentar aproximarnos a las formas de respuesta que pueden obtener a sus (muchas veces) complejos requerimientos de cuidados y atención de la salud. Realizamos un recorrido por las ofertas de servicios y prestaciones que brinda la política pública, la seguridad social, las organizaciones de la sociedad civil y el mercado, para adentrarnos luego en la caracterización de algunos aspectos relacionados con las condiciones y posibilidades diferenciales de las redes sociofamiliares de estas personas en relación con la provisión de esos cuidados.

Una de las cuestiones más relevantes que encontramos a lo largo de este trabajo es que existe una relación entre las situaciones de dependencia y la prolongación de las internaciones. En otras palabras, la mayoría de las personas que ven prolongadas sus internaciones requieren asistencia y cuidados de manera intensiva y continuada, y ello implica disposición de tiempo, dinero, recursos materiales y esfuerzos físicos y emocionales por parte de quienes pudieran ser sus cuidadores/as.

En este punto comienzan a delinearse algunas de las tensiones que configuran la prolongación de las internaciones hospitalarias: si bien la mayoría de estas personas cuentan con redes sociofamiliares, la capacidad de las mismas de brindar cuidados resulta relativa y ello se relaciona, como se dijo, con los requerimientos materiales y vinculares/emocionales que supone brindar atención. De este modo, acceder a una alternativa de alojamiento y cuidados acorde a los requerimientos de los sujetos en cuestión se presenta muchas veces como un proceso dificultoso que excede los tiempos de resolución del “evento agudo” de enfermedad que determinó la hospitalización.

En estas situaciones, las posibilidades de organización de los cuidados aparecen fuertemente condicionadas por el tipo de cobertura de salud con que cuentan las personas afectadas, esto es, si cuentan con cobertura de la seguridad social (a través de una obra social o similar) o si dependen exclusivamente de la cobertura del Estado. En el caso de las personas caracterizadas como dependientes o semidependientes para las actividades de la vida diaria que cuentan con cobertura de la seguridad social, sus familias pueden optar entre ingresar a la persona a un hogar (geriátrico, gerontopsiquiátrico, para personas con discapacidad) o asumir el cuidado ellas mismas en el domicilio, existiendo la posibilidad de acceder a prestaciones de cuidado domiciliario, que si bien suelen resultar insuficientes frente a los requerimientos complejos de las personas en cuestión, pueden constituir un apoyo significativo.

Por el contrario, para quienes dependen exclusivamente de la cobertura estatal, encontramos que las opciones son diferentes ya que la mayor parte de la oferta vinculada a servicios de cuidado se orienta hacia las personas denominadas “autoválidas”. Así, las familias de las personas adultas mayores dependientes o semidependientes se encuentran en la disyuntiva de asumir completamente el cuidado ellas mismas o ingresar a la persona a un Hogar geriátrico, ya que esta última es la única oferta que el Estado les brinda. Las posibilidades de apoyo para el cuidado domiciliario en estos casos son inexistentes. Peor aún, en el caso de las personas que son dependientes o semidependientes para diversas actividades de la vida diaria pero tienen menos de 60 años la disyuntiva ni siquiera existe ya que se encuentran virtualmente sin alternativas: sólo les resta asumir completamente el cuidado a sus familias, ya que no existe oferta estatal ni de organizaciones de la sociedad civil para esta población; a la vez, recurrir a las ofertas del mercado resulta prácticamente inaccesible dados los costos de las mismas y las condiciones socioeconómicas de los sujetos afectados y sus familias.

Resta decir, como se desprende de este recorrido, que para las personas dependientes o semidependientes menores de 60 años que no cuentan con redes sociofamiliares o no tienen vivienda (como las personas en situación de calle) la situación es aún más compleja.

En definitiva, en el escenario descrito, las redes sociofamiliares quedan ubicadas en situaciones de “todo o nada” respecto del cuidado de las personas dependientes o semidependientes: si la institucionalización no es posible o deseable, deben tomar a cargo el cuidado de manera total ya que no existen posibilidades de asumir esta labor de manera parcial, en paralelo al desarrollo de otras actividades, como pueden ser las laborales. Es decir, no existe una oferta de recursos/servicios que capitalice las capacidades de cuidado, que aunque parciales, las familias quieren y pueden ofrecer en muchos casos. Y ello es así porque no existen instancias (ni en el Estado, ni en la sociedad civil, y muy limitadamente en la seguridad social) que brinden un apoyo a estas redes en términos de “completar” la parte del trabajo del cuidado que éstas no pueden asumir. Así, el hecho de contar con apoyo familiar, en la mayoría de estas situaciones, no resuelve las dificultades relacionadas con la organización de los cuidados de las personas afectadas.

En la posibilidad de organizar el cuidado de largo plazo de las personas parcial o totalmente dependientes se cifra el egreso de los/as pacientes con internaciones prolongadas, quienes permanecen meses y años en los hospitales públicos a la espera de respuestas a su situación. No debe perderse de vista que estas personas tienen derecho, en tal situación de vulnerabilidad, a ser protegidas por la sociedad en la que viven y que han ayudado a construir, más allá de tener o no familia o de las circunstancias de la misma (Puga, 2005). En este sentido, cabe recordar que la posibilidad de encontrarse en una situación de dependencia es un rasgo inherente a la fragilidad de la condición humana (Martín Palomo, 2007), y por lo tanto, una posibilidad presente en la vida de todas las personas.

Para cerrar este trabajo, creemos que es fundamental resituar la problemática de las internaciones prolongadas aquí analizadas en el escenario más amplio de “crisis del cuidado” (CEPAL, 2009) para, de esta manera, atender a la complejidad que estas situaciones encierran. Las personas que permanecen internadas a la espera de algún tipo de respuesta a sus necesidades de alojamiento y cuidado post alta de algún modo emergen y expresan parte de una problemática que a las claras excede los límites de la institución hospitalaria, y que nos lleva a preguntarnos: ¿quién debe brindar cuidados?, ¿dónde?, ¿de qué manera?. Al mismo tiempo, ello pone de manifiesto la persistencia del mandato sociocultural alrededor del cuidado como asunto privado de las familias, que se materializa en los lineamientos estatales y de la seguridad social analizados, y que se hace visible en toda su complejidad cuando las familias no pueden cuidar.

## Notas

**-1-** Vale advertir que si bien estas categorizaciones pueden implicar en ocasiones una simplificación de la complejidad que entrañan los fenómenos abordados, y que otros enfoques o perspectivas analíticas podrían enriquecer la exploración propuesta, creemos que la aproximación aquí realizada ha posibilitado arrojar alguna claridad señalándonos “la punta del iceberg” de una problemática que, por supuesto, resulta siempre pasible de profundizar.

**-2-** Asimismo, una reciente investigación (Michelewicz et al., 2014) señala que en las producciones académicas más recientes de la Medicina Social y Salud Colectiva latinoamericana se observa un cambio al reemplazarse el término “atención” por el término “cuidado” al referirse al proceso salud/enfermedad. El estudio da cuenta de que existe un uso polisémico del término cuidado que incluye dimensiones de lo vincular/afectivo, las prácticas no formales de cuidado, la integralidad y participación y el cuidado como eje orientador de la atención centrada en los usuarios.

**-3-** Cabe aclarar que, no obstante lo expuesto, no se sostiene aquí una asociación necesaria entre envejecimiento y dependencia, como así tampoco entre discapacidad/padecimiento mental y dependencia.

**-4-** Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2000); Ley N° 26.657 Nacional de Salud Mental (2010).

**-5-** Agradecemos el asesoramiento del Dr. Adolfo Brovelli (HGA Dr. D. Vélez Sársfield) y de las Lic. TO Gabriela Battaglia y Jazmín Chaker (HGA Dr. E. Tornú), quienes nos orientaron en los aspectos diagnósticos y de las actividades de la vida diaria de la población del estudio, posibilitando abordar los mismos con mayor rigurosidad.

**-6-** Nos parece importante destacar que frente a ciertos discursos sociales que atribuyen la escasez de recursos sanitarios en la CABA a la “sobreutilización” o “aprovechamiento” que harían de los mismos personas migrantes o residentes en el conurbano bonaerense, encontramos que la problemática de la internación prolongada aquí relevada se configura centralmente alrededor de personas argentinas y residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

**-7-** Cobertura médico-asistencial asignada a los beneficiarios de pensiones no contributivas.

**-8-** Se sigue aquí la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

**-9-** A modo operativo, se consideró que una actividad se desarrollaba con asistencia en aquellos casos en que se requería asistencia física para la realización de la misma, es decir, que la actividad se realiza de forma dependiente de un tercero; asimismo, se consideró que una actividad se desarrollaba con supervisión si la misma era organizada por parte de un tercero y/o realizada con asistencia verbal, es decir, que la actividad se realiza de forma relativamente dependiente de un tercero; por último, se consideró que una actividad se desarrollaba con autonomía en aquellos casos en que la misma pudiera ser realizada de manera independiente de terceros.

**-10-** Un aspecto clave en relación con esta dimensión es la rehabilitación. En este sentido, cabe la pregunta respecto del acceso a la rehabilitación/estimulación oportuna, sistemática y sostenida en el tiempo, y el impacto de ésta en términos de la disminución de los niveles de dependencia (o inversamente, en términos de la ampliación de los niveles de autonomía) de esta población, ya que ello redundaría en menores necesidades de asistencia/apoyo para las actividades de la vida diaria (esto es, en menores necesidades de cuidado).

**-11-** Consideramos aquí a las personas con trastornos mentales severos como parte integrante de la población con discapacidad, si bien se puntualizan ofertas específicas dirigidas a las mismas.

**-12-** Todos los montos consignados en este apartado corresponden al período de relevamiento de datos del presente trabajo (Año 2017). Específicamente, corresponden a valores de marzo de 2017.

**-13-** Cabe aclarar que es posible acceder a montos mayores que los estipulados inicialmente a través de trámites “por vía de excepción”.

**-14-** También a nivel del Estado Nacional existe una política de subsidios para cubrir gastos vinculados a situaciones de salud (compra de medicación, insumos, entre otras).

**-15-** Estos subsidios se enmarcan en el Programa de Externación Asistida para la Integración Social, que también incluye centros de día y otras prestaciones de apoyo.

**-16-** La información consignada sobre los servicios de cuidado corresponde al período escogido para el relevamiento de datos del presente trabajo (Año 2017).

**-17-** Otro de los requisitos de esta política es que la persona viva en un domicilio que no se encuentre en un barrio precario/villa.

**-18-** Consideramos que el campo de la salud mental incluye tanto los padecimientos mentales como las adicciones, en consonancia con la Ley N° 26.657.

**-19-** Muchos de estos dispositivos funcionan en los hospitales públicos especializados en salud mental de la Ciudad.

**-20-** En el caso de que se contrate a cuidadores sin formación, el monto del subsidio otorgado es de \$ 850 mensuales.

**-21-** Valores correspondientes al período comprendido entre el 01/12/2016 y el 31/05/2017, según Resolución N° 1, Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 30/06/2016.

**-22-** Valores correspondientes al mes de marzo de 2017.

**-23-** Ídem anterior.

**-24-** Valor correspondiente al año 2017, según Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, Resolución N° 2001-E/2016, Ministerio de Salud de la Nación, 11/11/2016.

**-25-** Ídem

**-26-** Valores correspondientes al mes de marzo de 2017.

**-27-** Valor a partir de enero de 2017, según Resolución N° 2/2016, Consejo Nacional del empleo, la productividad y el salario mínimo, vital y móvil.

**-28-** Para medir el tiempo de internación con alta hospitalaria se calculó el tiempo transcurrido (en días) entre la fecha en que el equipo médico tratante comunica que la persona se encuentra en condiciones de alta de la internación y la fecha de su egreso hospitalario efectivo. En los casos en que, finalizado el relevamiento de datos, las personas continuaran internadas aún, se asignó una fecha ad hoc de egreso hospitalario (correspondiente al día 01/12/17).

**-29-** Este valor se encuentra probablemente subregistrado en el presente estudio, ya que constituye una información a la que Trabajo Social no accede necesariamente en todos los casos. No obstante, consideramos que el dato tiene relevancia e informa sobre los efectos posibles de una permanencia prolongada en espacios de internación.

**-30-** Si bien podemos problematizar estas misiones y funciones históricamente construidas, encontramos que difícilmente, dadas sus características actuales, el hospital pueda brindar la calidad de alojamiento y cuidados que las personas en cuestión requieren.

**-31-** Una excepción a ello son las situaciones de internación prolongada de personas adultas internadas en forma involuntaria por razones de salud mental, respecto de las cuales organismos del Ministerio Público de la Defensa (Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental y Unidad de Letrados) periódicamente solicitan informes e impulsan acciones con el objetivo de proteger sus derechos humanos.

## Bibliografía

Adelantado, J.; Noguera, J. A.; Rambla, X.; Saez, L. (1998): “Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica”. En: *Revista Mexicana de Sociología*. N° 3. Universidad Autónoma de México.

Benería, L. (2006): “Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación”. En: *Revista Nómadas*. N° 24. Universidad Central. Colombia.

Bloch, C.; Safdie, G.; Del Duca, C; Schuster, P. (2015): *El problema de la dependencia en los adultos mayores en la Argentina: el caso de la Ciudad de Buenos Aires*. Cuadernos de Trabajo. Dirección de Tercera Edad. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Brovelli, K; Castrogiovanni, N; Morán, N; Otero, G; Pratto, L; Quiroga, M; Ruiz Díaz, C; Venuto, M. J; Vezzetti, M. (2015): “Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires”. En: *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. N° 78. Septiembre de 2015. ISSN 0327-7585.

Dulitzky, S. y Schtivelband, G. (2007): *Los cuidados paliativos para adultos en los hospitales dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Propuestas para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales*. Serie Políticas Públicas y Derechos. N° 6. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Duschatzky, S. y Birgin, A. (comps.) (2002): *¿Dónde está la escuela? Ensayos sobre gestión institucional en tiempos de turbulencia*. Flacso-Manantial. Buenos Aires.

Esping-Andersen, G. (1993): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Editorial Alfons el Magnánim. Valencia.

Esquivel, V., Faur, E., Jelin, E. (eds) (2012): *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES/UNFPA/UNICEF. Buenos Aires.

Faur, E. (2014): *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

Gómez, A. (2013): “¿Nuevos problemas o respuestas viejas?”. En: Testa, C. (2013): *Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones*. Buenos Aires. Espacio Editorial.

Laurell, A. C. (1982): “La salud-enfermedad como proceso social”. En: *Cuadernos médico sociales*. N° 19. Enero de 1982. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario.

Martín Palomo, M. T. (2007): “Domesticar el trabajo: una propuesta para abordar los cuidados”. En: *IX Congreso Español de Sociología, Grupo de Investigación 12. Sociología del Género, Sesión 1º: Aportaciones Teóricas*. Universidad Autónoma de Barcelona.

Martín Palomo, M. T. (2010): “Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía”. En: *Zerbitzuan Revista de Servicios Sociales*. N° 48. Diciembre de 2010. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Menéndez, E. (1994): “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. En: *Revista Alteridades*. Vol. 4. N° 7. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. México.

Michelewicz, A. et al. (2014): “Del proceso salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización”. En: *Anu. Investig.* Vol. 21. N° 1. ISSN 1851-1686.

Pautassi, L. (2007): *¡Cuánto Trabajo mujer! El género y las relaciones laborales*. Capital Intelectual. Buenos Aires.

Pombo, M. G. (2010): “El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado desde la perspectiva de las mujeres del Barrio Charrúa: desigualdades y resistencias en el ámbito de la domesticidad y la reproducción”. En: *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*. N° 6. UNGS-IDES. Buenos Aires.

Puga, D. (2005): “La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público”. En: *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 79. N° 3.

Razavi, S. (2007): *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Gender and Development Programme. Paper Number 3. UNRISD.

Rodríguez Enríquez, C.; Marzonetto, G. (2015): “Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina”. En: *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*. Año 4. N° 8. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.

Romero Ayuso, D. M. (2007): “Actividades de la vida diaria”. En: *Revista Anales de Psicología*. Vol. 23. N° 2. Diciembre. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. España.

Rosas, M. J.; Estrella, P. V. (2012): “¿Qué son las enfermedades crónicas?”. En: Domínguez Mon; Mendes Diz; Schwarz et. al. (2012): *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Documentos de Trabajo N° 60. IIGG. Buenos Aires.

Rossel, C. (2016): *Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas*. Serie Asuntos de Género. N° 135. CEPAL. Santiago de Chile.

Torrado, S. (2003): *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Ediciones de la Flor. Buenos Aires.

CEPAL (2009): *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile.

CEPAL (2017): *Derechos de las Personas Mayores. Retos para la Interdependencia y la autonomía*. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.

Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares - Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2016): Resolución N° 1. 30/06/2016.

Consejo de Europa (1998): Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia.

Consejo Nacional del empleo, la productividad y el salario mínimo, vital y móvil (2016): Resolución N° 2/2016. 19/05/2016.

INDEC (2010): Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2016): Documento de trabajo para el debate en el marco de la Red Federal de Comisiones para el Trabajo con Igualdad de Oportunidades-Género (CTIO-Género). Plenaria de la CTIO-Género. Abril de 2016.

Ministerio de Salud de la Nación (2015): Estadísticas vitales. Información básica. Serie 5. N° 59. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos.

Ministerio de Salud de la Nación (2016): Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Resolución N° 2001-E/2016. 11/11/2016.

Organización Mundial de la Salud (1992): CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.