

Internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: un desanclaje entre recursos de bienestar y necesidades de cuidado.

Karina Brovelli y Natalia Lardiés.

Cita:

Karina Brovelli y Natalia Lardiés (2019). *Internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: un desanclaje entre recursos de bienestar y necesidades de cuidado*. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/517>

Internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: un desanclaje entre recursos de bienestar y necesidades de cuidado

Karina Brovelli (Hospital Fernández. kabrovelli@gmail.com), Natalia Lardiés (Hospital Rivadavia. nlardies@yahoo.com.ar), Mónica Nicolini Segovia (Hospital Moyano. moni.nicolini@gmail.com), Lorena Pratto (Hospital Piñero. lorenapratto@hotmail.com), Candela Ruiz Díaz (Hospital de Quemados. cande_cuestablanca@hotmail.com)

Eje 5: Estado y políticas públicas / Mesa 88: Políticas, proyectos y acciones en salud

Resumen

Un hecho recurrente en los hospitales públicos es la presencia de personas que permanecen internadas, una vez en condiciones de alta, durante días o años.

Este trabajo busca conocer las alternativas de organización de los cuidados de estas personas, a partir de caracterizar su situación social y necesidades de cuidado, describir los servicios de cuidado ofertados por el Estado, la seguridad social, la sociedad civil y el mercado, y las posibilidades de asunción de los cuidados de las familias.

El análisis fue exploratorio y descriptivo. Se trabajó con documentos de políticas públicas y registros institucionales de 7 hospitales durante 6 meses.

La mayoría de estas personas son varones, mayores de 60 años, que vivían solos en una casa/departamento, y que requieren, al alta, asistencia para las actividades de la vida diaria. La mayoría de sus familias no pueden tomar a cargo esta asistencia, en términos económicos, vinculares y de uso del tiempo. Los servicios de cuidado son segmentados, existiendo ofertas diferenciales en la esfera del mercado, de la seguridad social, de la sociedad civil y del Estado, que en la mayoría de los casos, resultan inaccesibles por razones económicas o del recorte de población a la que se dirigen.

Palabras clave: internaciones prolongadas, régimen de bienestar, organización del cuidado

Presentación

Un hecho recurrente en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires es la presencia de personas que permanecen internadas, una vez en condiciones de alta, durante días, meses o inclusive años. Partiendo de la constatación de esta realidad, en el presente trabajo nos preguntamos ¿quiénes son estas personas que “viven” en los hospitales?, ¿cuánto tiempo permanecen internadas luego de resuelto el “episodio agudo” de enfermedad que determinó su ingreso?, ¿qué aspectos “sujetan” a estas personas a estas instituciones? y ¿qué ofrecen las diferentes esferas de bienestar para la resolución de estas situaciones?

Para acercar respuestas a estos interrogantes, nos propusimos conocer las alternativas de organización de los cuidados de las personas adultas internadas en condiciones de alta en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, a lo largo de un período de 6 meses. Para ello, por una parte buscamos caracterizar la situación social y las necesidades de cuidado de estas personas, y por otra parte describir los servicios de cuidado ofertados por el Estado, la seguridad social, la sociedad civil y el mercado, y las posibilidades de las familias de asumir los cuidados.

En línea con los objetivos postulados, el estudio fue de tipo descriptivo y de corte retrospectivo. Se planteó una estrategia documental basada en la lectura de documentos de políticas públicas y registros institucionales de hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, combinando técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo. La población del estudio estuvo conformada por las personas adultas internadas en siete hospitales¹ 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 referido. 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 en los hospitales se recurrió a registros de la práctica profesional de Trabajo Social, quedaron excluidos 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 de esta disciplina. 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 del estudio. 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.

¹ El estudio se desarrolló tanto en hospitales generales (Álvarez, Fernández, Piñero, Rivadavia y Tornú) como en hospitales monovalentes (Moyano y Quemados).

Las personas que “viven” en los hospitales

La mayoría de las personas que permanecen internadas por tiempo indefinido en los hospitales en los que se realizó el relevamiento son varones (70%), de nacionalidad argentina (83%), residentes de la Ciudad de Buenos Aires (78%) y mayores de 60 años (56%).

La edad media de esta población es de 60,9 años, registrándose una edad máxima de 96 años y una mínima de 20. En correspondencia con este perfil etario, un 54% de la misma se encuentra jubilado o pensionado, y cuenta, por lo tanto, con cobertura de la obra social PAMI o del Programa Nacional “Incluir Salud” (Ex-Profe)², respectivamente. Asimismo, un 37% se encuentra desempleado o bien se desempeña laboralmente de manera precaria y/o informal.

Respecto de la situación habitacional de estas personas, se registra que en un 57% de los casos las mismas vivían, previo a su internación, en un departamento o casa (del/de la cual no eran en su mayoría propietarios), mientras que un 38% vivía en alojamientos precarios, hoteles-pensión o se hallaban en situación de calle. Cabe destacar que el 62% de la población vivía solo hasta su hospitalización, lo cual resulta un dato relevante a la hora de pensar en el regreso del/de la paciente al domicilio.

En cuanto a los motivos de internación, a grandes rasgos, encontramos tres tipos de problemas de salud principales: 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.)³. Cabe señalar que, dentro de las internaciones por padecimientos mentales, el motivo de internación más frecuente registrado en el Hospital Moyano estaba constituido por las descompensaciones psicóticas.

No obstante los diversos eventos de salud que llevaron a estas personas a hospitalizarse, existe un aspecto que la mayoría de la población comparte: las necesidades de cuidado que se revelan como saldo del “episodio agudo de enfermedad”. Esto es, gran parte de esta población ya no puede, al momento del alta, desarrollar las actividades de la vida diaria sin apoyos.

Las actividades de la vida diaria 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

² Cobertura médico-asistencial asignada a los beneficiarios de pensiones no contributivas.

³ Se sigue aquí la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

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 registra que más de la mitad de la población del estudio requiere asistencia o supervisión⁴ para las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene, uso del baño, movilización y deambulación, etc.), alcanzando valores entre un 60 y un 70% de acuerdo a la actividad de que se trate. Ya en las actividades que presentan un mayor nivel de complejidad, como el control de la salud (administración de tratamientos, control de síntomas, etc.) y las actividades instrumentales de la vida diaria (que implican interacción social y tareas como traslados, compras, trámites, manejo de dinero, etc.), los niveles de población que requieren asistencia o supervisión ascienden a valores entre un 76 y un 78%. 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 dependientes⁵.

Se sigue de lo anterior que la mayoría de las personas que ven prolongadas sus internaciones requiere cuidados de manera intensiva y continuada. Consideramos que aquí reside uno de los “nudos” que atan estas situaciones, puesto que construir 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 por mucho los tiempos de resolución del “evento agudo” de enfermedad que determinó la hospitalización. Al respecto, baste señalar que 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 días⁶. Cabe destacar que un 40% de la población del estudio permanece internada, con alta, un tiempo que supera los 90 días (pudiendo permanecer en esta situación hasta más de 1 año), y un 37% entre 31 y 90 días en estas condiciones. Apenas un 22% egresa antes de los 30 días, una vez que cuenta con el alta. En relación con esto, se registra que

⁴ 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.

⁵ 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).

⁶ 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 continúan internadas aún, se asignó una fecha ad hoc de egreso hospitalario (correspondiente al día 01/12/17).

en un 41% de los casos estas personas presentaron alguna interconurrencia (infección intrahospitalaria)⁷, lo que constituye un ejemplo claro de los perjuicios asociados a la permanencia en el ámbito hospitalario, en términos de nuevos daños a la salud de las personas.

Ahora bien, la posibilidad de construir alternativas de cuidado supone disponer de *tiempo para cuidar, dinero para cuidar, y servicios de cuidado* (Ellingsaeter, 1999. En Pautassi, 2007). A su vez, 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, el cuidado comprende, por una parte, lo que sucede a nivel microsocial: las acciones de cuidado directo que atienden las necesidades de subsistencia (dar de comer, higienizar, administrar medicamentos, etc.), las acciones de cuidado indirecto que brindan las condiciones para las anteriores (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 macrosocial: el marco 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 esta población adulta y dependiente. Ello se abordará a continuación.

Estado, obras sociales, mercado, sociedad civil y familias: recursos y servicios de cuidado disponibles

En términos de asignaciones monetarias disponibles para la población del estudio (principalmente personas con discapacidad, incluida la población con padecimientos mentales⁸, y adultas mayores)

⁷ 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.

⁸ 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.

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).

En lo que atañe a la población adulta mayor, 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 \$ 6.394,85⁹. 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.

Respecto a la población con discapacidad, 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 local¹⁰, consisten, por una parte, en la provisión de medicación/insumos/equipamientos ortopédicos, y por otra parte, en la asignación de subsidios con fines diversos: subsidios para la vivienda para personas con padecimiento mental¹¹ (cuyo monto es de \$ 4000 mensuales) y personas mayores de 60 años (Programa “Vivir en casa”, cuyo monto máximo es de \$ 3.300 mensuales). Ya en el campo de la seguridad social, la obra 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 mensuales¹².

⁹ 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.

¹⁰ 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).

¹¹ 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.

¹² Cabe aclarar que es posible acceder a montos mayores que los estipulados inicialmente a través de trámites “por vía de excepción”.

En términos de servicios de cuidado¹³ encontramos diferentes ofertas 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.

En la esfera del **Estado** 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. 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, en esta órbita, 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 al campo de la salud mental¹⁴ (Galende, 1998) a nivel local incluyen dispositivos de alojamiento transitorio, espacios de inserción laboral/rehabilitación y acompañantes

¹³ La información consignada sobre los servicios de cuidado corresponde al período escogido para el relevamiento de datos del presente trabajo (Año 2017).

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 padecimientos 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) 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.

En el campo de la **seguridad social**, 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, Cuidado domiciliario y Hogar 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 mensuales¹⁵ para la contratación del servicio. Nuevamente, el otorgamiento y renovación de las prestaciones depende de la evaluación que realizan los profesionales de la institución. 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. 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:

¹⁴ Consideramos que el campo de la salud mental incluye tanto los padecimientos mentales como las adicciones, en consonancia con la Ley N° 26.657.

¹⁵ En el caso de que se contrate a cuidadores sin formación, el monto del subsidio otorgado es de \$ 850 mensuales.

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 apoyo¹⁶.

En la órbita del **mercado** existe una amplia y diversificada oferta de servicios de cuidado: Acompañantes terapéuticos y 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, 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”)¹⁷. 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 mencionada¹⁸. A su vez, la contratación de acompañantes terapéuticos tiene un valor que oscila entre \$ 120 y \$ 150¹⁹. Por otra parte, el servicio de centro de día tiene un valor establecido de \$ 14.930 mensuales en promedio²⁰, mientras que para la prestación de hogar el valor es de \$ 20.800 mensuales en promedio²¹, 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)²².

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ Valores correspondientes al mes de marzo de 2017.

¹⁹ Ídem anterior.

²⁰ 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.

²¹ Ídem.

²² Valores correspondientes al mes de marzo de 2017.

Resta por último indagar acerca de las posibilidades de las **familias** de las personas en situación de internación prolongada de asumir la responsabilidad por el cuidado de éstas. Al respecto, se registra en primer lugar que la red sociofamiliar de estos/as pacientes (por lo menos el conjunto que se hace conocido por la institución hospitalaria) se compone en general de apenas 1 ó 2 personas. En pocos casos cuentan con 3 personas y en muchos menos con un mayor número de personas de referencia. Al mismo tiempo, las posibilidades de asistencia económica por parte de las familias son en la mayoría de los casos parciales o incluso nulas (debido a la inserción precaria y/o informal en el mundo del trabajo, al desempleo y a otras situaciones en las que los ingresos familiares son apenas suficientes para subsistir diariamente), registrándose un panorama similar en términos de disponibilidad de tiempo para el cuidado (debido a la inserción en el trabajo remunerado y/o a las obligaciones de cuidado previamente existentes, ambas actividades muy difíciles de conciliar con el cuidado de una persona dependiente, que insume gran dedicación horaria). Otras cuestiones que surgen del relevamiento son los problemas de salud o la edad avanzada de las personas que componen la red sociofamiliar, que atentan contra la capacidad física para realizar una tarea que requiere esfuerzos concretos (como por ejemplo levantar, rotar o trasladar a personas adultas limitadas en su movilidad), como así también el hecho de que en muchos casos los/as pacientes mantenían un vínculo esporádico o lejano con sus referentes afectivos, o incluso se habían desvinculado desde muchos años atrás (debido a conflictos diversos de las relaciones interpersonales, a problemas de convivencia, a episodios de violencia o incluso a situaciones de consumos problemáticos de sustancias).

Necesidades de cuidado y recursos de bienestar: una articulación no siempre virtuosa

Al analizar de qué forma se resolvieron las situaciones de internación prolongada, es decir, a través de qué servicios y recursos fue posible organizar una respuesta relativa al alojamiento y cuidados que el/la paciente requería una vez resuelto el “episodio agudo de enfermedad” que determinó su hospitalización, se registra que: en primer lugar, estas internaciones se resolvieron 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 que cuando nos referimos a respuestas estatales y de la seguridad social, éstas 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 mucho 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. Asimismo, se registra que, al final del período de relevamiento, un número significativo de personas continuaba internado a la espera de una solución (17%), mientras que otras fallecieron mientras aguardaban algún tipo de respuesta (12%). Se sigue de lo anterior que las respuestas se encuentran repartidas de manera bastante equitativa entre las instituciones estatales, las de la seguridad social, las redes sociofamiliares y también, los hospitales. Esto es, el hospital, sin ser la institución apropiada a los requerimientos de estas personas, constituye de hecho una respuesta para la problemática de alojamiento y cuidados.

Ahora bien, al indagar en los aspectos que influyen en las diferentes formas de resolución de las situaciones analizadas, surgen dos cuestiones de relevancia. En primer lugar, aquellas personas que se encontraban viviendo con referentes afectivos previo a su internación mayoritariamente retornaron al hogar. Es decir que en estos casos las redes sociofamiliares, más allá de las limitaciones señaladas, asumieron el cuidado de la persona en cuestión. En cambio, la situación de aquellos/as que vivían solos/as previo a su hospitalización se resolvieron principalmente a través del Estado o la seguridad social. En relación con esto, podemos pensar 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 lugar, el egreso hospitalario de las personas autónomas y semidependientes se resolvió principalmente vía instituciones del Estado y de la seguridad social, respectivamente, y luego a través de la red sociofamiliar. En cambio, el egreso de aquellas personas dependientes mayormente “no se resolvió”, ya que luego de finalizado el período del relevamiento casi una tercera parte de este segmento de población permanecía 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 el nivel de dependencia de los sujetos es más elevado, y que ello impacta en el tiempo de permanencia en el hospital, puesto que los mayores tiempos de internación se concentran en los segmentos de población con mayores niveles de dependencia.

Así, es en la posibilidad de organizar el cuidado de largo plazo de las personas parcial o totalmente dependientes que 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. En relación con esto, creemos que es fundamental enmarcar la problemática aquí analizada en el

escenario más amplio definido por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) como “crisis del cuidado” (CEPAL, 2009) para, de esta manera, atender a la complejidad que estas situaciones encierran. Históricamente la responsabilidad por el cuidado de las personas dependientes ha estado depositada en la esfera familiar²³, 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 (Adelantado et al., 1998). Ahora bien, el último medio siglo ha mostrado un sostenido incremento de la participación de las mujeres, tradicionales adjudicatarias de las tareas de cuidado, en el mercado de trabajo (Ministerio de Trabajo de la Nación, 2016), a la vez que se observaba una disminución de hogares de familias extensas y un aumento de familias nucleares, monoparentales o personas que viven solas (Torrado, 2003). Esto 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 cada vez más insertas en el mercado laboral. Al mismo tiempo, las transformaciones en los perfiles demográficos y epidemiológicos²⁴ significan un aumento creciente de las personas dependientes, que presentan necesidades de cuidado de larga duración.

Así, nos encontramos en un contexto en el cual a la vez que aumentan las demandas de cuidado disminuyen las personas disponibles para cuidar: este es el escenario de crisis del cuidado, que se manifiesta a escala microsocia en las tensiones entre problemáticas/demandas nuevas y expectativas/herramientas históricas, y en las dificultades para encontrar soluciones ante lo que aparece como una cierta “inexistencia” de institucionalidad adecuada (Gómez, 2013). En particular, en el campo de las instituciones de salud, estos fenómenos se expresan, como muestra este estudio, en la población con situaciones crónicas que permanece internada en los hospitales de agudos²⁵.

A modo de cierre

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.

²³ 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 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.

²⁴ Desde la segunda mitad del siglo pasado nuestro país viene experimentando una transición epidemiológica y demográfica, que implican una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Rosas y Estrella, 2012) y un envejecimiento poblacional (Rossel, 2016), respectivamente.

²⁵ 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).

Las posibilidades de organizar el cuidado de estas personas en un espacio institucional diferente al hospital dependen de los recursos y servicios disponibles en las diferentes esferas de bienestar. De la sistematización realizada, surge que en la órbita de la seguridad social la alternativa principal en términos de cuidados para las personas dependientes o semidependientes está constituida por la institucionalización (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). En la esfera del Estado, la única oferta que incluye a las personas adultas mayores semidependientes o dependientes es la institucionalización (ya que los demás servicios se destinan a aquellos autoválidos), mientras que aquellas personas dependientes o semidependientes menores de 60 años se encuentran virtualmente sin oferta pública en términos de cuidado (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). En el campo de la sociedad civil, la oferta es altamente segmentada, y nuevamente, orientada en su mayoría a personas “autoválidas”, mientras que los costos de la contratación de servicios de cuidado en el mercado resultan inaccesibles (sobre todo si consideramos que el salario mínimo en el período analizado alcanzaba un valor de \$ 8.060²⁶, la jubilación mínima un valor de \$ 6.394,85 y que PAMI brinda \$ 1300 mensuales para la contratación de cuidadores). Las familias, por último, pueden ofrecer un apoyo parcial, realizando trámites/gestiones diversas, brindando cierta asistencia económica, habitacional y en el desempeño de tareas de cuidado, de manera puntual o acotada, además de sostén afectivo. Cabe destacar que, en muchos casos, si estas familias contaran con algún apoyo externo (de recurso monetario o humano) estarían en mejores condiciones para asumir el cuidado de los sujetos en cuestión²⁷. No obstante, en el escenario descripto, las redes sociofamiliares quedan ubicadas en situaciones de “todo o nada” ya que no existe una oferta de recursos/servicios (ni en el Estado, ni en la sociedad civil, y sólo de manera limitada en la seguridad social) que capitalice estas capacidades de cuidado y brinde un apoyo en términos de “completar” la parte del trabajo del cuidado que éstas no pueden asumir. Por lo tanto, al no poder tomar a cargo “todo” el cuidado, las familias “no se llevan” al/a la paciente del hospital (según la fórmula que suele escucharse en las salas de internación).

Como se infiere, la complejidad 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

²⁶ 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.

²⁷ En relación con esto, cabe aclarar, como se mencionó previamente, que la vinculación afectiva y la capacidad psicofísica de los integrantes de la familia son también factores condicionantes de la asunción de los cuidados. Asimismo debe atenderse a la posibilidad de que los referentes afectivos no deseen tomar a cargo el cuidado de sus familiares. En este sentido, consideramos que el mandato sociocultural del cuidado familiar es una noción que debe revisarse críticamente puesto que entraña y potencia múltiples desigualdades. Al respecto pueden consultarse: Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Faur, 2014; Pautassi, 2007; Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015; entre otros.

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 necesidades de cuidado intervienen una multiplicidad de actores sociales, 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). Las personas que permanecen internadas a la espera de algún tipo de respuesta a sus necesidades en cierto modo emergen y expresan parte de una problemática que a las claras excede los límites de la institución hospitalaria, y que interpela a reflexionar en torno a cómo nos organizamos como sociedad para resolver los cuidados de aquellas personas dependientes.

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*. Nº 3. Universidad Autónoma de México.
- 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. Nº 6. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de 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.
- Galende, E. (1998). “La nueva configuración de la salud mental”. En: *De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós. 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.