# El cuidado al adulto mayor en escenarios cubanos

## Lecturas en clave sociológica

ANGELA PEÑA FARIAS (COORD.)

EDITORIAL

# El cuidado al adulto mayor en escenarios cubanos

## Lecturas en clave sociológica

# El cuidado al adulto mayor en escenarios cubanos

## Lecturas en clave sociológica

**ANGELA PEÑA FARIAS (COORD.)**

EDITORIAL

305.26
Peñ
C Peña Farias, Angela, 1978 -
*El cuidado al adulto mayor en escenarios cubanos. Lecturas en clave sociológica* / Angela Peña Farias. -- La Habana: Editorial UH, 2021.
216 p.; gráf.; tab.

1. ADULTO MAYOR, CUIDADO DEL
2. CUBA-PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO
3. ENVEJECIMIENTO-CUBA-INVESTIGACIONES
I. t.

ISBN 978-959-7265-15-3
ISBN-e 978-959-7265-16-0

ESTE LIBRO HA SIDO SOMETIDO A PROCESOS DE EVALUACIÓN ACADÉMICA

*Edición*
Daniela Rita Fernández Hernández

*Diseño de perfil de la colección*
Alexis Manuel Rodríguez
Diezcabezas de Armada /
Claudio Sotolongo

*Diseño*
Norberto Molina Martínez

*Composición*
Eduardo Rodríguez Arnedo

*Control de la calidad*
Marilé Ruiz Prado

*Imagen de cubierta*
«Vida de mi vida». Fotografía digital, 50 x 50 cm, de Alain Cabrera Fernández, 2021.

*Sobre la presente edición*
© Angela Peña Farias (coord.), 2021
© Editorial UH, 2021

*ISBN*
978-959-7265-15-3
*ISBN-e*
978-959-7265-16-0

*Editorial UH*
Dirección
de Publicaciones Académicas,
Facultad de Artes y Letras,
Universidad de La Habana,
Edificio Dihigo, Zapata y G,
Plaza de la Revolución,
La Habana, Cuba. CP 10400.
Correo electrónico:
editorialuh@fayl.uh.cu
Facebook: editorial.uh.98

# Índice

Presentación ..... 13
ALINA C. ALFONSO LEÓN / ANGELA PEÑA FARIAS / AIMÉE GROSS
Comentarios acerca del envejecimiento cubano 13
Un acercamiento a la temática desde el Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores 19
Bibliografía 22

**I. EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR DESDE EL ESTADO E INSTITUCIONES FORMALES**

Cuba y su panorama sociodemográfico respecto al cuidado. Más cuidado, menos cuidadores ..... 27
MAGELA ROMERO ALMODOVAR / NIUVA AVILA VARGAS
Bibliografía 38

Las casas de abuelos en Plaza de la Revolución: una forma de organizar el cuidado de los adultos mayores desde el Estado cubano ..... 41
JESSICA VALDÉS FUENTES / TERESA MUÑOZ GUTIÉRREZ
Introducción 41
Envejecimiento y políticas sociales 44
Las casas de abuelos 49
A modo de conclusión 58
Bibliografía 60

Competencias y experiencia de los trabajadores sociales en los servicios de cuidado de los adultos mayores en el sector de la salud. Un estudio de caso en Centro Habana ..... 63
MARIANA MUÑOZ RODRÍGUEZ
Políticas sociales y trabajo social en el contexto cubano 66
Experiencia profesional de las trabajadoras sociales

que se encuentran en los servicios de cuidado actualmente en el municipio Centro Habana 71
Consideraciones finales 73
Bibliografía 74

Institucionalidad en el cuidado a los adultos mayores. El caso del Convento de Belén ..... 77
DAYANE PROENZA / RAFAEL VALDIVIA
Introducción 77
Orígenes e historia del Convento de Belén como institución encargada de proveer servicios de cuidado al adulto mayor 78
Funcionamiento de la institución de acuerdo a su orientación de cuidado al adulto mayor en el marco de los proyectos sociales de la Oficina del Historiador de la Ciudad 79
Redes y alianzas interinstitucionales configuradas por el Convento de Belén 84
Bibliografía 88

Envejecimiento y ruralidad: aproximación a su estudio en Cuba ..... 89
YENISEI BOMBINO COMPANIONI / MAYDELIN SOUTO RODA
Introducción 89
Reflexiones necesarias sobre el envejecimiento poblacional 90
Población de más de 60 años de edad en las zonas rurales en Cuba. ¿Qué dicen las estadísticas? 93
Diálogo con la teoría y los estudios consultados 94
Reflexiones finales 95
Bibliografía 96

Asistencia social y envejecimiento en Pinar del Río. Análisis desde la sociología ..... 99
YANET RODRÍGUEZ PÉREZ
Bibliografía 107

**II. FAMILIA Y REDES DE APOYO EN EL CUIDADO A ADULTOS MAYORES**

Cuidado familiar al adulto mayor dependiente en Marianao. Algunas reflexiones ..... 111
DAYANA MERCEDES MORET MUÑOZ
Introducción 111
Aproximaciones teórico-metodológicas 112
Estrategias familiares de cuidado hacia el adulto mayor dependiente. Acciones y procesos organizativos 116

Incorporación del Estado en la actividad de cuidado
hacia el adulto mayor dependiente 119
Incorporación del mercado en las estrategias familiares
de cuidado hacia el adulto mayor dependiente 120
Conclusiones 122
Bibliografía 123

Migrantes internas y cuidado remunerado a adultos mayores
dependientes. Nueva estrategia familiar en el contexto cubano actual ..... 127
RACHEL DEL CORRAL DIÉGUEZ / AIMÉE GROSS GUTIÉRREZ
Introducción 127
Condiciones laborales de un grupo de migrantes
internas en espacios informales de cuidado a adultos mayores
dependientes en La Habana. Resultados del estudio de casos 131
Perfil sociodemográfico de las cuidadoras 131
Estructura y funcionamiento de las familias que emplean
migrantes bajo régimen interno para el cuidado de adultos
mayores dependientes 134
Inserción y condiciones laborales de las migrantes internas
en espacios informales de cuidado a adultos mayores dependientes 137
Conclusiones 142
Bibliografía 143

Mujeres y cadenas locales para el cuidado de las personas mayores
en el Centro Histórico de la Habana Vieja: reflexiones desde la mirada
sociológica ..... 145
MAGELA ROMERO ALMODOVAR / DAYMA ECHEVARRÍA /
DANAY DÍAZ PÉREZ
Introducción 145
Las cuidadoras ¿quiénes son?, ¿cuáles son sus realidades? 146
Cuidadoras familiares de adultos mayores en los hogares 146
Perfil sociodemográfico de la muestra 146
Habilidades para el cuidado y experiencia laboral
como cuidadoras familiares 149
Condiciones de vida y trabajo de las cuidadoras familiares 150
Uso del tiempo y labores que asumen las cuidadoras familiares 152
Percepciones del papel y proyectos futuros
de las cuidadoras familiares 153
Cuidadoras remuneradas de adultos mayores 154
Perfil sociodemográfico de la muestra y habilidades
desarrolladas para la labor de cuidado 154
Experiencia laboral como cuidadoras remuneradas 156
Condiciones de vida y trabajo de las cuidadoras remuneradas 157

Uso del tiempo y labores que asumen las cuidadoras remuneradas 158
Percepciones de su papel y proyectos futuros
de las cuidadoras remuneradas 159
Conclusiones 159
Bibliografía 161

Adultos mayores y capital social. Un estudio sobre las redes
de apoyo de ancianos del reparto Fontanar, Boyeros ..... 165
YILIAN ALBARELLO FERNÁNDEZ / ANGELA PEÑA FARIAS
Introducción 165
Perspectiva teórica del envejecimiento, redes sociales y capital social 166
Redes de apoyo de los adultos mayores en Fontanar 171
Conclusiones 178
Bibliografía 179

**III. OTROS ACTORES**
**EN EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR**

Sector privado y cuidado del adulto mayor dependiente.
Estudio de caso de una institución residencial privada en La Habana ..... 183
DIANELYS LOURDES LLORCA CAMACHO / ANGELA PEÑA FARIAS
Introducción 183
Marcos institucionales para la participación del sector privado
en el cuidado al adulto mayor dependiente en Cuba 186
Estructura y organización de una institución residencial
de cuidado al adulto mayor en el sector privado en La Habana 187
Organización de la institución residencial habanera
como entidad laboral privada 190
Conclusiones 191
Bibliografía 192

Envejecimiento y organización del servicio del cuidado al adulto
mayor dependiente por la Orden de las Carmelitas Descalzas
en el hogar San Francisco de Paula ..... 195
KENIA SIGLER JIMÉNEZ / DAYANÉ PROENZA GONZÁLEZ
Introducción 195
Estructura y funcionamiento del hogar San Francisco de Paula
bajo la dirección de la Orden de las Carmelitas Descalzas 196
Servicio de cuidado proveído desde el hogar San Francisco
de Paula a los adultos mayores dependientes 200
Relaciones entre el hogar San Francisco de Paula y otras instituciones 203
Logros y desafíos a los que se enfrenta el hogar San Francisco
de Paula en el cuidado de los adultos mayores dependientes 205

Conclusiones 207
Bibliografía 208

Sobre los autores ..... 209

# Presentación

ALINA C. ALFONSO LEÓN / ANGELA PEÑA FARIAS / AIMÉE GROSS

## Comentarios acerca del envejecimiento cubano

A nivel mundial la demografía reconoce el sostenido incremento experimentado por el envejecimiento demográfico, cuya principal manifestación es el hecho de que las personas viven periodos cada vez más largos con mayor o menor grado de salud y nivel de actividad. Este proceso se manifiesta a través del aumento paulatino que se produce en la proporción de personas de 60 años y más, respecto al resto de la población.

Jean-Claude Chesnais (1990) define el envejecimiento de la población como la inversión de la pirámide de edades.[1] El proceso de envejecimiento desfigura la habitual apariencia de la pirámide, con una base ancha, que asciende en forma piramidal hacia una cúspide estrecha. La figura muestra una base estrecha, que se va empinando de forma casi rectangular hasta llegar a una cúspide más ancha que la base. En otras palabras, con esta óptica se percibe cómo la cúspide de la pirámide que representa la proporción de personas de 60 años y más se va haciendo más ancha, es decir, aumenta dicha proporción, en tanto que su base, donde están las personas más jóvenes, se torna más estrecha.

En este contexto Cuba no es una excepción. Transcurridas las dos primeras décadas del siglo XXI, una de las principales características de la población cubana es su inobjetable envejecimiento. Otros rasgos que se reflejan en la evolución de la población son su lento crecimiento, que incluso ha exhibido momentos de franco

[1] Una pirámide de población es un gráfico que muestra la composición de una población según edad y sexo (Haupt y Kane 2001).

decrecimiento, y el incierto comportamiento de la migración externa. Ahora bien, si algo define al proceso de envejecimiento cubano, es la velocidad con que se ha producido. En aproximadamente medio siglo la participación de los individuos de 60 años y más en el monto total de población ha pasado de 9.1 % (1970) a 20.8 % (2019). Por solo mentar un ejemplo de la antes mencionada velocidad del envejecimiento demográfico cubano, nótese que, entre el 2018 (20.4 %) y el 2019 (20.8 %), es decir, en solo doce meses, creció en 0.4 puntos porcentuales (figura 1).

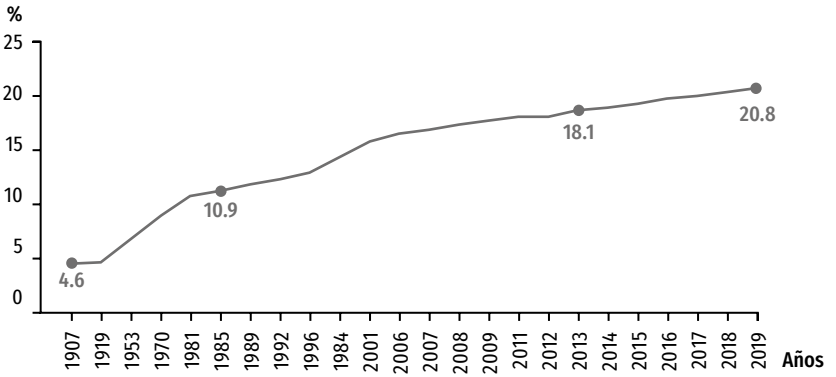


**Figura 1.** Cuba: población de 60 años y más en años seleccionados.
**Fuente:** elaboración a partir de República de Cuba (1908), República de Cuba, Tribunal Superior Electoral, Oficina Nacional de los Censos Demográfico y Electoral (1921, 1955) y Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (1970-2013), (1999-2019).

Esta aceleración ha sido motivada por la implementación de políticas públicas de alcance universal, principalmente en la esfera de la salud, que consiguieron apreciables logros en los indicadores demográficos cubanos desde hace varias décadas, comparables a los de países desarrollados. Según García Quiñones (2019), Cuba clasifica como una nación de ingresos medios altos, con políticas sociales avanzadas y un índice de desarrollo humano igual a 0.77, que en el año 2016 la ubicó en el lugar 66 entre 188 países.

En este contexto no se debe desconocer la impronta de otras políticas públicas, campañas y programas llevados a efecto en los ámbitos de educación, empleo, vivienda, bienestar social, por solo citar unas pocas esferas de la sociedad. Las políticas públicas han contribuido a elevar la capacidad de la población cubana no solo para acceder a una vida decente, activa y saludable, sino también para ejercer un papel activo en estas. Pese a todos los esfuerzos desplegados, se reconoce la necesidad de perfeccionar su alcance, calidad y, sobre todo, su implementación.

Hoy día existe consenso de que el envejecimiento demográfico, es decir, el hecho de que los seres humanos alcancen una edad avanzada, lejos de ser un problema, es un triunfo de la vida. El desafío radica en cómo se vive ese envejecimiento. Esta cuestión implica un gran reto para un país que, pese a afrontar enormes dificultades en el orden económico, nunca ha dejado de reconocer el valor del ser humano como objeto y sujeto del desarrollo.

Un examen de las estadísticas oficiales cubanas permite reconocer que el envejecimiento no debe verse como un bloque monolítico, sino que está lleno de matices. De acuerdo a los datos ofrecidos por la ONEI (2019), la población del país asciende a 11 193 470 habitantes. De ellos, el 20.8 %, es decir, aproximadamente 2 328 344, tienen 60 años y más. La proporción por sexos de las personas adultas mayores es 53.6 % de mujeres frente a 46.4 % de hombres. La esperanza de vida al nacer para ambos sexos es de 78.45 años. Se espera que los hombres vivan 76.5 años, mientras que las mujeres vivan alrededor de 80.45 años.

La tabla 1 muestra la población de 60 años y más, según sexos, en años seleccionados; es posible constatar el carácter cada vez más femenino del envejecimiento demográfico del país. Esta condición se refleja por fuerza en la alta participación femenina en las tareas de cuidado, ya sea de sus pares etarios o de otros pertenecientes a otras generaciones.

**Tabla 1. Población de 60 años y más, según sexos, en años seleccionados en Cuba**

| AÑOS | POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS | PORCENTAJES | |
|---|---|---|---|
| | | FEMENINO | MASCULINO |
| 1999 | 1 629 184 | 51.8 | 48.2 |
| 2008 | 1 908 532 | 52.7 | 47.3 |
| 2009 | 1 950 965 | 52.7 | 473 |
| 2010 | 1 996 632 | 52.8 | 47.2 |
| 2011 | 2 038 453 | 52.8 | 47.2 |
| 2012 | 2 041 392 | 52.7 | 47.3 |
| 2013 | 2 095 784 | 52.9 | 47.1 |
| 2014 | 2 140 738 | 53.0 | 47.0 |
| 2015 | 2 176 657 | 53.1 | 46.9 |
| 2016 | 2 251 930 | 53.2 | 46.6 |
| 2017 | 2 251 930 | 53.4 | 46.6 |
| 2018 | 2 286 948 | 53.5 | 46.5 |
| 2019 | 2 328 344 | 53.6 | 46.4 |

**Fuente:** elaboración a partir de ONEI (1999-2019).

De acuerdo a la zona de residencia, también se advierten elementos característicos. El envejecimiento urbano es algo mayor que el rural. Sin embargo, aunque no existen muchos estudios al

respecto, un repaso a las cifras emitidas por la ONEI en los últimos años permite apreciar un crecimiento de los porcentajes de envejecimiento ligeramente más acelerado en las áreas rurales que en las urbanas. En apenas una década la zona rural ha sumado 2.6 puntos porcentuales. Al cierre del año 2019 el 21.1 % de los residentes en la zona urbana eran personas adultas mayores, mientras que en la zona rural este valor era de 19.6 % (figura 2).

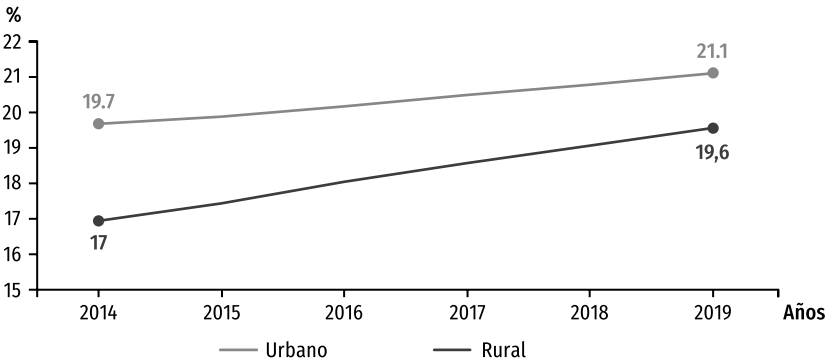


**Figura 2.** Porcentaje de envejecimiento urbano y rural en Cuba.
**Fuente:** elaboración a partir de ONEI (1999-2019).

La provincia más envejecida de Cuba es Villa Clara, con un 24 % de población adulta mayor. Le siguen La Habana (21.9 %) y Sancti Spíritus (21.8 %). El 21.6 % de los residentes en la provincia Pinar de Río tienen 60 años y más. La provincia más joven es Guantánamo y el municipio especial Isla de la Juventud exhibe similar condición. Los dos municipios más envejecidos del país son Plaza de la Revolución y Jovellanos, con un 28.3 % y un 25.4 %, respectivamente, de personas adultas mayores. A continuación están Cifuentes y Unión de Reyes, con idéntico porcentaje que Jovellanos. Quemado de Güines y Placetas tienen, por su parte, un 25.3 %.

Ahora bien, profundizando en la situación de los asentamientos poblacionales, los datos del censo de población y viviendas del 2012 (ONEI 2013) registran que el municipio Placetas, en aquel momento el segundo municipio más envejecido del país, contaba con un número de asentamientos que superaba el 30 % de población adulta mayor. Sin embargo, en su territorio existían dos asentamientos con un envejecimiento medio (Roberto Rodríguez y Manuel Tames). En el 2019 Placetas era el quinto municipio más envejecido, con un 25.3 % de personas adultas mayores dentro del total de población del territorio. El país tenía alrededor de 136

asentamientos, distribuidos en 13 provincias, con porcentajes de población adulta mayor que superan el 30 % de la población total. Lo que se proyecta que ocurrirá en la estructura por edades de la población cubana aproximadamente en el 2030 se observa ya en el nivel de asentamientos, y esa es otra característica importante del envejecimiento cubano.

Hasta el momento de realizarse el censo, los municipios más jóvenes de Cuba eran Yateras, con 13.7 % de población adulta mayor, y Caimanera, con un 14.4 %, ambos pertenecientes a la provincia Guantánamo. Sin embargo, en Yateras existen tres asentamientos (Baldor, La Clarita y El Naranjo), donde el envejecimiento supera el 25 %. Todos ellos son asentamientos rurales. La situación antes descrita se mantiene al cierre del 2018.

Otra característica que no se explora frecuentemente dentro del tema del envejecimiento demográfico es el diferencial existente según el color de la piel. Las pirámides de población al respecto, correspondientes a los tres últimos censos (ONEI 1981, 2003, 2013), muestran que este diferencial viene gestándose al menos desde las últimas cuatro décadas y aparentemente tiende a acentuarse. Una primera visión muestra cómo en ambos grupos, blancos, y negros y mestizos, el característico ensanchamiento de la base de este tipo de gráfico se ha ido trasladando hacia la cima. Fundamentalmente en las pirámides de los últimos censos es posible refrendar la condición de más envejecimiento de la población blanca. Esta característica de mayor juventud de los habitantes negros y mestizos (vistos de conjunto), combinada, además, con el aumento cuantitativo de la participación de los mestizos dentro del total de población, los convierte en lo que pudiera calificarse como un grupo *emergente* dentro de la sociedad cubana actual.

La desigual evolución del envejecimiento según el color de la piel apunta a la existencia de cierta disparidad entre ambos grupos respecto a la duración de la vida humana. En estos contrastes influyen disímiles causas, entre las que se pueden citar los efectos de las políticas de blanqueamiento seguidas en las primeras décadas del siglo xx. Las secuelas que aún subsisten de las iniquidades históricas en el desarrollo económico, así como el desigual comportamiento tanto de la fecundidad como de los procesos migratorios y las conductas de salud seguidas, se reflejan en mayor o menor medida en la calidad de vida y en su duración. El hecho de que este diferencial de envejecimiento según color de la piel sea manifiesto inclina a pensar que no puede soslayarse el basamento histórico-cultural implícito, que aún se refleja en las condiciones de vida de blancos, y negros

y mestizos. En sentido amplio, esto ineludiblemente influye en el seguimiento de determinadas conductas y actitudes, de indiscutible ascendiente en el estado de salud individual. En un contexto como el cubano, con preponderancia de las enfermedades no transmisibles, provocadas por los efectos de determinados factores de riesgo, estos comportamientos tienen su impronta en la duración de la vida humana (figuras 3-5).

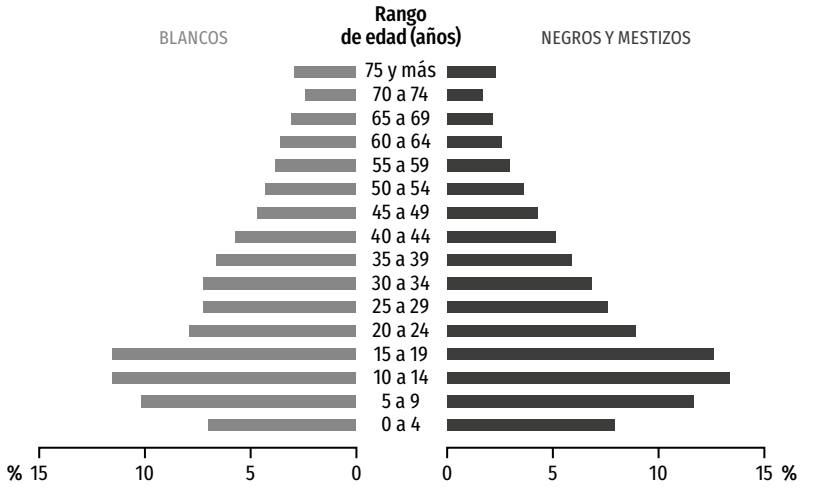


**Figura 3.** Pirámide de población cubana, según color de la piel, en el año 1981.
**Fuente:** elaboración a partir de ONEI (1981).

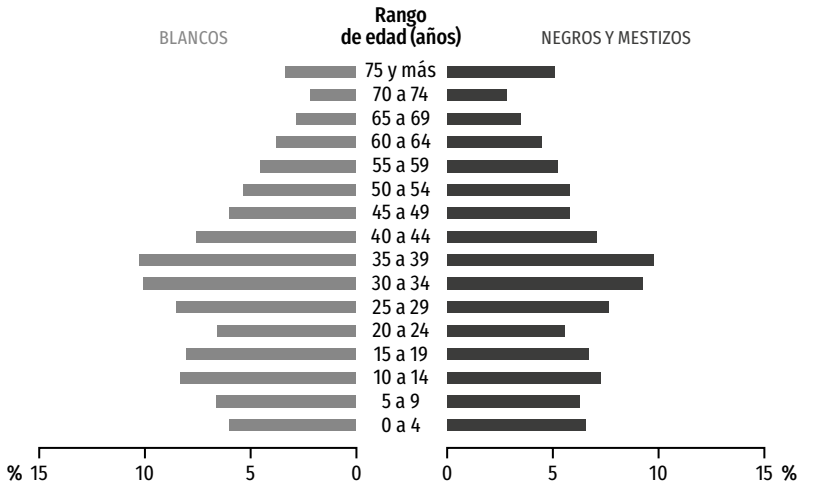


**Figura 4.** Pirámide de población cubana, según color de la piel, en el año 2002.
**Fuente:** elaboración a partir de ONEI (2003).

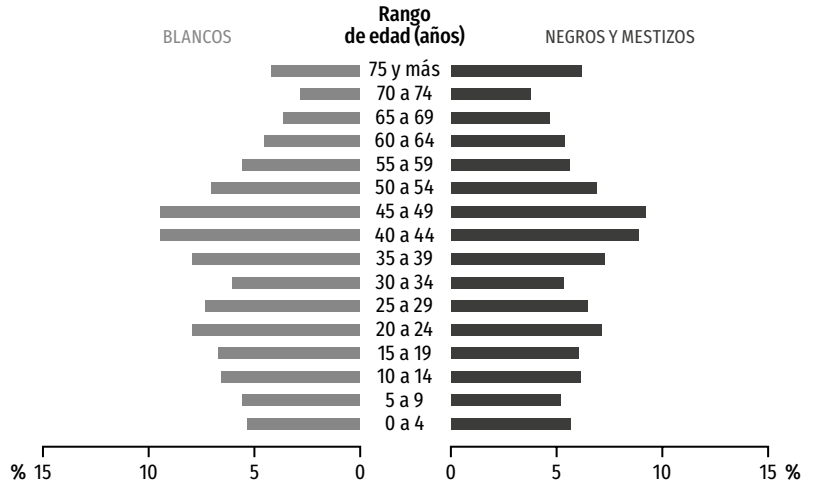


**Figura 5.** Pirámide de población cubana, según color de la piel, en el año 2012.
**Fuente:** elaboración a partir de ONEI (2013).

Los datos del censo de población y viviendas de 2012 (ONEI 2013) permiten apreciar otros diferenciales en este grupo etario. Respecto al nivel educacional, alrededor del 49.9 % tiene un nivel educacional de primaria o ninguno. Aunque predominan las personas casadas o unidas, aumentan los porcentajes de viudos, fundamentalmente mujeres, a partir de los 75 años. Desde el punto de vista laboral, aproximadamente el 51.8 % de las personas adultas mayores son jubiladas. Cabe destacar que más del 30 % de estos jubilados tienen 75 y más años de edad. Las pensiones de estas personas no son tan elevadas y esta situación marca de alguna manera el cuidado. Por último, el censo mostró que aproximadamente un 13 % de las personas adultas mayores tienen algún tipo de limitación física.

## Un acercamiento a la temática desde el Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores

Cada vez más desde diferentes disciplinas científicas se hace alusión a la necesidad e importancia de estudiar, reflexionar y proponer pautas de acción sobre el fenómeno del envejecimiento demográfico y sus impactos sociales. En tiempos como los que ha tenido que afrontar la humanidad recientemente, debido a la pandemia por COVID-19 desde el año 2020, ha sido más evidente que nunca la fragilidad de la vida, especialmente la de las personas mayores. El papel que desempeñan los sistemas de cuidado, la familia, las redes de apoyo de diverso tipo y fundamentalmente el Estado se ha hecho más notorio en la garantía de la vida y bienestar de este grupo etario.

En consonancia con esta realidad, el presente libro resume el trabajo de investigación que sobre estos sistemas, en el caso cubano, se ha realizado entre los años 2017 y 2020 por el Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam). Esta organización, perteneciente al Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana, se ha dado a la tarea de registrar las condiciones en que transcurre el cuidado al adulto mayor en el contexto cubano, se ha enfocado en los actores claves del proceso, y hacia ellos también ha dirigido propuestas analíticas (Gicam 2020) y de política (Gross y Peña 2018).

Como producto de una labor de más de tres años del equipo de investigación, el libro que se presenta expone resultados o informes de investigación específicos, conducidos por estudiantes del Departamento de Sociología, investigadoras del grupo y colaboradoras externas. Igualmente se compilan otros trabajos que son resultado de la revisión bibliográfica y la reflexión con vistas a abrir temáticas de escaso tratamiento.

Se ha estructurado este texto en tres partes, de las cuales la primera está dedicada a los resultados de investigación sobre los procesos de cuidado al adulto mayor desde la proyección del Estado, la segunda se adentra en las formas de cuidado en la familia y la relevancia de las redes de apoyo, mientras que la tercera está dedicada a la intervención de otros actores, que no por menos frecuentes o divulgados son menos relevantes, entiéndase la Iglesia o el mercado. Es posible apreciar una cierta intencionalidad en esta organización y agrupamiento: el hecho de que la parte primera se dedique a la acción del Estado demuestra el papel que tanto en la teoría como en la práctica de las políticas de cuidado ocupa este actor en la realidad internacional y en Cuba.

Por su parte la familia, como actor igualmente imprescindible en el proceso de cuidado a los adultos mayores, ha sido abordada en este libro desde diferentes aristas. Se enfatiza en su papel articulador en la intervención de otros actores del régimen de bienestar, así como en las propias condiciones y prácticas que caracterizan la provisión de acciones de cuidado hacia sus mayores.

Como bien se apunta al inicio del libro, en el caso cubano el envejecimiento demográfico se produce a partir de la acción combinada del comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones. Las dos primeras se caracterizan desde hace décadas por sus bajos niveles. En el caso de la migración, tanto interna como externa, se constata cómo desde hace algunos años incrementan paulatinamente sus efectos en la

pirámide de población cubana. Abundando un tanto en el tema de la migración externa, resulta oportuno señalar que, según las estadísticas oficiales, en el periodo 2006-2016 alrededor de un 10 % de esta estuvo conformada por adultos mayores que emigraron de manera definitiva para emprender otros proyectos de vida. En ocasiones esta migración está asociada a la necesidad de apoyar a familiares en labores de cuidado de niños, enfermos y personas adultas mayores.

Transcurridas dos décadas del siglo XXI, no se puede soslayar el compromiso demográfico que experimenta el país. Este afecta de manera casi inmediata no solo la esfera de la producción material, sino también áreas como la salud, los servicios y la seguridad social. A partir del año 2006 se viene registrando un decrecimiento, casi sostenido, en el total de la población. Esto refrenda lo que se alerta en el primer capítulo de este libro: más cuidados, menos cuidadores. Proteger y garantizar todo lo posible la conservación de la salud y la calidad de vida del potencial humano con que cuenta el país cobra mayor urgencia. Así se diseñan estudios y políticas de carácter general o enfocados en las diferentes etapas de la vida. Dentro de estos, se otorga particular atención al alcance de una longevidad satisfactoria, con calidad de vida para los ancianos.

Los capítulos iniciales del libro reconocen con creces esta situación e incursionan en áreas que aún no se estudian con la profundidad que merecen. Uno de los efectos que se manifiesta de forma cada vez más creciente es la aparición de hogares con personas adultas mayores solas o conformados por varios adultos mayores o, incluso, adultos mayores con niños. Otra faceta de gran importancia es promover el estudio del envejecimiento en espacios rurales. En ocasiones, los estudios resultan demasiado urbanos, incluso muy *habaneros*, y se olvida ese 24 o 25 % de población que está en espacios rurales, que desempeñan un papel de capital importancia para alcanzar la soberanía alimentaria del país.

Por último, resultaría importante en un futuro evaluar el impacto demográfico no solo en las personas adultas mayores, sino también en sus cuidadores. El comportamiento del potencial de cuidadores que tiende al decrecimiento es una cuestión para la que no se vislumbran cambios en el futuro y compromete el desarrollo armonioso de esta labor.

Este libro visibiliza un amplio espectro de temas desde una diversidad metodológica y teórica-conceptual. El motivo está en la urgencia que el tema impone a la sociedad cubana actual y

constituye el primer trayecto de un camino que el Gicam se ha trazado para contribuir al cumplimiento de la demanda social al saber experto. Se invita, entonces, a los lectores a acompañarnos en este trayecto no solo desde su lectura –beneplácita o discrepante–, sino también desde el compromiso que debe resultar para todos la sensibilización con los temas de envejecimiento y cuidados. De este modo pretendemos que este texto motive la reflexión y el debate, pero fundamentalmente la toma de decisiones para la construcción de una política del cuidado de personas mayores en Cuba, basada en la corresponsabilidad social y de género.

## Bibliografía

Chesnais, Jean-Claude (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. Santiago de Cuba: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), Centro Latinoamericano de Demografía (Celade) e Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED).

García Quiñones, Rolando (2019). «Cuba: envejecimiento, dinámica familiar y cuidados». *Novedades de Población*, vol. 15, n.º 29, enero-junio, pp. 129-140.

Gross, Aimée; Peña, Angela (2018). «La política del cuidado en Cuba. Retos y perspectivas para un diseño multiactoral de cuidado con énfasis en los adultos mayores» [en línea]. *Revista Universidad de La Habana*, n.º 286, julio-diciembre. [Consulta: 2020-11-15]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-92762018000200011&lng=es&nrm=iso

Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam) (2020). *Indicadores para analizar la situación del cuidado de personas adultas mayores: propuesta orientada a transversalizar el enfoque de género y el de bienestar de personas cuidadas y cuidadoras*. Santo Domingo: Fundación Friedrich Ebert.

Haupt, Arthur; Kane, Thomas (2001). *Manual sobre la población*. Washington D. C.: Population Reference Bureau.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (1970-2013). *Censo de población y viviendas de la República de Cuba*. La Habana: [s. e.].

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (1981). *Censo de población y viviendas de la República de Cuba, 1981*. La Habana: [s. e.].

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (1999-2019). *El envejecimiento de la población cubana. Cuba y sus territorios*. La Habana: [s. e.].

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2003). *Censo de población y viviendas de la República de Cuba, 2002*. La Habana: [s. e.].

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2013). *Censo de población y viviendas de la República de Cuba, 2012*. La Habana: [s. e.].

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2019). *El envejecimiento de la población cubana. Cuba y sus territorios*. La Habana: [s. e.].

República de Cuba (1908). *Censo de la República de Cuba bajo la administración provisional de los Estados Unidos. 1907.* [s. l.]: Oficina del Censo de los Estados Unidos.

República de Cuba, Tribunal Superior Electoral, Oficina Nacional de los Censos Demográfico y Electoral (1921). *Memoria del Censo de 1919.* La Habana: Maza, Arroyo y Caso, S. en C.

República de Cuba, Tribunal Superior Electoral, Oficina Nacional de los Censos Demográfico y Electoral (1955). *Censos de población, viviendas y electoral. Informe general. 1953.* La Habana: P. Fernández y Cía., S. en C.

# I. El cuidado al adulto mayor desde el Estado e instituciones formales

# Cuba y su panorama sociodemográfico respecto al cuidado. Más cuidado, menos cuidadores

MAGELA ROMERO ALMODOVAR / NIUVA AVILA VARGAS

El envejecimiento poblacional constituye uno de los procesos más acuciantes que desde el punto de vista social, político y económico afronta Cuba. Este constituye un resultado del desarrollo alcanzado, a partir de programas encaminados a la protección, seguridad y asistencia social a sus ciudadanos. Este país, junto a Argentina y Uruguay, se encuentra en la cúspide de la región por el rápido y sostenido incremento de la población senescente, y con Barbados llegará a alcanzar la mayor proporción de población de la tercera edad en la región hacia 2025, cuando una de cada cuatro personas tendrá 60 años de edad o más (Albizu-Campos 2015, p. 17).

Según refieren los datos del último anuario estadístico publicado, al cierre del 2018 la población con 60 años o más había ascendido a 20.4 %, y se estima que para el 2030 llegará al 30.1 % (tabla 1) (Oficina Nacional de Estadísticas e Información [ONEI] 2019b).

**Tabla 1. Evolución de la estructura por edades de la población de Cuba (%)**

| AÑOS | TOTAL | 0 - 14 | 15 - 59 | 60 Y MÁS |
|---|---|---|---|---|
| 1907 [a] | 100 | 36.6 | 58.8 | 4.6 |
| 1919 [a] | 100 | 42.3 | 52.9 | 4.8 |
| 1931 [a] | 100 | 37.4 | 57.5 | 5.1 |
| 1943 [a] | 100 | 35.5 | 58.9 | 5.6 |
| 1953 [a] | 100 | 36.2 | 56.9 | 6.9 |
| 1970 [a] | 100 | 36.9 | 54.0 | 9.1 |
| 1981 [a] | 100 | 30.3 | 58.8 | 10.9 |
| 2002 [a] | 100 | 20.5 | 64.8 | 14.7 |
| 2005 [b] | 100 | 19.0 | 65.3 | 15.7 |
| 2010 [b] | 100 | 17.3 | 64.9 | 17.8 |
| 2015 [b] | 100 | 16.5 | 64.1 | 19.4 |

**Tabla 1. Evolución de la estructura por edades de la población de Cuba (%) (cont.)**

| AÑOS | TOTAL | 0 - 14 | 15 - 59 | 60 Y MÁS |
|---|---|---|---|---|
| 2016 [b] | 100 | 16.3 | 63.9 | 19.8 |
| 2017 [b] | 100 | 16.1 | 63.8 | 20.1 |
| 2018 [b] | 100 | 16.0 | 63.6 | 20.4 |
| **PROYECCIONES** | | | | |
| 2020 | 100 | 16.4 | 62.1 | 21.5 |
| 2025 | 100 | 16.4 | 57.7 | 25.9 |
| 2030 | 100 | 15.5 | 54.4 | 30.1 |

Leyenda: [a] censo de población y viviendas, [b] Sistema de Información Estadística.
**Fuente:** ONEI (2019b, p. 26).

Si se relacionan estos datos con los que aparecen en las figuras 1 y 2 sobre la estructura poblacional en Cuba, se pueden observar cambios significativos en la presente década, sobre todo a partir del ensanchamiento paulatino de la cúspide en la medida que ha aumentado el número de adultos mayores.

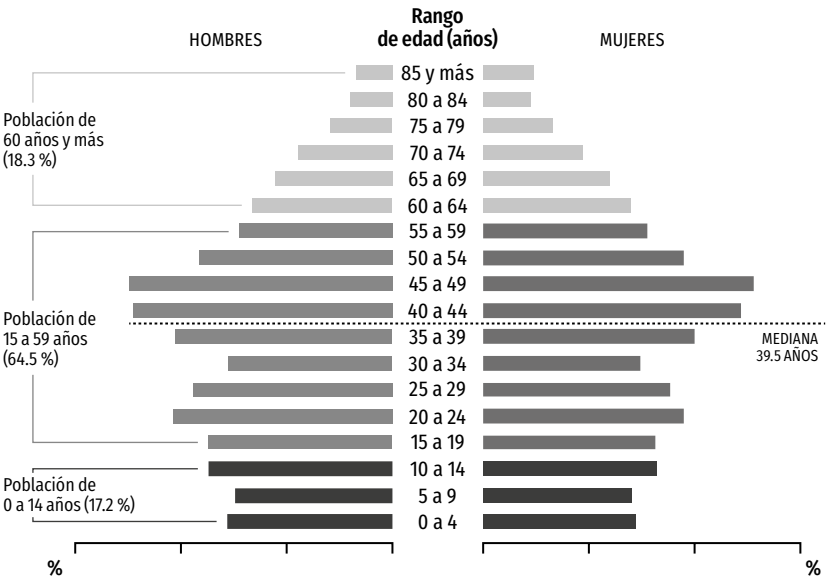


**Figura 1.** Estructura de la población cubana por edad y sexo, 2012.
**Fuente:** ONEI (2014, p. 76).

Ambas pirámides muestran que en menos de una década la población del grupo de 0-14 años ha disminuido discretamente, mientras que la población de 60 años y más lo ha hecho a la inversa. Esto se debe a la entrada en este segmento etario de contingentes poblacionales más numerosos, derivados de los nacimientos anteriores a 1978.

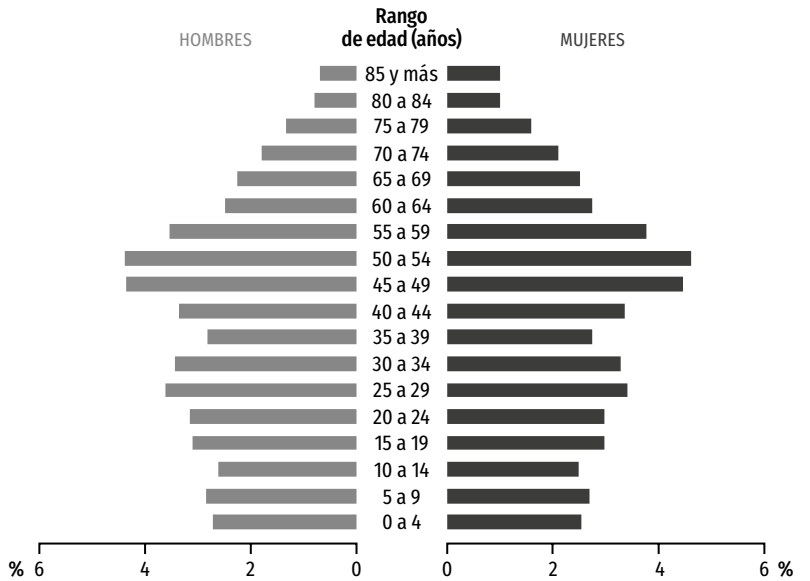


**Figura 2.** Estructura de la población cubana por edad y sexo, 2018.
**Fuente:** ONEI (2019a).

Un aspecto que resalta es el paulatino incremento de los subgrupos más longevos. Se espera que la franja de población con 75 años y más sea la que tenga un mayor crecimiento; sin embargo, algunas investigaciones pronostican que será el grupo de 80 y más años el que destaque en ese comportamiento. Barrios Tabares (2019) plantea que «en el período comprendido entre 1950 y 2018, la edad mediana de la población (edad que divide la población en dos grupos de igual número de personas) pasó de 22.3 a 40.6» (p. 19). Esta realidad ya se avizoraba desde la difusión del informe censal de 2012, lo cual implica una tendencia a la concentración de la población en edades cada vez más adultas y el decrecimiento de la población menor de 15 años.

Según proyecciones, se espera que para el 2040 este segmento tenga un peso solo del 18 % en la pirámide poblacional del 40 % que representaba en 1950 (Barrios Tabares 2019, p. 13). Un indicio de la preocupación por estos es que por vez primera en el trienio 2005-2007 se calculó la esperanza de vida hasta los 100 años y más.

Se cree pertinente, para un mejor entendimiento del escenario demográfico del país, la lectura de algunos datos relativos al comportamiento de tres variables que intervienen en el

crecimiento de la estructura poblacional: la mortalidad, la fecundidad y las migraciones.

Para la segunda mitad del siglo XX y lo transcurrido del XXI, las condiciones en materia de salud, ciencia, tecnología, educación, asistencia social y otras esferas de las políticas públicas habían incidido en la consolidación de la disminución de la tasa bruta de mortalidad (TBM) por debajo de los 9.5 por cada mil habitantes. Específicamente la infantil tuvo una caída brusca, que la ubica actualmente en los 4 por cada mil nacidos vivos, de 36.4 a la que ascendía en 1967 (ONEI 2018, p. 67). En los últimos años se puede observar que la TBM ha iniciado un leve ascenso, y se espera que esta sea la tendencia (figura 3), debido a la acción de la muerte sobre los segmentos más longevos.

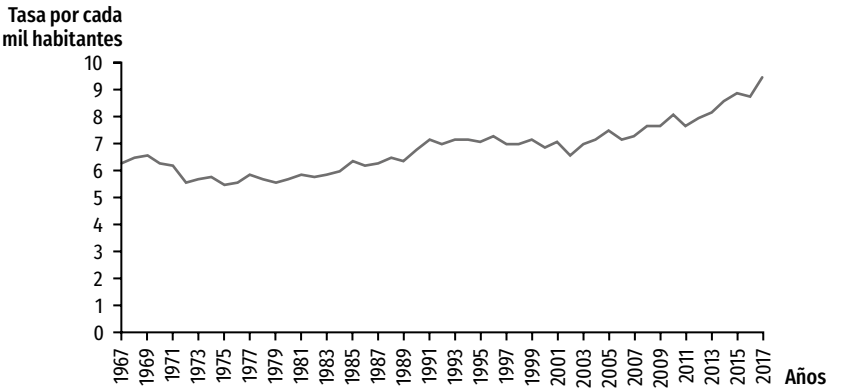


**Figura 3.** Tasa bruta de mortalidad en Cuba por cada mil habitantes.
**Fuente:** ONEI (2018, p. 85).

Esta distorsión del indicador se debe a la estructura de edades de la población, y responde a sociedades envejecidas. Para aislar esta desviación sería válido calcular la tasa de mortalidad tipificada o acudir al indicador resumen de la mortalidad: la esperanza de vida al nacer.

La prolongación de la vida, traducida en una esperanza al nacimiento, en Cuba se ha elevado. Representó 78.45 años para ambos sexos en el trienio 2011-2013, lo cual implica mayor supervivencia, no siempre con índices de morbilidad adecuados. La mayor ganancia la obtienen las mujeres con 80.45 años; 3.95 más que los hombres. Sin embargo, cuando se compara con países que muestran un grado de envejecimiento similar, la brecha no beneficia tanto a las mujeres (Barrios Tabares 2019, p. 17).

Si se compara este trienio con el de 2005-2007, es evidente que los hombres, aunque levemente, mejoraron su indicador más que las mujeres.

El comportamiento de la tasa bruta de reproducción ha sido bajo y desde 1978 no se alcanza el número necesario para garantizar el reemplazo. Las proyecciones de población no avisoran una recuperación del nivel de fecundidad en el país. Una de sus consecuencias es el incremento de la razón entre la población de 60 años y más por cada cien niños y adolescentes en el presente siglo, hecho que no parece revertirse, dada la baja natalidad tendencial, como se muestra en la figura 4. La evolución del patrón cubano de la fecundidad, similar al de países con alto desarrollo, difícilmente vuelva a parecerse al de décadas anteriores.

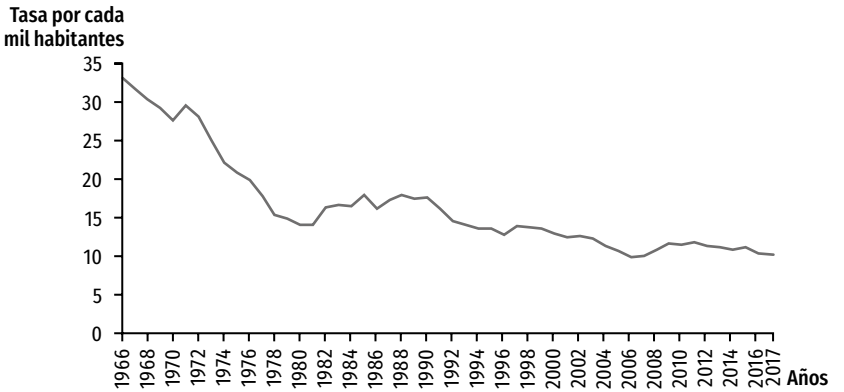


**Figura 4.** Tasa bruta de natalidad en Cuba por cada mil habitantes.
**Fuente:** ONEI (2018, p. 61).

Al comportamiento de las variables del crecimiento natural, se le une el de las migraciones. Las corrientes migratorias internas van en las direcciones menos propicias, lo cual acelera los procesos de concentración urbana, mientras que el saldo migratorio externo se ha mantenido sostenidamente con valores negativos (figura 5).

Si bien los datos que se muestran reflejan una realidad cercana en el tiempo, se sabe que el saldo migratorio ha mantenido valores negativos desde el año 1960, y solo retomó valores positivos como efecto de la aplicación del Decreto Ley 302 (Ministerio de Justicia 2012). Sin embrago, es importante destacar el hecho de que posteriormente a esta fecha se vuelven a restablecer los valores históricos.

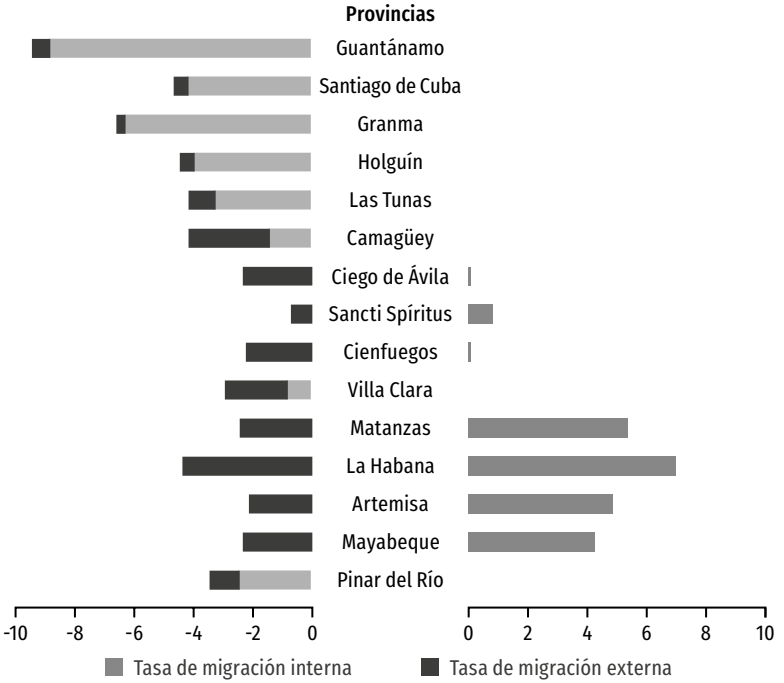


**Figura 5**. Tasas del saldo migratorio interno y externo por provincias en Cuba durante el año 2018.
**Fuente:** ONEI (2019a, p. 48).

A través de la figura 6 se puede apreciar la permanencia de saldos negativos en el tiempo, hecho que condiciona la existencia de vacíos, pues se trata con regularidad de flujos migratorios de mujeres, jóvenes y de relativamente elevada calificación. Se conoce que en el año 2017 el valor del saldo migratorio externo[1] del país fue de -26 194 personas (ONEI 2018, p. 111).

Las nuevas flexibilizaciones de las regulaciones migratorias no han podido esconder ni contener como se hubiese querido los valores negativos del saldo internacional. En este último punto habría que señalar que, a pesar del número de repatriados en el país, muchas veces estos se ubican en los grupos de edades fuera de lo contemplado como laborales o población económicamente activa (PEA), así que estas personas serán, en teoría, del grupo de los dependientes.

[1] Saldo migratorio: es la diferencia entre los inmigrantes (entradas) y los emigrantes (salidas) en un territorio dado para un periodo de tiempo definido, conocido como intervalo de migración, y que regularmente es de un año.

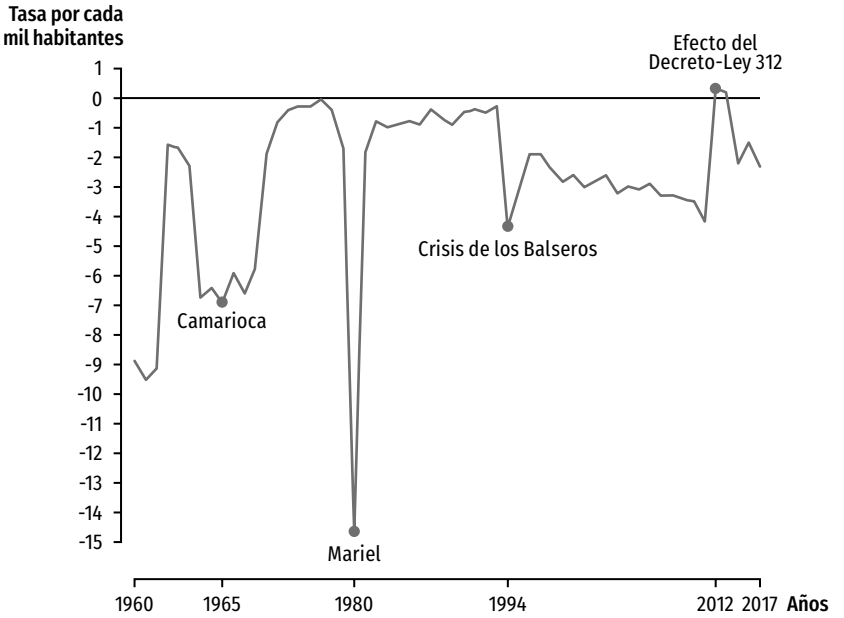


**Figura 6.** Tasas del saldo migratorio externo por cada mil habitantes en Cuba (1960-2017).
**Fuente:** Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2018b).

Uno de los indicadores que muestra las implicaciones del proceso en los sistemas económicos, de salud, asistencia social y grupo familiar es el índice de dependencia. Este explica la carga sobre los recursos laborales, pero también sobre los sistemas de acompañamiento y de cuidado. En el último periodo la relación entre la población dependiente (0-14 y 60+) y la población en edad laboral (15 a 59 años) creció. Los cálculos[2] correspondientes a las últimas décadas permiten una reflexión más completa al respecto.

Como puede notarse en la figura 7, en lo que va de la presente década este valor ha ascendido considerablemente (de 540 en 2010 a 571 en 2018), lo que representa una mayor carga o presión sobre la población en edad laboral del país. Más aún preocupa el pronóstico para los próximos años, pues se evidencia un ascenso sostenido de este valor, que puede llegar a alcanzar cifras de 611, 734 y 838, para el 2020, el 2025 y 2030, respectivamente (ONEI 2019b, p. 26); lo que implicará que, en un futuro mediato, las próximas generaciones tengan el peso de una gran población que los rebase en número y demandas sociales.

[2] Dicho valor refleja la relación entre la población infantil y adulto mayor con respecto a la población adulta por cada mil habitantes.

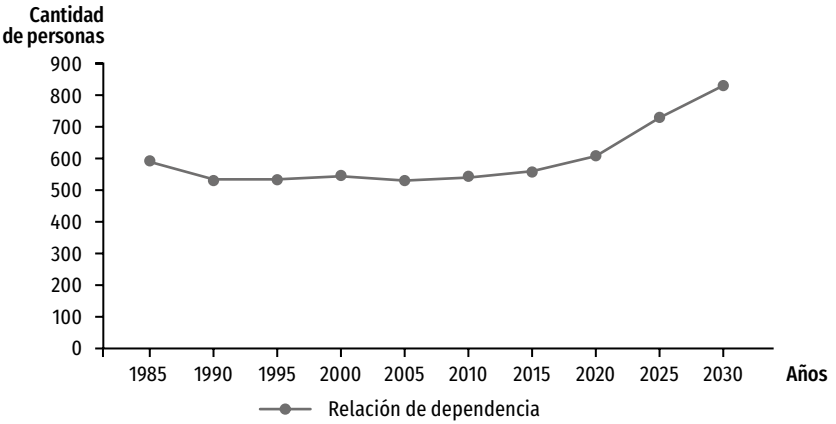


**Figura 7.** Relación de dependencia por cada mil habitantes de 15 a 59 años (tendencias).
**Fuente:** elaboración a partir del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2018a).

Cuba en los próximos cinco años concluirá su bono demográfico, lo que implicará que su población dependiente crecerá mucho más rápido que aquella en edad laboral. Según expertos, el país no logró aprovechar el bono que se creó como consecuencia del *boom* de nacimientos de los años sesenta, cohortes que décadas más tarde pasarían a integrar la PEA (figura 8).[3] De ello resulta una tensión no solo a nivel del sistema de pensiones y seguridad social, sino también hacia el interior de las familias.

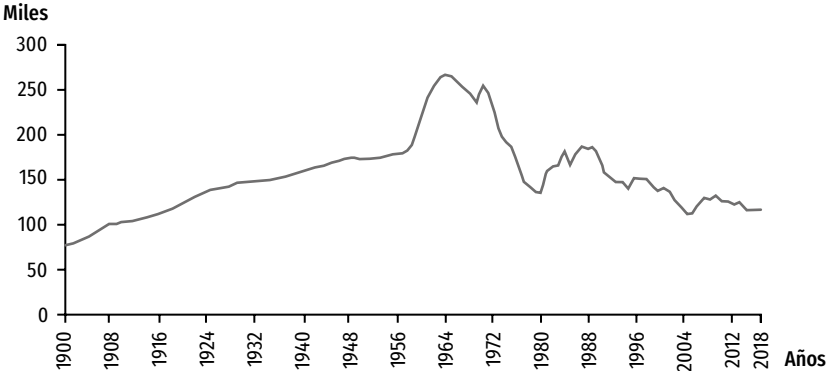


**Figura 8.** Evolución de los nacimientos en Cuba (1900-2018).
**Fuente:** ONEI (2019b, p. 30).

[3] La situación respecto a la PEA por género ha sido desfavorable para las mujeres, ya que estas constituyen la mayor reserva laboral del país. Por ejemplo, según el censo de 2012, aquellas dedicadas a tiempo completo a las labores domésticas ascendían en números absolutos a 1 698 325 (ONEI 2016).

El panorama anteriormente descrito constituye en términos de política social y dinámicas cotidianas un desafío importante, pues la probabilidad de dependencia se acrecienta. Además, como muestra la figura 9, las condiciones de salud de esta población gravitan sobre las atenciones que demandará tanto al sistema sanitario como a los miembros de las familias a su cuidado.

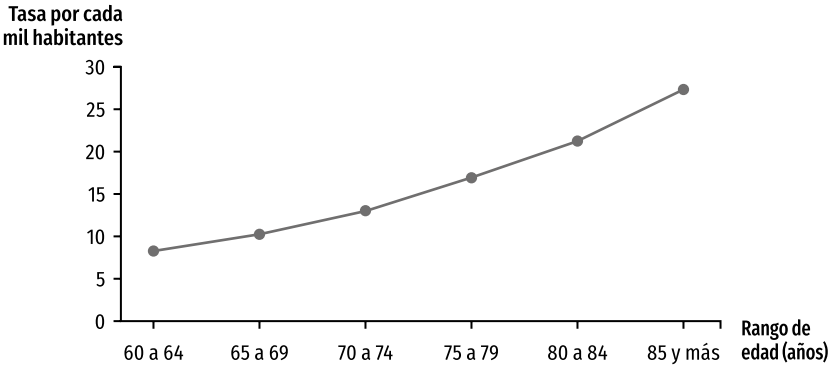


**Figura 9**. Población de 60 años y más con algún tipo de padecimiento por grupo de edades (2012).
**Fuente:** elaborado a partir de ONEI (2014, p. 200).

Teniendo en cuenta que el porcentaje de personas con alguna discapacidad o padecimiento aumenta con la edad, es de esperarse que los grupos más longevos demanden mayor atención especializada para su cuidado y que disminuyan las probabilidades de una vejez con bienestar, a menos que desde la política se pretenda una realidad diferente, a partir de un enfoque de promoción de salud con énfasis en lo preventivo.

Esta situación tiene implicaciones significativas para el Estado, pero sobre todo para la familia, dos actores con papel protagónico en el establecimiento de los regímenes de cuidado en el país. Mientras más fuerte sea la asistencia social que puedan brindar los gobiernos a través de sus políticas públicas, menos compleja será la situación para las familias. Sin embargo, la realidad demuestra que, ante un proceso poblacional como el cubano, con situaciones de crisis y afectaciones económicas, las políticas aún son insuficientes para brindar cobertura de asistencia para todos. Las familias deberán asumir el cuidado de sus mayores, lo que no ocurre de manera equitativa, porque continúan siendo las mujeres las encargadas de ejecutar el papel de cuidadoras, función que comparten, además, con su cada vez mayor

participación social, política y económica. Esto provoca que en ocasiones comprometan su vida personal para sumir esta nueva responsabilidad.

Además, desconocer este aspecto puede incidir en un desaprovechamiento de las capacidades instaladas en la población para garantizar su propio desarrollo; sobre todo en el caso de las mujeres, marcadas por su posición de género y de clase. Estas pueden ver vulnerados sus derechos, posibilidades de realización y de aporte social ante las encrucijadas limitadoras que les impone *la obligación* de cuidar a otros. La intensificación del trabajo de quienes se quedan a cargo de estas funciones y su poca disponibilidad para construir e impulsar, desde el espacio público, cualquier modelo social y económico es una realidad.

Lo específico del cuidado del adulto mayor ubica el factor tiempo como una variable que afecta a la persona que cuida tanto física y, sobre todo, emocionalmente. A diferencia del cuidado infantil, la dedicación a los adultos mayores va incrementándose con la edad, pues crece la probabilidad de una atención a tiempo parcial o completo. Inclusive pueden demandarse cuidados especializados, si los adultos mayores presentaran algún tipo de enfermedad o limitaciones físico-motoras. Pero, además, no solo se trata del tiempo como parte del ciclo de vida, sino también la cantidad de horas que se deben destinar a tal actividad.

El cuidado no solo se circunscribe a los periodos de dependencia, sino que también incluye el mantenimiento del estado de salud de los adultos mayores. Las mujeres como principales gestoras de la salud familiar serán las encargadas, entonces, de acompañarlo a los servicios médicos, atender su medicación sistemática, así como su alimentación. Según la encuesta nacional sobre igualdad de género (ENIG-2016), en actividades de atención, cuidado y acompañamiento de adultos de 60 años y más que requieren cuidados continuos, las mujeres de 15 a 74 años, como promedio, dedicaban 1.01 horas semanales frente a 0.53 que dedicaban los hombres. La brecha en la tasa de participación en los cuidados del adulto mayor es mucho más abierta: 16.92 % mujeres y 9.83 % hombres (Centro de Estudios sobre la Mujer y ONEI 2018, pp. 32-33).

En el caso cubano la cifra de adultos mayores que vivían solos para el año 2002 era de 158 880, lo que constituía el 32.52 % del total de hogares unipersonales.[4] Durante el periodo inter-

[4] Calculado a partir de ONEI (2006, pp. 305-306).

censal esta cifra aumentó a 280 591 en números absolutos, pero representó el 39.6 %.[5]

Las múltiples situaciones que experimentan los hogares cubanos –adultos mayores solos, convivencia de una o dos generaciones de más de 60 años, ancianos dependientes o abuelos que tienen a su cargo menores de edad– complejiza la realidad de nuestro envejecimiento poblacional.

Haber realizado a *grosso modo* este esbozo del panorama sociodemográfico del país en clave sociológica permite tener una visión más totalizadora de esta realidad. Las reflexiones, más allá de presentar los números, intentan posicionar un necesario debate sobre qué repercusiones pueden tener estos procesos de cambios sociodemográficos en las dinámicas cotidianas de las personas, y en qué medida estas realidades y tendencias tienen que ser tenidas en cuenta para el diseño de la política social.

El reto está, a nuestro juicio, en lograr articular políticas sociales que faciliten el cuidado de las personas adultas mayores dependientes (así como de otros grupos etarios, como los infantes o personas con discapacidad), en un contexto también complejo y de cambios para los dos agentes proveedores por excelencia: el Estado y la familia. Por una parte, el Estado cubano desarrolla un proceso de perfeccionamiento, revisión y reorientación de la política basado en la propuesta de los Lineamientos de la Política Económica y Social (Partido Comunista de Cuba 2011). Por otra parte, las familias cubanas experimentan transformaciones relacionadas con la disminución de su tamaño promedio, el impacto de las migraciones sobre sus efectivos, las tensiones que se derivan de la situación socioeconómica que enfrenta el país y la presencia de varias generaciones que conviven en el mismo hogar. Por solo citar uno de los retos que enfrentan las familias, según el Censo de 2012 (ONEI 2016), en el 50.2 % de los hogares cubanos reside un adulto mayor de 60 años y más, y en el 44.7 % y el 5.1 % cohabitan dos y tres, respectivamente. Esto permitiría afirmar que aproximadamente en la mitad de los hogares cubanos se convive con más de dos ancianos.[6]

El envejecimiento poblacional ha sido una ganancia para la sociedad cubana, que la ubica por encima de muchas de sus pares latinoamericanas, pero que también pone al descubierto la necesidad, cada vez más apremiante, de una política de población que no solo centre su mirada en las estructuras demográficas,

[5] Calculado a partir de ONEI (2014, p. 269).
[6] Calculado a partir de ONEI (2014, p. 270).

sino también en actores sociales que complementan el proceso. La vejez poblacional ha dejado de ser un fenómeno relativo a los adultos mayores, pues introduce a todos, familiares o no, en su cuidado.

## Bibliografía


Albizu-Campos, Juan Carlos (2015). «Cuba: escenarios demográficos hacia 2030». *Novedades en Población*, n.º 21, pp. 1-25.

Albizu-Campos, Juan Carlos (2019). «Cuba. Envejecimiento, recursos laborales y bono demográfico» [ponencia]. *IV Taller de Desigualdades del Instituto de Investigaciones de la Cultura Cubana Juan Marinello (IICC)*. La Habana, 11 y 12 de diciembre.

Alfonso Valdés, C. Y. (2001). «Cuba. El proceso de envejecimiento de su población. Sus efectos en la composición de la fuerza de trabajo y en los gastos de la seguridad social» [tesis de maestría]. La Habana: Universidad de La Habana, Facultad de Economía.

Barrios Tabares, Dariadna (2019). «La Habana Vieja: población, envejecimiento demográfico y cultura. 2012-2018» [tesis de maestría]. La Habana: Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos (Cedem).

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2018a). *El envejecimiento de la población cubana 2017*. La Habana: ONEI.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2018b). *Migraciones a nivel de estratos de asentamientos: resultados principales en la Escuela Nacional de Migraciones*. La Habana: ONEI.

Centro de Estudios sobre la Mujer; Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2018). *Encuesta nacional sobre igualdad de género* (*ENIG-2016*). La Habana: CEM y ONEI.

Durán, A.; Chávez, E. (1997). *La tercera edad en Cuba. Un acercamiento sociodemográfico y sociopsicológico*. La Habana: CIPS.

Martínez Martínez, Pedro Emilio; Avila Vargas, Niuva (2011). «Una mirada a la problemática del envejecimiento poblacional» [CD-ROM]. En *Memorias de los Talleres de Jóvenes. Población. ¿Cómo la asumimos, pensamos y construimos los jóvenes?* La Habana: Cedem.

Ministerio de Justicia (2012). «Decreto Ley 302/2012». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, n.º 44, extraordinaria, La Habana, 16 de octubre.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2006). *Informe nacional del censo de población y viviendas 2002*. La Habana: ONE.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2016). *Informe nacional del censo de población y viviendas 2012*. La Habana: ONE.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2014). *Informe nacional del censo de población y viviendas 2012*. La Habana: ONEI.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2018). *Anuario demográfico de Cuba 2017.* La Habana: ONEI.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2019a). *Estudios y datos de la población cubana 2018*. La Habana: ONEI.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2019b). *Anuario estadístico de Cuba 2018*. La Habana: ONEI.

Partido Comunista de Cuba (2011). *Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución*. La Habana: Consejo de Estado.

Romero, Magela (2019). *Género, cuidado de la vida y política social en Cuba. Estrategias, actores y recomendaciones para una mayor corresponsabilidad.* Santo Domingo: Fundación Friedrich Ebert Stiftung.

# Las casas de abuelos en Plaza de la Revolución: una forma de organizar el cuidado de los adultos mayores desde el Estado cubano

JESSICA VALDÉS FUENTES / TERESA MUÑOZ GUTIÉRREZ

## Introducción

El envejecimiento es un proceso dinámico normal de la vida humana que desborda el campo de lo biológico, lo psicológico, lo sociocultural y lo económico. En la actualidad está siendo objeto de debate en casi todos los países, pero la aproximación desde las ciencias sociales a esta problemática es relativamente nueva, y no es suficiente con el tratamiento científico del asunto, sino que es imprescindible que los Estados, a través de sus políticas y programas sociales, presten atención a esta cuestión. No es el proceso de envejecimiento un problema en sí mismo; por ello, las miradas deben dirigirse a cuán preparadas están las sociedades humanas para lidiar con este fenómeno, así como qué cuota de bienestar están en condiciones de ofrecer a sus ancianos.

Cada vez más el envejecimiento poblacional demanda de la organización de servicios sociales y asistenciales para su cuidado, esas acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar actos esenciales de la vida diaria: bañarse, comer, movilizarse, entre otras (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] 2014).

Actualmente, en las condiciones de Cuba, a pesar de los programas sociales existentes, los servicios sociales de apoyo a la población adulta mayor no son suficientes, básicamente por limitaciones de carácter económico. Además, algunos de ellos carecen de la eficiencia que se requiere y de un aprovechamiento óptimo. En estas condiciones las familias son las que en mayor medida

asumen los riesgos y se transforman en el mecanismo de cuidado principal de este grupo etario.

Este fenómeno presenta implicaciones para la equidad de género, la solidaridad social e intergeneracional, el funcionamiento familiar, entre otras. Destaca en este aspecto el número creciente de personas mayores, sobre todo mujeres, al cuidado de ancianos, lo cual constituye una sobrecarga adicional a sus propias condiciones de envejecimiento. Un ejemplo de esta situación se intuye con el análisis sobre la distribución femenina en la población económicamente activa. Tradicionalmente estas tareas han recaído sobre las mujeres, pero las tensiones económicas, profesionales o simplemente sociales, con la inserción de estas al trabajo fuera del hogar, han hecho que ellas no estén en posibilidades de dedicarse exclusivamente a estas labores. Las investigaciones referidas al tema permiten observar cierto distanciamiento de las mujeres respecto a estas actividades, sin embargo, aún continúan siendo las cuidadoras por excelencia de los necesitados en el hogar.

Ello se corresponde con hallazgos obtenidos en las encuestas de uso del tiempo en la región, las que revelan que las mujeres que más realizan labores domésticas y de cuidado son justamente las que se encuentran en edades para insertarse en la actividad económica, las que se encuentran en plena edad reproductiva o que tienen ya hijos pequeños, las cónyuges y las que viven en áreas rurales, donde, además, las labores desempeñadas son más pesadas. El tiempo de dedicación al cuidado varía según el nivel de instrucción de las mujeres: a menor nivel educativo alcanzado, mayor es el tiempo dedicado al trabajo doméstico y familiar (Calderón 2013).

Este complejo escenario tiene su expresión en Cuba, donde el Estado se debate entre la escasez de recursos económicos y una política social inclusiva, por lo que la pregunta planteada entonces será: ¿tiene Cuba todas las condiciones para desarrollar un sistema público de cuidado a los adultos mayores que satisfaga las necesidades de bienestar de los adultos y proporcione tranquilidad a sus familias? El aumento de los años de vida de una población no necesariamente indica la garantía de una vida con calidad y bienestar. Ello impone un reto impostergable para las políticas públicas y estrategias no gubernamentales, en aras de lograr satisfacer las necesidades de este grupo y brindarle la posibilidad de vivir sus últimos años con excelente calidad de vida; en el país se construye una sociedad socialista que tiene ese problema como objetivo.

El crecimiento de la esperanza de vida en el país y la sobrevivencia de los mayores de 75 años, aparejado a las bajas tasas de fecundidad y mortalidad infantil existente y a un fuerte movimiento migratorio hacia el exterior (con un saldo migratorio negativo), ha favorecido el considerable incremento de la proporción de personas de 60 años o más, lo que revela en términos de transición demográfica el acentuado proceso de envejecimiento que atraviesa el país en la actualidad (Albizu-Campos y Fazito de Almeida 2014). Este grupo representa el sector poblacional que tradicionalmente requiere de más cuidados, pues, «aunque es verdad que muchas personas de esta edad gozan de buena salud y alto grado de independencia, no es menos cierto que el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad se eleva enormemente con la edad» (Huenchuan 2009).

En las condiciones actuales de la sociedad cubana, el tratamiento y el debate desde las ciencias y las prácticas de cuidado del adulto mayor sobre la preparación profesional del personal que tiene esta responsabilidad deben estar en el centro del perfeccionamiento del modelo económico y social de la sociedad, y así lo reflejaron las conversaciones acerca de la nueva carta magna constitucional aprobada el 24 de febrero de 2019.

Por otra parte, hay que tener presente que son variados los factores que entorpecen el logro de la prioridad otorgada al asunto: la escasez de recursos económicos, la insuficiente infraestructura para afrontar el progresivo proceso de envejecimiento de la población, la falta de personal especializado para estas labores, el recrudecimiento de las condiciones del bloqueo de Estados Unidos de Norteamérica al país, así como la fuerte crisis económica y política del capitalismo a nivel internacional. Todo ello incide negativamente en el desarrollo económico y social de la nación y se concreta en la existencia de fuertes obstáculos para que el Estado pueda llevar adelante y desarrollar cada vez de manera más eficiente y con apego a las necesidades de los adultos mayores y sus familias las políticas públicas que corresponden.

Otro agravante en esta complicada situación es la heterogeneidad de este grupo a su interior, segmentado por edades, nivel educacional y profesional, y situación socioeconómica. Por estos motivos las políticas y programas de atención y cuidado que han aspirado a una amplia cobertura no han sido capaces de implementarse satisfactoriamente y no han alcanzado los resultados esperados.

El interés del presente análisis[1] se concentra en el servicio de cuidado que reciben los adultos mayores en las casas de abuelos, a partir del cumplimiento por estas instituciones de sus funciones como parte de su objeto social dentro del sistema público organizado en Cuba.

## Envejecimiento y políticas sociales

Para finales de los ochenta del siglo XX, las políticas sociales en Cuba habían experimentado un proceso de fortalecimiento y avance, caracterizado por la elevación del bienestar material y espiritual de la población. Signos de lo anterior fueron la disminución de la pobreza hasta casi su erradicación, la elevación de la cultura del pueblo y el aumento de la homogeneidad social entre todos, a pesar de la limitación de recursos naturales y económicos, así como la existencia del bloqueo mantenido desde la década del sesenta por los Estados Unidos de Norteamérica contra Cuba. Sin embargo, ya en los años noventa se inicia un periodo de inflexión en las políticas sociales cubanas; su pleno desarrollo y efectividad se vio afectado por el déficit de recursos que trajo consigo el llamado Periodo Especial.[2]

Cabe destacar, entre los rasgos generales de la política social cubana, el mantenimiento del Estado como único garante de las políticas desde la primera década de la Revolución. En él descansa la responsabilidad y autoridad de llevar a cabo la planificación y gestión de los programas.[3] Precisamente, la acción redistributiva

1 La tesis de diploma de Jessica Fuentes Valdés (2018), tutorada por la Dra. Teresa Muñoz Gutiérrez, responde a la concepción teórica de que este grupo etario debe mantenerse activo y lo más cercano a la familia y a su comunidad. La diplomante desarrolló una metodología cualitativa que le permitió en dos años consecutivos, 2016 y 2017, acercarse con grupos diferentes de estudiantes a estas instituciones, realizar observaciones y aplicar entrevistas y cuestionarios a los ancianos, a los trabajadores de las instituciones y a algunos de sus familiares, a partir de las que afloraron estas ideas.

2 Periodo de crisis económica en el país, cuyas primeras manifestaciones se dan en el año 1989 y que tiene como detonante fundamental la caída del campo socialista europeo. El proceso de aislamiento y bloqueo económico al que fue sometida la Isla desde inicios de la Revolución llevó a que Cuba concentrara la mayor parte de sus relaciones económicas y comerciales hacia la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), de modo que el derrumbe del socialismo europeo significó para el país la pérdida de sus mercados principales y, por ende, se afectó su vida social (González Mastrapa e Izquierdo Quintana, 2016).

3 No obstante a las vicisitudes que tuvo que enfrentar el Estado cubano alrededor de estos años, las gratuidades y protecciones no cesaron. En este sentido, varios autores señalan que en Cuba el aspecto social muchas veces ha dejado rezagado a los económicos y ello ha constituido un freno para el logro del desarrollo integral (Domínguez 2008). Sin embargo, pese a todo tipo de dificultad, esa prioridad de lo social sobre lo económico ha permitido la protección

estatal de los gastos sociales es el medio a través del cual las diferentes políticas se dirigen hacia la superación de la desigualdad social como una prioridad dentro del proyecto social cubano.[4] De este modo, el triunfo revolucionario de 1959 y la transición al modelo socialista favorecieron una «variante de política social integradora universal, estatal y centralizada, orientada hacia el desarrollo social y que opera con una lógica de unicidad, al combinar en una estrategia única prevención, compensación y redistribución» (Valdés Paz y Espina Prieto 2011, p. 40), que, si bien posee fortalezas, presenta algunas debilidades.

Sin embargo, hay que prestar especial atención a algunos efectos indeseados del «igualitarismo homogeneizador distributivo», que se ha convertido, en cierta forma, en un factor de reproducción de desigualdades.[5] Por otra parte, hay que hacer notar que si bien producto de la crisis el Estado pierde capacidad económica en la gestión del desarrollo y cambia su definición de único garante de las políticas, nunca abandona su condición de principal financiador de las políticas públicas dirigidas, sobre todo, a los ámbitos de bienestar humano esenciales: empleo, educación, salud y alimentación.

Las políticas universales, gratuitas y de búsqueda de la igualdad siempre prestaron atención especial a variables de desarrollo territoriales y de grupos como la mujer, la infancia, la juventud y, en menor medida, los adultos mayores; aunque estas no siempre y en igual medida han satisfecho las demandas planteadas y sentidas. Durante todo el periodo revolucionario se han creado las estructuras de servicios sociales públicos y se ha tejido una red de programas sectoriales e intersectoriales, los cuales han ido creciendo y complejizándose y abarcan los principales ámbitos de desarrollo de estas políticas.

---

particular de segmentos específicos de la población que en otras condiciones hubiesen quedado desamparados.

4 Resulta importante enfatizar en el hecho de que el mecanismo de distribución por excelencia dentro del modelo de política social cubano es la acción redistributiva estatal, de modo que, a diferencia de la ideología liberal, el ascenso a posiciones sociales más ventajosas no depende de la distribución de los ingresos monetarios a nivel individual o familiar o del mercado como mecanismo de distribución. Espina Prieto (2011) subraya que se trata de una estrategia eficiente para mejorar el acceso de los sectores populares al bienestar, aun en condiciones de poco crecimiento económico.

5 En ese sentido, los cambios que se produjeron en la sociedad cubana desde mediados de los noventa, que ponen al descubierto un grupo de desigualdades sociales, visibilizaron, como expresa Espina Prieto (2008), la necesidad de complementar estas acciones universalizadoras con acciones focalizadas, enfocadas en aquellos sectores cuya situación de desventaja social no permite una apropiación plena y en condiciones igualitarias de los beneficios sociales distribuidos por el Estado.

En las últimas dos décadas del siglo XXI en la sociedad cubana la problemática de los adultos mayores ha tomado una mayor visibilización, tanto desde las acciones del Estado como desde la producción teórica. Dentro de estos programas, normativas y servicios se consideran relevantes los dirigidos a la protección y cuidado de la infancia, las madres y padres trabajadores, los discapacitados y los adultos mayores. Por otra parte, han cobrado fuerza los estudios dirigidos a las políticas de cuidado del adulto mayor como uno de los sectores sociales hacia el cual el Estado cubano debe y dirige una serie de programas orientados al mejoramiento de su calidad de vida y a su protección. También se avanzó en el seguimiento y atención prioritaria dada en las comunidades a este segmento poblacional a través del Programa Nacional de Trabajadores Sociales, que entrenó y sensibilizó a los territorios y a la sociedad en estas prioridades de las políticas entre 2000 y 2011.

Respecto a los servicios de cuidado que se dispensan a los adultos mayores como parte del Programa Nacional de Atención Integral desarrollado por el Estado cubano y sus instituciones, y concretamente, los que se brindan por el subprograma de Atención Comunitaria, son identificadas y reconocidas por los expertos entrevistados, los trabajadores de las instituciones, las familias y los ancianos algunas problemáticas sociales que requieren perfeccionamiento. Entre estas se encuentran la escasez de hogares o instituciones para el cuidado de adultos mayores y personas discapacitadas en régimen internado o seminternado, y su localización, en la mayoría de los casos, relativamente alejada de los necesitados, la escasez de personal especializado para desarrollar esta atención, la sobrecarga en el sistema de seguridad social y en los servicios de geriatría y gerontología, la compleja situación familiar que presentan algunos de ellos y la existencia de indudables carencias económicas en algunos grupos. Todos estos factores son identificados como obstáculos reales no solo para los adultos mayores entrevistados, sino también para las instituciones gubernamentales cubanas, las que han de sortear con iniciativas propias, intersectoriales y mecanismos de autogestión estas barreras para lograr ofrecer un servicio de calidad.

Lo anterior condiciona la necesidad que presentan muchos adultos mayores, imposibilitados de contar con una persona que se haga cargo de ellos, cuando su edad y sus condiciones físicas no les permitan ser independientes. Por esta razón los investigadores sociales deben estudiar esta parte de la sociedad: los medios y rela-

ciones sociales con que cuentan, sus cuidadores, sus familias, aquellas personas que mantienen una relación muy cercana con los adultos mayores en su acontecer diario o que son los que responden por su bienestar.

Este estudio busca mostrar cómo son cuidados en los centros especializados para su atención –casas de abuelos– los ancianos que disfrutan de estos servicios como parte de las políticas públicas. La investigación fue realizada en el municipio Plaza de la Revolución, uno de los más envejecidos del país y situado en la capital cubana. Se presta atención a la institucionalidad de base comunitaria que está organizada como parte del subprograma de Atención Comunitaria y que forma parte del sistema público de cuidado al adulto mayor dirigido por el Estado cubano.

La metodología seleccionada para la investigación tomó muy en consideración las particularidades del objeto. Se escogió el estudio de caso, pues el diagnóstico concreto de la realidad hizo imposible incluir en la muestra la totalidad del servicio que se brinda en la provincia y porque, al avanzar en la recogida de la información, los datos que se fueron obteniendo produjeron una saturación; situaciones similares se sucedían en cada una de las instituciones analizadas.

Desde el punto de vista conceptual, se comprende el envejecimiento como un proceso complejo y dinámico, multicausal, que requiere desde la investigación científica una mirada relacional y multidimensional. El cuidado se entiende como un problema a atender preferentemente por las políticas sociales del país, debido al crecimiento de la demanda.

El concepto de cuidado que orienta el estudio atiende a un grupo de acciones que las sociedades desarrollan para procurar atención física, material, cultural o emocional a personas o grupos dependientes o necesitados. Desde esta perspectiva, las políticas públicas de cuidado se insertan dentro del sistema de arreglos o régimen de bienestar, que se establecen entre tres actores fundamentales: Estado, mercado y familias o redes sociales (Peña y Gross 2018, p. 2), para la construcción de una política pública de cuidado multiactoral y centrada en el bienestar de los mayores y los cuidadores. Este estudio se posiciona en la línea de que el envejecimiento «no debe entenderse únicamente como un fenómeno estrictamente orgánico, sino que es un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas» (Ramos Esquivel *et al.* 2009, p. 52).

Por otra parte, un análisis del sistema público de cuidado del adulto mayor derivado de las políticas sociales en el contexto

cubano tiene que partir necesariamente del reconocimiento del Estado como principal estructura involucrada en la financiación, gestión e implementación de dichas políticas, como se ha afirmado. Estas comprenden acciones de diversa índole que son llevadas a la práctica a través de disímiles programas y la organización de servicios sociales para cuya ejecución, en el caso que ocupa, se apoya en la acción conjunta de diversos organismos que forman parte del aparato estatal, entre los que cabe destacar el Ministerio de Educación Superior (MES), el Instituto Nacional de Deporte y Recreación (Inder), el Ministerio de Cultura (Mincult), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y el Ministerio Nacional de Salud Pública (Minsap). Sin embargo, es importante reconocer en las condiciones actuales la existencia de instituciones, con tradición anterior a 1959, tales como órdenes religiosas y fraternales que apoyan la labor del Estado en este sentido, así como la aparición de formas emergentes de cuidado (vinculadas al trabajo por cuenta propia) que incluso aún no están reconocidas por la legislación vigente.

Una de las cuestiones que en el ámbito comunitario debe ser atendida es el incremento de la demanda en el cuidado del adulto mayor, que contrasta con las manifestaciones de validez presentes en la mayoría de ellos cuando pasan los 70 años, lo que hace pensar en la necesidad de perfeccionamiento de las instituciones estatales de cuidado ya existentes, las cuales fueron estudiadas en la investigación, y en el fortalecimiento de la organización de las acciones en las comunidades.

Aún persisten limitaciones que se presentan como grandes retos para la institucionalidad estatal y la conformación de las políticas. Hoy se reconoce una insatisfacción con la cobertura que se le da a la demanda; se confirma la responsabilidad que aún se concentra en los arreglos familiares, lo que es tradicional en el país, explican Peña y Gross (2018), y no hay una concepción de integración con respecto al cuidado desde la institucionalidad estatal y de las organizaciones de la sociedad cubana. Lo anterior sugiere la necesidad de pensar y de debatir acerca de la construcción de una política pública de cuidado multiactoral en Cuba, que se centre en el bienestar de los mayores y que reconozca las potencialidades de otros actores, como lo hace el proyecto de investigación que se desarrolla y del cual este estudio forma parte (Peña y Gross 2018).

Ante las demandas existentes en la sociedad cubana respecto a este tipo de servicios y a su organización, sostenemos el criterio de que la producción de estudios, como el que aquí se reseña, permitirá poder contar con análisis acerca de las concepciones

que se sustentan en el cuidado, el movimiento de la demanda de los servicios, su organización, sus modos de financiación y el aprovechamiento que se hacen de estos, así como posibilitará determinar los verdaderos intereses de los demandantes del cuidado.

Valdría la pena, entonces, profundizar en las evaluaciones de los tipos de adultos mayores que existen hoy en la sociedad cubana, teniendo en cuenta ejes transversales del análisis social, como la composición por grupos etarios al interior del conjunto de los adultos mayores, por género, por color de la piel, por territorio. Asimismo, habría que conocer las necesidades sentidas de este grupo y sus familias, y revisar la preparación del personal especializado para desarrollar estas acciones. Ello posibilitaría perfeccionar los diseños de política y ser más acertados en cuanto al logro del bienestar de los involucrados y sus parientes.

Una de las problemáticas que se presenta en el estudio está relacionada con el diseño de las políticas y la organización de los servicios. Se requiere de un fortalecimiento y concreción en el ámbito local de caracterizaciones más precisas acerca de los subgrupos etarios que integran los adultos mayores, que devele las determinantes sociales que están por detrás de sus posiciones dentro de la estructura social, y de los tipos de familias que estos integran. De esta manera se podría avanzar hacia el perfeccionamiento de las políticas y los programas en un contexto de actualización del modelo de desarrollo económico y social cubano que implica indiscutiblemente una racionalización de las prestaciones estatales.

## Las casas de abuelos

Para nadie es un secreto que en Cuba las casas de abuelos, como parte de la organización y materialización del sistema público de cuidado, representan una vía para mantener a los ancianos activos y cercanos a sus comunidades. Además, les brindan en igualdad de condiciones seguridad, a ellos y a sus familias. El trabajo de estas instituciones les permite a los adultos mayores mantenerse conectados con ámbitos sociales que trascienden el familiar, desarrollar relaciones interpersonales con sus iguales u otros y elevar su autoestima.

En el caso de las casas de abuelos del municipio Plaza de la Revolución, estas ofrecen un servicio de cuidado de calidad, valorado generalmente por los ancianos y sus familiares de favorable. Estas instituciones sociales poseen un correcto funcionamiento, presentan un buen estado técnico-constructivo, cuentan con todos los implementos necesarios para desempeñar

su labor y con un personal calificado y competente, que realiza su trabajo y ofrece un trato inmejorable. Se constató que las acciones de cuidado son favorables, y se destacó el excelente trabajo que realiza el personal para facilitar el desenvolvimiento y bienestar de los abuelos.

Las casas de abuelos ofrecen servicios de cuidado y atención integral diurna a ancianos sin amparo filial o desprovistos de familiares que puedan dedicarse a su cuidado durante el día. Se trata de adultos mayores que desde el punto de vista funcional no pueden valerse completamente por sí mismos debido a que presentan dificultades para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como la preparación de alimentos, el lavado de ropas y otras labores domésticas. No obstante, ellos conservan algunas capacidades funcionales básicas (ABVD), que les permiten desarrollar algunas actividades, incorporarse a la vida diaria de la institución, así como participar del proceso de rehabilitación biosocial que allí se desarrolla.

A partir de la investigación realizada se identificó que en el municipio Plaza de la Revolución solo existen dos casas de abuelos que actualmente prestan servicio a la población anciana de la comunidad. Estas se encuentran ubicadas en extremos opuestos de la localidad y, por ende, alejadas de los hogares de muchos ancianos que, aun necesitando de este servicio y existiendo capacidad para ingresar a alguno de estos centros, se ven imposibilitados de acceder a estos por no poseer los medios de transporte o las condiciones físicas para trasladarse diariamente hasta allí. De ahí que se consideren escasas las casas de abuelos en el municipio y que se plantee como una necesidad la creación de más instituciones de este tipo, lo cual es reconocido por las autoridades de la Dirección Municipal de Salud Pública.[6]

La casa de abuelos n.º 1, nombrada Con una Sonrisa Feliz, fue inaugurada en el año 1987 y se encuentra ubicada en calle 11, n.º 708 e/ Paseo y A. Inicialmente no fue diseñada para funcionar como institución de este tipo, sino como vivienda familiar, razón por la cual el diseño original ha ido sufriendo adaptaciones sucesivas para el mejor confort de los ancianos. Constituye una institución de referencia y fue inaugurada por el comandante en jefe Fidel Castro Ruz, hecho que llena de orgullo tanto a trabajadores como a ancianos.

[6] Entrevista al Dr. Alberto Ernesto Fernández Seco, director del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del Minsap, realizada por Jessica Valdés Fuentes el 23 de septiembre de 2017.

La casa de abuelos n.º 2, Aires de Juventud, fue inaugurada en el año 2014 y se encuentra ubicada en la avenida Carlos III, n.º 1115 e/ Luaces y Montoro. No fue construida para estos fines, por lo que tuvo que ser adaptada para cumplir esta función social. Es de arquitectura asturiana y perteneció a una española de posición acomodada, la cual abandonó el país al triunfo de la Revolución. Posteriormente pasó a manos de la administración de Salud Pública y funcionó como un albergue para médicos de otras provincias que estudiaban en la capital. Más tarde fue utilizada como Escuela de Formación de Técnicos Medios de la Salud y después en ella radicaron los Archivos Nacionales de Salud Pública; de modo que el inmueble tuvo varios usos sociales antes de pasar a funcionar como casa de abuelos.[7]

Se observó que estas casas de abuelos poseen una distribución adecuada de sus espacios para las actividades que allí realizan, aun cuando podrían ser más espaciosas. Cuentan con sala de estar; varios salones de recreación, que se dividen en sala de audiovisual, sala de confección de manualidades y sala de juegos de mesa; un local para administración; un cubículo para la trabajadora social; una cocina; un comedor; baños para los trabajadores y para los ancianos residentes; y un almacén de víveres y misceláneas. Las habitaciones están conectadas por un pasillo amplio y las puertas de entrada de cada local cumplen con los parámetros de amplitud adecuados para las personas de esta edad, lo que les proporciona comodidad a la hora de desplazarse.

También se destaca la existencia en los dos casos de un local que funciona como biblioteca, con libros de variadas temáticas que los abuelos pueden consultar, lo cual constituye un ejercicio en pos de mantener su salud y agilidad mental.

La casa de abuelos n.º 2 no tiene patio, huerto, jardín ni otras áreas verdes (por carecer de espacio a su alrededor). En su defecto posee un portal techado, que brinda buena sombra y que es usado como área para fumar, interactuar, realizar la gimnasia y otras actividades. No obstante, la ausencia de un espacio extenso para la socialización representa un obstáculo en la realización de actividades y la sitúa en cierta desventaja con respecto a la casa de abuelos n.º 1, que se privilegia con un patio extenso, donde se combinan sol, sombra y aire puro. Ese patio posee aproximadamente unos diez metros cuadrados de

[7] Entrevista realizada a Mariela Rodríguez, trabajadora social y directora de la casa de abuelos n.º 2 Aires de Juventud, del Municipio Plaza de la Revolución, en La Habana, por Teresa Muñoz Gutiérrez, el 22 de febrero de 2017.

extensión; ocho de estos se encuentran asfaltados y presentan algunos bancos de concreto para poder tomar asiento. El espacio restante está totalmente cubierto de sembrados (dos metros cuadrados). Allí se cultivan alimentos y especias que luego se utilizan en la elaboración de la comida que se ofrece en la institución. La siembra es muy variada. Se destacan las plantas frutales y medicinales, los vegetales y las viandas (tomate, orégano, plátanos, yuca, naranja agria, limón, guayaba).

Son los propios abuelos de la institución los que se encargan del sembrado y del cuidado posterior de las plantas, por lo que la existencia de áreas verdes en estos centros constituye sin duda alguna una oportunidad para la participación en actividades al aire libre. Ello les permite ocupar su mente en tareas productivas y socialmente útiles, que no les exigen demasiado esfuerzo físico, pero que sí les reportan bienestar y satisfacción personal. La mayoría se sienten orgullosos de esta labor. Esta casa de abuelos, al igual que la anterior, cuenta con un portal espacioso. Sin embargo, luego del horario de almuerzo, queda en gran parte inhabilitado por la presencia del sol, que hace imposible la permanencia de los abuelos en ese lugar. Para el logro de un mayor disfrute del horario de reposo sería recomendable instalar una lona en esta área de la casa.

El mobiliario de ambos lugares se encuentra en buen estado. Cada local cuenta con muebles acordes al tipo de actividad que en él se desarrolla. Las oficinas de los trabajadores están bien amuebladas, con ventiladores, sillas, mesas, escritorios; algunas disponen de baños y refrigeradores. La cocina tiene todos los equipos y utensilios necesarios para la elaboración de los alimentos: refrigeradores, arroceras, batidoras, fogones, cafeteras, fregaderos, tanques de agua y clóset para guardar los utensilios de cocina. El comedor de la casa de abuelos n.º 2 tiene capacidad suficiente para atender a todos los abuelos al mismo tiempo. Posee también un ventilador, un bebedero y un pequeño televisor. En la casa de abuelos n.º 1, aunque el comedor es más grande, aún es insuficiente para que almuercen todos los abuelos al mismo tiempo.

En ambas instituciones las salas que utilizan los adultos mayores también poseen ventiladores, sillas, mesas, sillones y, además, taquillas para que estos guarden sus pertenencias. Los sillones se encuentran distribuidos en diferentes espacios y son utilizados por los ancianos para descansar y dormir en el horario de la tarde, después del almuerzo. Se observa que, pese a haber suficientes para todos y que estos se encuentran en buen estado, resultan

incómodos para los abuelos de mayor edad y para aquellos que tienen dificultades de locomoción, ya que al tratar de incorporarse encuentran trabas. Ello se debe a la flexibilidad del material con que están construidos estos asientos y a su altura. Algunos adultos mayores expresaron:

> Estos sillones son muy incómodos, yo prefiero sentarme en las butacas o el sofá porque cuando lo hago en los sillones luego no puedo pararme. Salud Pública conoce esta situación y en ocasiones se nos han enviado sillas de madera para los abuelos con este problema [...] pero hasta que no manden sillones de otro tipo tengo que negarme el placer de mecerme en un sillón.

La situación de limpieza de ambos centros es buena, solamente se señala la recurrente suciedad en los muros externos a la casa de abuelos n.º 2, lo cual se debe, sin duda, a la ubicación de la institución en la calzada de Carlos III. En el caso de la otra casa, el hecho de que no cuenten con auxiliar de limpieza no ha impedido que el lugar mantenga una buena higiene, puesto que todos los trabajadores directa o indirectamente contribuyen en esta tarea.

Se observó, asimismo, que la institución n.º 1 no tiene cubiertas varias plazas de su plantilla de empleados internos. Solo tienen cinco empleados: la trabajadora social, la administradora, el cocinero y dos custodios. Es destacable el hecho de que solo hay una trabajadora social en cada institución y que estas desarrollan labores de dirección. Las opiniones sobre ellas son muy buenas, pero les escasea el tiempo para profundizar en acciones propias del trabajo social.

El personal de la casa n.º 1 se encuentra bastante balanceado en cuanto a sexo (dos mujeres y tres hombres). El promedio de edad de los trabajadores del centro es de aproximadamente 49 años. En cuanto al color de piel, hay un trabajador de piel blanca, dos negros y dos mestizos. El nivel de escolaridad en general es bajo (tres trabajadores solo culminaron sus estudios secundarios; uno es graduado de técnico medio, y uno de enseñanza media superior).

La trabajadora más antigua de la institución lleva laborando en el centro alrededor de nueve años y es la que se encuentra a cargo de la administración. Le sigue uno de los custodios, con dos años de trabajo, y los demás trabajadores llevan en el centro un periodo que oscila entre los tres y los ocho meses. Estos datos indican que los últimos años han estado marcados por la fluctuación laboral. Por no contar con datos anteriores no se pudo determinar si este fenómeno es característico de la institución

durante su historia o solo se ha presentado durante los últimos años. Esta fluctuación constituye una desventaja por las dificultades normales que presentan los adultos mayores para hacerle frente a situaciones de cambio.

La plantilla de trabajadores de la casa n.º 2 está cubierta y se encuentra bastante balanceada en cuanto a sexo: cuatro mujeres y tres hombres. El promedio de edad de los trabajadores del centro es de 51 años. Se desempeñan tres trabajadores blancos, dos negros y dos mestizos. El nivel de escolaridad de los empleados en general es bajo: cinco solo culminaron sus estudios secundarios y dos son graduados de la Enseñanza Media Superior; solo la directora es trabajadora social y acumula experiencia en este tipo de trabajo.

Aunque se señala que el nivel de escolaridad de los trabajadores de ambas instituciones es medio, se pudo comprobar que todos los empleados cumplen con las exigencias de su calificador de cargo, son competentes en su labor y se dirigen a los ancianos con respeto, afecto y buen trato. Se mantienen relaciones cordiales y de compañerismo no solo entre los abuelos y empleados de la institución, sino también entre los propios trabajadores. Al respecto los abuelos comentan: «Aquí todos somos una gran familia [...] Me siento mejor que en mi casa. Los trabajadores nos tratan con mucho cariño, y los quiero a todos por igual, pero en especial a la trabajadora social y a la administradora porque ellas tratan con nosotros más directamente [...] No puedo pedir nada mejor».

Interpelados ancianos y trabajadores acerca del vínculo entre la familia y la casa de abuelos, en ambos casos se comprobó que solo un 50 % de los familiares se acercan a las instituciones regularmente, por lo que aún son muchos los abuelos cuyas familias no mantienen acompañamiento en alguna actividad ni reciben otros apoyos. No obstante, hay que acotar que en la muestra existen personas que no tienen familia o que tienen mayor nivel de independencia. La tabla 1 presenta los datos que ilustran el vínculo entre familiares de adultos mayores que asisten a casas de abuelos y las instituciones en los dos ejemplos estudiados.

**Tabla 1. Vínculo entre la familia y la casa de abuelos**

| TIPO DE VÍNCULO | FRECUENCIA | PORCIENTO |
|---|---|---|
| No tienen familia | 10 | 23.8 |
| No existe ningún vínculo | 5 | 11.9 |
| Poca relación porque aún es apto | 4 | 9.5 |
| Sus familiares asisten a las reuniones | 21 | 50.0 |
| Vínculo estrecho | 1 | 2.4 |

En general los adultos dieron muestras de sentir falta de acompañamiento, básicamente en el espacio doméstico, pero manifiestan sentirse acompañados por el personal de la institución y el resto de sus coetáneos. Al respecto, plantean: «En casa me sentía sola, no podía hablar más que con las paredes desde que falleció mi esposo. Mis hijos hace mucho que no viven en Cuba y si acaso los veo una vez al año. Estoy sola, estoy sola, pero aquí me siento acompañada, entre amigos, en familia».

Para el adecuado funcionamiento de estas instituciones, las direcciones se valen del concurso de los trabajadores del centro, de la familia de los ancianos y, además, de la colaboración de personal externo, que puede pertenecer a diversos organismos estatales. Tal es el caso de la labor del instructor del Inder y de la dietista, quienes prestan servicio en más de una casa de abuelos e, incluso, en otras instituciones afines.

La capacidad de matrícula de ambas casas en el momento que se realizó el estudio (2017-2018) era de 66 en la n.º 1 y de 30 en la n.º 2, para un total de 96 capacidades en el municipio. De ellas, en la primera solo estaban cubiertas 53, y en la segunda, 23, para un total de 76 ancianos. Se pudo constatar que no existe agilidad a nivel municipal para el completamiento de la matrícula, a pesar de existir la necesidad. En otro sentido, la asistencia diaria de los matriculados oscilaba entre 35 y 40 en la primera casa, y entre 15 y 20 en la segunda. Las causas principales de las ausencias a las instituciones tienen que ver con fallecimientos, dificultades para acceder diariamente al lugar, dada la lejanía de los hogares de algunos, y el surgimiento de enfermedades que en esas edades afectan en corto tiempo las capacidades de validez de los abuelos; para algunas hay recuperación, pero otras son definitivas.

Indagar en los datos sociodemográficos de los adultos mayores que asisten a este tipo de instituciones fue fundamental, pues permitió recoger una información muy valiosa en cuanto a las necesidades del cuidado y sus tipos, la organización de la recreación y el posible nivel de implicación de los abuelos en las actividades que se realizan, lo que posibilita el perfeccionamiento del sistema de cuidado que se desarrolla. El análisis de variables como el género, los grupos de edades o los tipos de enfermedades y su representación en la muestra permiten guiar el análisis y perfeccionar las acciones.

Para tener una idea de algunos de los datos sociodemográficos imprescindibles para evaluar este tipo de programas, las variables de sexo y edad permiten comprender mejor el panorama en estas instituciones (tabla 2).

**Tabla 2. Distribución por sexo y grupos de edades de los adultos mayores estudiados**

| GRUPO DE EDAD | SEXO FEMENINO | SEXO MASCULINO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| De 60 a 74 | 10 | 2 | 12 |
| De 75 a 89 | 18 | 13 | 31 |
| Mayores de 90 | 9 | 0 | 9 |
| Total | 37 | 15 | 52 |

Del análisis de los datos sociodemográficos de los abuelos que asisten a estas instituciones, es válido destacar algunos aspectos comunes para ambos casos. En primer lugar, se confirma la existencia de una longevidad significativa, concentrada en el grupo de edades entre 75 y 89, y en el de 90 y más, lo que representa el 50 % de la muestra. Lo anterior habla de la validez con que arriban a esas edades los ancianos. Existe una sobrerrepresentación de la mujer dentro de los hogares de día o casas de abuelos, puesto que su presencia supera ampliamente el 50 % de la matrícula total, lo que apunta hacia una discreta pero menor edad de sobrevivencia en hombres que en mujeres.

En los casos de las personas con bajos niveles de escolaridad –sin estudios, estudios primarios y estudios secundarios–, se advierte que se trata de adultos mayores en edades muy cercanas o superiores a los 90 años de edad, por lo que la etapa estudiantil de su vida transcurrió antes del triunfo revolucionario. Resulta relevante también señalar que en estos casos (bajo nivel de escolaridad) generalmente se trata de mujeres, por ende, el nivel de escolaridad de la muestra es más alto en los hombres. Fueron observados varios casos de mujeres que nunca desempeñaron ninguna actividad laboral remunerada y que declararon como su ocupación laboral anterior la de ama de casa.

Respecto a la situación socioeconómica de los adultos mayores que asisten a casas de abuelos, fue posible apreciar que, en general, en los dos centros examinados, los ancianos tienen una buena situación socioeconómica. Ello se infiere por la observación de su aspecto físico, las características de su vestimenta, las prendas que utilizan y su higiene. La mayoría de los abuelos van solos a estos centros, lo que reafirma la idea de que su validez es satisfactoria para permanecer en este tipo de institución.

Asimismo, el análisis de la situación conyugal revela que todos los ancianos que se encuentran asistiendo a estas instituciones han perdido a su compañero de vida. La viudez, el aislamiento y la soledad social se encuentran entre las causas más frecuentes de ingreso a las instituciones de este

tipo; casi siempre estas razones están acompañadas con la situación de las familias, en las que todos necesitan trabajar y requieren un apoyo para el cuidado y la protección de los ancianos. Se añade el hecho de que, si bien la vejez no es sinónimo de enfermedad, hay que tener conciencia de que con el envejecimiento disminuyen las capacidades físicas y aumenta el riesgo de discapacidad de forma exponencial.

Otra de las problemáticas estudiadas está referida a la salud de los ancianos. Se comprobó que la posibilidad de ingresar a dichas instituciones no solo se encuentra limitada por la capacidad máxima de adultos mayores residentes para cada centro en relación con el tamaño de la institución, sino también por los requisitos de idoneidad en salud. En las dos instituciones, en correspondencia con lo establecido, existe un reglamento que norma la vida en el centro, así como un protocolo para la atención a los adultos mayores. Los abuelos residentes fueron sometidos a una evaluación previa por el geriatra de la comunidad, responsable de proporcionar un documento que certifique que los ancianos presentan una salud física y mental adecuada para su ingreso. La tabla 3 muestra los padecimientos de salud de los adultos mayores que asisten a casas de abuelos.

**Tabla 3. Padecimientos de salud de los abuelos**

| | ASMA | ARTRITIS Y/O ARTROSIS | DIABETES MELLITUS | ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | SIN PADECIMIENTOS |
|---|---|---|---|---|---|
| **MUJERES** | 8 | 12 | 15 | 24 | 10 |
| **HOMBRES** | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |

**Fuente:** elaboración a partir de la información recogida en los tarjeteros de las casas, las entrevistas y la observación.

Las enfermedades que padecen los abuelos no son graves, pero sí crónicas; entre estas destacan la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y otros padecimientos degenerativos como la artrosis y la artritis, que dificultan su locomoción y hacen necesario el auxilio con bastones o andadores. Se observa como un caso repetido el hecho de que un mismo abuelo presente más de un padecimiento de salud, y se aprecia que los hombres poseen un mejor estado de salud que las mujeres. Debe recordarse que asisten más mujeres que hombres.

Estos padecimientos, junto a la ausencia de familiares u otras redes de apoyo social, limitan sus posibilidades para hacerle frente a las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentadas), por lo que se encuentran en mayor situación

de vulnerabilidad social; de ahí la importancia de las casas de abuelos como instituciones sociales de cuidado dirigidas al adulto mayor. Tanto los adultos mayores como los trabajadores expresan que una causa muy fuerte para la entrada a la institución es la depresión y se constata que mejora con su permanencia en la instalación.

En la primera casa la situación conyugal revela a doce personas divorciadas (42.9 %) y a dieciséis viudas (57.1 %). El estudio de la composición familiar arroja que siete (25 %) de los adultos mayores que asisten al centro viven completamente solos. En la segunda se constata un total de cinco personas divorciadas (38.5 %) y ocho viudas (61.5 %). La composición familiar muestra que tres de los adultos mayores que asisten al centro viven completamente solos.

El análisis de la ocupación laboral en la casa n.º 1 arrojó, en orden descendente, que la mayoría de quienes conforman la muestra se desempeñaron como obreros o administrativos durante su vida laboral. Este grupo es seguido por intelectuales y personas que nunca ejercieron ninguna actividad remunerada. Por su parte, la mayoría de los ancianos de la casa n.º 2 realizó trabajos obreros durante su vida laboral. Esta mayoría es seguida por quienes nunca efecturaon una actividad laboral remunerada y, finalmente, por intelectuales, administrativos y campesinos.

## A modo de conclusión

Dentro de las reflexiones que este texto sugiere para contribuir a mejorar las condiciones de estas instituciones, identificamos algunas debilidades que nos motivan a proponer acciones que permitan mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores.

Debe tenerse en cuenta que, para comprender el envejecimiento como un proceso natural y universal que no se presenta de igual modo en todos los individuos y que no debe ser sinónimo de inactividad y aislamiento, sino todo lo contrario, la perspectiva de la atención y el cuidado a este grupo etario debe ser relacional y multidimensional, o sea, debe atender a los diversos factores que influyen en él: biológicos, psicológicos y sociales. El análisis y la conjunción de estos componentes se convierten en condición indispensable para lograr adecuar el servicio a las necesidades de sus beneficiarios.

Se es consciente de que la muestra estudiada es limitada para realizar generalizaciones, pero considerando que existe un programa a nivel de país que homogeniza el funcionamiento de

estas instituciones y los protocolos de cuidado que se siguen, nos atrevemos a:

- Reconocer el valor de los sistemas de cuidado creados y de las redes de apoyo construidas en el país para atender el cuidado de los adultos mayores, pero bajo el criterio de no considerar el proceso de envejecimiento como un problema en sí mismo. De ahí que las miradas al tema deben ser desde la ciencia y dirigirse a cuán preparada está la sociedad cubana y sus familias para lidiar con este fenómeno, así como qué cuota de bienestar la sociedad está en condiciones de ofrecer a sus ancianos.
- Continuar en la identificación de los actores claves y los potenciales en el proceso de cuidado que se realiza en estas instituciones o en otras donde se atiendan a adultos mayores.
- Aumentar la cantidad de instituciones de este tipo, con una marcada potenciación de las interacciones a nivel local y territorial, con vistas a identificar las posibilidades de acciones de encadenamiento con empresas, centros de estudios, instituciones deportivas y culturales, así como con organizaciones de masas y organizaciones no gubernamentales (ONG), con vistas a elevar la calidad de la atención.
- Perfeccionar el proceso de sensibilización y capacitación de todos los agentes involucrados en el cuidado del adulto mayor: trabajadores, familiares e incluso ancianos.
- Prestar especial atención a las potencialidades del trabajador social para el desarrollo de una labor integral y eficiente de cuidado de este grupo etario.
- Pensar en la diversificación del programa de actividades que se desarrollan en correspondencia con las características sociodemográficas que presenta este grupo etario.

Ante las demandas existentes en la sociedad cubana respecto a este tipo de servicios y a su organización, sostenemos el criterio de que la realización de estudios, como el que aquí se presenta, permitirá poder contar con un análisis acerca de las concepciones en que se sustenta el cuidado, el movimiento de la demanda de los servicios, su organización, sus modos de financiación y el aprovechamiento que se hace de estos; asimismo posibilitará determinar los verdaderos intereses de los demandantes del cuidado.

## Bibliografía


Albizu-Campos, Juan Carlos; Fazito de Almeida, Dimitri (2014). «Dinámica demográfica cubana. Antecedentes para un análisis». *Novedades en Población*, n.º 6, pp. 4-31.

Añé Aguiloche, Lia; Granda Dihigo, Joel (2008). «La asistencia social en Cuba. Su situación actual y principales programas». En *El estado actual y perspectivo de la población cubana: un reto para el desarrollo territorial sostenible*, pp. 32-50. La Habana: Cepde/ONEI.

Calderón, Coral (coord.) (2013). *Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2014). *Políticas de cuidado* [en línea]. [Consulta: 2016-6-21]. Disponible en http://www.cepal.org/es/temas/politicas-de-cuidado

Consejo de Ministros (2009). «Decreto Ley n.º 283. Reglamento de la Ley de Seguridad Social; descripción de una situación social emergente». *Gaceta Oficia*l, extraordinaria, n.º 13, pp. 59-88, La Habana.

Domínguez, María Isabel (2008). «La política social cubana: principales esferas y grupos específicos». *Temas*, n.º 56, pp. 156-165.

Espina Prieto, Mayra Paula (2008). «Mirar a Cuba hoy: cuatro supuestos para la observación y seis problemas-nudos». *Temas*, n.º 56, pp. 132-141.

Espina Prieto, Mayra Paula (2011). «La política social en Cuba: resultados y retos» [conferencia]. La Habana: Universidad de La Habana.

Fernández Garrido, Juan José (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Valencia: Servei de Publicacions.

García Quiñones, Rolando; Alfonso de Armas, Marisol (2010). *Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba* [en línea]. [Consulta: 2016-11-9]. Disponible en http://www.eumed.net/rev/cccss/02/jftc7.htm

González Mastrapa, Ernel; Izquierdo Quintana, Osnaide (2016). «Cuba: modelo de desarrollo e inserción en el mercado internacional. Antecedentes, desafíos y oportunidades en el actual escenario de mundialización del capital». En José Fernando Siquiera da Silva y Teresa Muñoz Gutiérrez (coords.), *Política social e serviço social. Brasil e Cuba em debate*, pp. 39-60. São Paulo: Editora Veraz.

Hernández Castellón, Raúl (2005). *El envejecimiento de la población. Su importancia. Su alcance*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos.

Huenchuan, Sandra (2009). «Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores» [conferencia]. En *Seminario regional. Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas (Santiago de Chile, 29 y 30 de octubre de 2009)*, pp. 15-32. Santiago de Chile: Cepal.

Huenchuan, Sandra (2011). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Barcelona: Cepal.

Huenchuan, Sandra; Rodríguez-Piñero, Luis (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Santiago de Chile: Cepal.

Kehl Wiebel, Susan; Fernández Fernández, Manuel (2001). «La construcción social de la vejez». *Cuadernos de Trabajo Social*, n.º 14, pp. 125-161.

Ministerio de Justicia (2009). «Ley n.º 105 de Seguridad Social». *Gaceta Oficial*, extraordinaria, n.º 4, pp. 15-25, La Habana, 22 de enero.

Ministerio de Salud Pública (Minsap) (1996). *Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor* [en línea]. [Consulta: 2015-1-8]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864346620090002000 16&caller=scielo.sld.cu&lang= pt

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) (2011). «Sección III: Adultos mayores con problemáticas sociales atendidos por el trabajo social». En *Manual de procedimientos para el trabajo de prevención, asistencia y trabajo social*, pp. 11-62. La Habana: Editora Política.

Muñoz Gutiérrez, Teresa; Urrutia, Lourdes de (2011). «Trabajo social y políticas sociales: experiencias de institucionalización en Cuba durante la última década». *Revista Santiago*, vol. 124, n.º 1, enero-abril, pp. 122-149.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (2006). *Informe nacional del censo de población y viviendas. Ministerio de Economía y Planificación. La medición del PIB en Cuba*. La Habana: Cepde/ONE.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información-Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2010a). *Una mirada hacia el capital humano y los resultados de la actividad agrícola en Cuba: realidades, retos y potencialidades. Utilización de cifras censales*. La Habana: Cepde/ONE.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información-Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2010b). *Impacto del envejecimiento en las políticas y programas sociales, y en el Sistema de Seguridad y Asistencia Social*. La Habana: Cepde/ONE.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información-Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2010c). *Proyecciones de la población cubana 2010-2030 y 2000-2025*. La Habana: Cepde/ONE.

Organización de las Naciones Unidas (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (adaptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 1 de diciembre de 1991. Resolución 46/91)* [en línea]. [Consulta: 2017-4-19]. Disponible en http://www.senama.cl/Archivos/715.pdf

Organización de las Naciones Unidas (1995). *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. Observación general*

n.° 6 *(E/C.12/1995/16/Rev.1)*. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Organización de las Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid: ONU.

Partido Comunista de Cuba (2011). «Lineamiento 144». En *Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución*, p. 23. La Habana: Consejo de Estado.

Peña, Angela; Gross, Aimée (2018). «La política del cuidado en Cuba. Retos y perspectivas para un diseño multiactoral de cuidado con énfasis en los adultos mayores» (inédito). La Habana: Universidad de La Habana, Departamento de Sociología.

Ramos Esquivel, Júpiter *et al*. (2009). «Aportes para una conceptualización de la vejez». *Revista de Educación y Desarrollo*, n.º 11, pp. 47-56.

Rodríguez Ibáñez, José Enrique (1979). «Perspectiva sociológica de la vejez». *Revista Reis*, vol. 7, n.º 79, pp. 77-97.

Tejera Concepción, Juan Francisco (2008). *El problema del envejecimiento en Cuba* [en línea]. [Consulta: 2017-4-19]. Disponible en http://www.eumed.net/rev/cccss/02/jftc7.htm

Valdés Fuentes, Jessica (2018). *El cuidado de los adultos mayores en instituciones estatales: casas y círculos de abuelos en el municipio Plaza de la Revolución* [tesis de diploma]. La Habana: Universidad de La Habana, Departamento de Sociología.

Valdés Paz, Juan; Espina Prieto, Mayra (2011). *América Latina y el Caribe: la política social en el nuevo contexto. Enfoques y experiencias*. Uruguay: Unesco.

# Competencias y experiencia de los trabajadores sociales en los servicios de cuidado de los adultos mayores en el sector de la salud. Un estudio de caso en Centro Habana

MARIANA MUÑOZ RODRÍGUEZ

El envejecimiento poblacional se ha convertido en uno de los problemas sociales fundamentales de la actualidad. Todos los países, especialmente los más desarrollados, presentan situaciones que atender en este sentido, con indicadores más o menos alarmantes y acelerados, según el caso. Cuba muestra índices que se asemejan al comportamiento demográfico del grupo de naciones desarrolladas, junto a otros indicadores de desarrollo humano que son resultado de sus conquistas sociales.

Disímiles son y serán las consecuencias de esta situación y los retos sociales que implica desde diferentes aristas: demográficas, productivas y económicas, de salud y de distribución de servicios. Abarcan todos los ámbitos de la vida social, tanto a nivel nacional como comunitario, familiar e individual. Sin dudas los servicios de cuidados a adultos mayores son un eje medular, pues se necesitan cada vez en mayor número y calidad. Estos serán dedicados cada vez más, y como resultado del desarrollo que ha alcanzado la sociedad, a personas que han envejecido con un alto nivel de actividad y expectativas, que son profesionales y que presentan situaciones de salud complejas, con escenarios familiares mediados por muy diversas condicionantes. Dicho panorama se une a otros elementos de política nacional e internacional que complejizan el escenario.

Esta situación atañe a todos los sectores de cuidado, tanto estatales como familiares, y a pesar de la cultura *familista* de nuestra sociedad y el deseo de la mayoría de permanecer junto a la familia hasta el último instante, este es un escenario que se aleja cada vez más de las posibilidades reales de las familias cubanas actuales, no solo por la disminución sustantiva de su tamaño, por la cantidad

de familias reconstituidas o el alto índice de emigrantes jóvenes, sino también por las conquistas sociales de la mujer, su papel activo en la sociedad, el aumento de la edad de jubilación, entre otro sinnúmero de indicadores que interactúan con el hecho de que cada vez más la familia necesita ayuda para poder cumplimentar con la función de cuidado a adultos mayores.

Cuando se trata de una mirada a las estrategias de cuidado en Cuba, y sobre todo al cuidado de adultos mayores, las dos instituciones que por excelencia han brindado esos servicios en la sociedad cubana son la familia y el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública (Minsap) y las políticas sociales creadas con tal fin.[1] En este sentido se erige la primera razón que da cuenta de la importancia del análisis que se propone en este texto, el cual se concentrará en los servicios de cuidados a adultos mayores que se brindan desde el sector estatal, específicamente desde el sector de la salud, entiéndase las casas de abuelos y los hogares de ancianos.

La investigación se centra específicamente en el análisis del papel de los actores sociales que por excelencia ejecutan las políticas sociales de cuidado a adultos mayores en los servicios del programa comunitario del sector de la salud: los trabajadores sociales; y a cómo se erigen como figuras imprescindibles, cuyo desempeño profesional es determinante en el objetivo de lograr calidad en el cuidado de adultos mayores, ya que estos son gestores centrales en la organización de las acciones que se realizan en estas instituciones.

Los trabajadores sociales se desempeñan como directores y/o figuras centrales en el funcionamiento de las instituciones dedicadas al cuidado de los ancianos. Aunque se ha constatado la experiencia de estos profesionales, surge la interrogante de si ciertamente despliegan las capacidades y herramientas teóricas y metodológicas que su disciplina científica les ofrece y que son imprescindibles frente a los nuevos retos que la situación demográfica impone en la actualidad.

Al igual que cualquier forma de implementación de las políticas sociales, los servicios sociales, para ser realmente efectivos y eficientes, en conjunto con la integralidad desde su conceptualización y definición de alcance, necesitan que el actor social que

[1] Cada vez más emergen otras instituciones con mucha fuerza y resultados significativos, como el sector privado, con algunas iniciativas no solo en el orden de cuidadores individuales intrafamiliar, y las instituciones religiosas, que tienen muchísima tradición y experiencia en estas actividades, aunque su alcance en cuanto a número es aún limitado a nivel nacional.

los ejecute esté en condiciones de poder llevarlos a cabo con el espíritu que está en su letra, pero también con un nivel de apropiación y creatividad que permita no solo satisfacer ciertamente las necesidades sociales, sino también a cada caso una respuesta particular, necesaria, coherente y suficiente.

Por otra parte, es cada vez más común que, cuando se piensa en los servicios de cuidado de adultos mayores o de cualquier grupo social, emerja el concepto de corresponsabilidad como la mejor posibilidad de garantizar calidad en el diseño del servicio que se haga, en la medida en que un cuidado corresponsable implica relación e integración entre diferentes sectores sociales (familia, Estado, mercado e instituciones privadas y religiosas), para asumir el cuidado de manera integral. En el caso de los adultos mayores, el objetivo es proporcionarles la mayor calidad de vida y el mayor grado de autonomía posible, según su nivel de dependencia. Para lograr esta meta, la acción de los trabajadores sociales en las instituciones es imprescindible: sin su compromiso y competencias no sería posible ni siquiera intentarlo.

Estudios anteriores sobre los diferentes servicios de atención a los adultos mayores cubanos, realizados por el Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam), exponen que las personas mayores se manifiestan satisfechos con cada uno de los servicios que reciben, pero tienen otras inquietudes que no son atendidas. Por este motivo es preciso, en la manera en que la sociedad cubana organiza las políticas, programas y servicios, una estructura que maneje integralmente las necesidades de los ancianos y que sea el vínculo entre instituciones legales y servicios. De esta manera las familias y los ancianos podrían tener un respaldo que les garantice información, acompañamiento legal y manejo de los trámites necesarios para garantizar la satisfacción de sus carencias.

Es este el punto donde se erige el trabajador social como figura indispensable, debido a su experiencia como mediador entre las políticas, los servicios y los beneficiarios de estos. Los trabajadores sociales, además de conformar la dirección de las instituciones que hoy atiende salud pública, en los casos que se conocen, tienen una amplia experiencia de trabajo con diferentes servicios dentro del propio sector de la salud y, por tanto, una interconexión favorable con otros sectores asistenciales, lo que los coloca en excelentes condiciones para asumir ese papel de mediador integral y cumplimentar un cuidado correponsable de los adultos mayores beneficiados de los servicios que ellos dirigen.

## Políticas sociales y trabajo social en el contexto cubano

El análisis de cualquier servicio social supone examinar los tres elementos implicados en su puesta en práctica: las políticas sociales que lo generan, los actores que lo llevan a cabo y los beneficiarios de ellos. Este es el caso de los servicios sociales de atención y cuidado de adultos mayores. Entender las políticas que los definen en el contexto cubano actual y las capacidades de los profesionales involucrados es fundamental para establecer nuevas maneras de hacer, más integrales y corresponsables, que redunden en prestaciones que propicien una real calidad de vida para los adultos mayores.

La política social no solo se refiere al bienestar de los sujetos, sino también a otros elementos de orden político, ideológico, económico y cultural propios de cada comunidad, la cual delimita la intensidad y extensión de sus políticas sociales, define lo que entiende por necesidades básicas de la población y cuántas de ellas cubrirá, así como el nivel de satisfacción y de equidad a que aspira (Valdés Paz y Espina Prieto 2011).

Se entiende la política social como el sistema de gestión de la estratificación social dirigido a que la igualdad de oportunidades favorezca igualitariamente a los sujetos a los que está dirigida. Esta representa, ante todo, una forma de reflexión de la sociedad sobre sí misma, para lo cual se apoya en el Estado y en otras instituciones sociales (Herrera Gómez y Castón Boyer 2003).

Por otra parte, es importante en el análisis de las políticas sociales su relación con los regímenes y la posición ideológica dominantes en cada país y momento histórico donde estas se desarrollen, lo que condiciona y determina sus contenidos. De este modo, el enfoque socialista de las políticas sociales debe contribuir al bienestar del individuo, pero también, en un marco más amplio, al bienestar social, a través del enfoque en los factores estructurales causantes del desigual acceso a las oportunidades sociales, con el propósito de modificarlos (Herrera Gómez y Castón Boyer 2003, p. 25).

En la contemporaneidad el debate se encuentra mayoritariamente atravesado por la rivalidad entre dos enfoques: el de integración social o universalismo y el enfoque selectivo o focalizador (Ocampo 2008). El enfoque de integración social es una perspectiva que destaca el protagonismo del Estado como estructura organizativa de las políticas sociales, las cuales deben estar orientadas «hacia la generación de márgenes de inclusión lo más extensos posible y ser garantía de la satisfacción de necesidades de los más amplios sectores poblacionales [...] su instrumento

esencial es el gasto público social, a través del cual se ejerce una acción redistributiva de la riqueza sobre la base de la equidad y la justicia social» (Valdés Paz y Espina Prieto 2011, p. 38).

La perspectiva selectiva promueve una política social dirigida a poblaciones en situación de desventaja extrema e involucra a actores privados en la implementación de estrategias selectivas. Esto constituye el llamado efecto segmentador de la política social, lo que constituye una vulnerabilidad.

Desde el reconocimiento de las fortalezas y debilidades de estos enfoques, los más destacables son los que defienden la necesidad de la complementación de ambos, garantizando desde el Estado la universalidad de determinados servicios, tales como educación, salud y otros, pero focalizando recursos y creando políticas específicas centradas en los sectores vulnerables. La sociedad cubana ha comenzado a transitar desde hace algunos años desde el enfoque puramente universal a uno en que combina también la focalización. En los aspectos que atañen a los adultos mayores y a las familias es donde más puede notarse la combinación de los enfoques.

El Estado desempeña siempre un papel protagónico como promotor de las políticas sociales en toda América Latina y el Caribe, pero también participan en la planificación e implementación de acciones otros actores sociales, como organizaciones no gubernamentales, la iglesia y la comunidad. Aunque existen diferencias y similitudes entre los diversos países, puede decirse que se parecen en el modo de actuar. Sin embargo, el modelo cubano de política social representa un caso significativo pues, al estar impactado por la historia particular de la Isla y especialmente por el proceso revolucionario iniciado en 1959, las directrices de la política social cubana hasta la actualidad buscan la equidad y la justicia social para todos.

Antes de 1959 la política social tenía un carácter asistencial y benéfico. No se formaban sistemas de programas articulados y no se preveía una estrategia desde el poder estatal. En aquel momento el papel de las instituciones religiosas tenía gran peso, el presupuesto para gastos sociales era bajo y estaba sujeto a manejos corruptos (Espina Prieto 2008).

A partir de 1959 y en consonancia con los presupuestos del Movimiento 26 de Julio, expresados en el programa del Moncada, donde se señalaban los principales males de la Isla –el problema de la tierra, el de la industrialización, la vivienda, el desempleo, la educación y la salud–, se implementa un modelo de política social que se diseñó teniendo como premisas generales el acceso

universal y el aseguramiento de las necesidades básicas de las personas (Ferriol Muruaga 1997), y que tenía como objetivo solucionar las problemáticas fundamentales de la sociedad de aquel momento. Además, asumía una serie de protecciones como subsidios por enfermedad, incapacidad, vejez, muerte de trabajadores, pensiones a núcleos familiares con bajos ingresos y a menores sin amparo filial, entre otros grupos sociales en desventaja.

Las políticas sociales en Cuba experimentaron un franco proceso de fortalecimiento y avance hasta finales de la década de los ochenta del siglo pasado; fue un momento caracterizado por la elevación del bienestar material y espiritual de la población, la disminución de la pobreza, la elevación de la cultura del pueblo y el aumento de la homogeneidad social. A partir de los años noventa se inicia un periodo de inflexión de las políticas sociales cubanas. Aunque las gratuidades y protecciones no cesaron, el pleno desarrollo y efectividad de las políticas se vio afectado por el déficit de recursos que trajo consigo el Periodo Especial.

En el caso cubano el Estado es el único garante de las políticas sociales, por lo que tiene la responsabilida y la autoridad de llevar a cabo la planificación y gestión de estos proyectos, en la medida en que es también por excelencia el ente económico más importante. La acción redistributiva estatal de los gastos sociales es la manera en que las diferentes políticas se dirigen hacia la superación de la desigualdad social como una prioridad del proyecto social cubano. El modelo socialista en Cuba tributó a una «variante de política social integradora universal, estatal y centralizada, orientada hacia el desarrollo social y que opera con una lógica de unicidad, al combinar, en una estrategia única, prevención, compensación y redistribución» (Valdés Paz y Espina Prieto 2011, p. 40). Este muestra fortalezas al tratarse de una estrategia eficiente para mejorar el acceso de los sectores populares al bienestar, aun en condiciones de poco crecimiento económico, según Espina Prieto (2011).

También tiene debilidades y algunos efectos indeseados del *igualitarismo homogeneizador distributivo* que se ha convertido en cierta forma en un factor de reproducción de desigualdades, como se manifestaron a la luz de los cambios de los noventa, lo cual visibilizó la necesidad de complementar estas acciones universalizadoras con otras dirigidas a aquellos sectores cuya situación de desventaja social no permite una apropiación plena y en condiciones igualitarias de los beneficios sociales distribuidos por el Estado (Espina Prieto 2008).

Las críticas fundamentales a las políticas sociales, al criterio de Enrique Gómez Cabezas (2015), están encaminadas a los insuficientes niveles de participación que promueven y a la ausencia de una cultura de evaluación sistemática de los resultados; al enfoque sectorial, ya que los ministerios reproducen visiones parceladas de la realidad que fragmentan la unidad social en sectores que no pueden explicar por separado el origen y la naturaleza de las contradicciones y riesgos sociales; a la organización de los programas, los cuales se hacen en función de las estructuras administrativas y no de personas o comunidades necesitadas. Estas características han limitado mucho los resultados que políticas tan abarcadoras pudieron generar. Además, son determinantes en el bienestar de los adultos mayores y en las características del cuidado que se diseña y se ejerce en la actualidad desde las instituciones estudiadas.

Otro de los elementos imprescindibles para analizar la manera en que los servicios sociales funcionan en una sociedad son los profesionales que median en su puesta en práctica. Este es el caso del trabajador social, quien ha de tener una marcada vocación práctica, orientada a actuar intencionalmente sobre variables sociales.

La historia de esta labor está marcada por el mismo proceso que dio lugar al surgimiento y desarrollo de las políticas sociales (Muñoz Gutiérrez 2019). Bajo este posicionamiento, el trabajo social se define como una profesión que ejerce una mediación entre clases, grupos diversos, sectores o estratos sociales, en circunstancias donde se expresan las tensiones de la reproducción de relaciones asimétricas, de inequidad. La base de las contradicciones en que interviene son las necesidades humanas insatisfechas, que a su vez constituyen un potencial movilizador de los sujetos implicados. Se instaura a partir de una demanda de trabajo especializado en un contexto sociohistórico determinado (Netto 2002), donde las condiciones socioeconómicas son su base constitutiva. Su núcleo central es la práctica, pero ello no limita su capacidad de producir conocimientos a partir del vínculo privilegiado con la realidad y la posibilidad de aprehensión ontológica del ser social (Siqueira da Silva 2013).

Para las sociedades socialistas no se trataba de desarrollar un área especializada que permitiera administrar y controlar las tensiones sociales, sino de concretar un proyecto de cambio social que contribuyese a eliminar las causas de las desigualdades y a empoderar a los sujetos del cambio en sus contextos de realización. En este sentido, el trabajo social en Cuba potencia la movilización de personas con el propósito de incorporarlas a las

tareas del desarrollo social; también se expresa a través de un voluntariado comprometido con los ideales de la emancipación humana y social, con escasos niveles de preparación técnica. En consecuencia, desde sus inicios, la práctica profesional del trabajo social en Cuba tiene una fuerte carga de politización y de activismo social que puede tener su justificación histórica, pero que aleja la actividad de las necesidades estrictas de la profesión (Muñoz Gutiérrez 2019).

En Cuba la profesionalización del trabajador social comienza cuando a partir de la década del setenta surge la formación de técnicos medios en trabajo social para el sector de la salud; más tarde, durante los años ochenta y noventa, serían ocupados en otros sectores de las políticas sociales, como trabajo, educación, vivienda y prisiones. No es hasta finales de los noventa que surgen por primera vez, después del triunfo revolucionario, los estudios universitarios de Sociología con especialización en Trabajo Social. El propósito fue dar continuidad formativa a los egresados de los institutos tecnológicos. En el 2015 esto se liquida y luego se crea la maestría en Trabajo Social Comunitario, en la Universidad de Camagüey.

Otro momento importante para analizar esta profesionalización tuvo lugar en la primera década del 2000. Fidel Castro creó el Programa Nacional de Formación Emergente de Trabajadores Sociales, que estuvo bajo la dirección de la Unión de Jóvenes Comunistas. Esto le dio un impulso a la visibilización de la profesión. Su existencia se extendió hasta 2011, momento en que la actividad del trabajo social se integra al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En la esfera de la salud se continúa la formación de trabajadores sociales y se extiende la formación universitaria, en la modalidad de universalización de la educación superior, en varias universidades del país. Para finales del 2010 se inicia un proceso que ha sido llamado de *reinstitucionalización de la profesión* bajo la dirección del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, hoy marcado por la inercia y la lentitud de su quehacer. No obstante, durante el 2015 se trabajó en una propuesta de plan de estudio para técnico medio en Trabajo Social, cuyo propósito se encaminaba a dar respuesta a las demandas de varias provincias del país.

La profesión en Cuba ha tenido un intermitente proceso de desarrollo. En este se han hecho manifiestas determinadas limitaciones presentes desde sus orígenes (Muñoz Gutiérrez 2019), tales como la necesidad de superar el enfoque asistencialista, la identificación del método con la naturaleza de la profesión, la

insuficiente actualización bibliográfica y el desconocimiento de las experiencias, así como de la historia de la profesión en otros países, el énfasis en la práctica en detrimento del uso de la teoría y de la sistematización, la fragmentación en cuanto a la actuación y la falta de preparación profesional para intervenir y contribuir a la conversión de individuos y grupos en sujetos de su propia transformación en los diferentes ámbitos de lo social (seguridad social, prevención, vivienda, educación, etc.), el predominio por mucho tiempo del modelo de actuación del profesional proveniente del sistema de salud y el escaso intercambio entre sus profesionales. Todos estos elementos caracterizan también el desempeño de los trabajadores sociales en el sector de la salud, particularmente en el caso de los que se dedican al cuidado y, especialmente, al cuidado de adultos mayores.

## Experiencia profesional de las trabajadoras sociales que se encuentran en los servicios de cuidado actualmente en el municipio Centro Habana

Los trabajadores sociales cubanos de la salud son profesionales muy comprometidos con el sector en el que trabajan y han aportado mucho a los dos pilares que han definido a la salud cubana: su carácter participativo como responsabilidad popular y comunitaria, y el desarrollo de una filosofía de la prevención. Manifiestan estar al tanto del carácter de su accionar desde la realización de diagnóstico social y el trabajo con factores de riesgo, y contribuyen a la promoción, prevención y rehabilitación del paciente, familia o grupo de la comunidad.

A pesar de que no son pocos los años en que se han formado trabajadores sociales en Cuba, y sin despreciar las variaciones e intermitencias que ha tenido su profesionalización, puede decirse que al menos en el sector de la salud esa formación ha sido estable. Además, ha sido duradero el número de estos profesiones que continúan en su área de trabajo, por lo que han acumulado mucha experiencia. Este aspecto resulta muy positivo, pues tienen mucha práctica y conocimiento de las estructuras del sistema en que se se desenvuelven y de sus modos de hacer, lo que constituye una fortaleza a la luz de los servicios de cuidado de adultos mayores y de las competencias que se requieren para que el cuidado sea realmente integral y exitoso. No obstante, también han desarrollado una función de carácter asistencial.

Para este trabajo fueron entrevistadas todas las trabajadoras sociales que dirigen las cuatro casas de abuelos del municipio

Centro Habana, así como una trabajadora social de un hogar de ancianos enclavado en el territorio, que además de tener adultos internos, también presta el servicio de hogar de día. Todas son mujeres con más de veinte años de servicio en el sector de la salud, y, como mínimo, siete en en el cuidado de adultos mayores. Cuando fueron convocadas a narrar las posibilidades que su experiencia profesional les brinda, destacó, en primer lugar, el conocimiento que tienen del sector de la salud y cómo valoran positivamente las relaciones personales que en este mantienen.

Las trabajadoras sociales que laboran en las casas de abuelos y hogares de ancianos se han mantenido dentro del sector salud y expresan tener conocimiento del sistema, tanto de sus políticas de trabajo como de las estructuras, protocolos y formas de hacer. Reconocen que su labor se desarrolla fundamentalmente en el sector primario de atención, donde están también su mayor capital social y las redes laborales. También conocen lo que se puede utilizar para atender a los adultos mayores a otros niveles.

Como han desempeñado diferentes responsabilidades saben con qué pueden contar y cuáles son las funciones de sus colegas. Por ejemplo, en un policlínico el trabajador social es miembro de cada una de las comisiones que se crean por programas, como el Programa de Atención al Adulto Mayor; por tanto, tiene una visión general del trabajo que realiza cada una de las partes y puede garantizar el diseño de una estrategia de intervención que intente la integralidad de la atención. Además, puede gestionar administrativamente medicamentos exentos de pago, así como espejuelos, sillas de rueda, muletas u otros utensilios. En los policlínicos se determina si un anciano constituye un caso social y si requiere tratamiento especial por el gobierno municipal o la dirección de Trabajo y Seguridad Social, encargados de facilitar pensiones, dietas, etc.

Los trabajadores sociales reconocen el sistema de mensajería y búsqueda de medicamentos de las farmacias. El propio sector de Salud Pública tiene otros servicios muy demandados por los adultos mayores, como es la red de asistencia estomatológica de cada comunidad, que presta los servicios de prevención, y los especializados en prótesis, endodoncia y parodoncia.

Las personas mayores también podrían requerir de la competencia de acciones que se desarrollan en el nivel secundario de atención, donde también se encuentran trabajadores sociales. En cada hospital hay un departamento que se encarga de la mediación entre los servicios que se prestan y los pacientes. Esta asistencia tiene menos enfoque preventivo o comunitario

y está más orientada a garantizar la rehabilitación total del paciente y la calidad de los servicios durante la estancia en la institución. Puede, asimismo, gestionar algunos servicios para cuando el paciente ha sido dado de alta.

El acercamiento al nivel terciario sería en hospitales psiquiátricos, centros que tratan la diabetes, enfermedades cerebrovasculares, oncológicas y otras ligadas a la higiene y la epidemiología.

La Sociedad Cubana de Trabajadores Sociales de la Salud define una metodología de intervención del trabajador social en la atención primaria de salud como miembro del Grupo Básico de Trabajo. Puntualiza los elementos que constituyen guía de las acciones que el trabajador social puede desarrollar en una comunidad. Esto es un ejemplo del acompañamiento que puede solicitársele a los coprofesionales, lo que le da un enfoque más comunitario a la labor de cuidado que realizan.

Según la Sociedad Cubana de Trabajadores Sociales de la Salud, el trabajador social participa con el equipo básico de trabajo visitando la población de riesgo para informar sobre los problemas y aportar datos que se pueden desconocer en los diferentes programas de salud. Participa con el médico y el enfermero de la familia en el análisis de los casos para ofrecer diagnósticos integrales. Valora, en coordinación con el médico, a los ancianos con problemas de salud y dificultades familiares. Se vincula con los organismos y organizaciones de masas (Dirección Municipal de Asistencia y Seguridad Social, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior, Federación de Mujeres Cubanas, Comités de Defensa de la Revolución y otras), para garantizar la detección, tratamiento e incorporación social, extendiendo acciones que permitan sensibilizar el medio familiar en la solución de estos problemas. Se involucra con los problemas socioeconómicos que demandan la oferta de medicamentos gratuitos. Trabaja coordinadamente con la Policía Nacional Revolucionaria, para la atención de los casos de conducta inadecuada. Inicia la historia social para el seguimiento y evolución de los casos hasta lograr la solución del problema. Brinda atención a las asociaciones de discapacitados, así como a los talleres que estén en el área. Presta atención a los casos de patologías crónicas psiquiátricas y con necesidades especiales.

## Consideraciones finales

A partir de las experiencias de las trabajadoras sociales que se desempeñan en los dos servicios –casas de abuelos y hogares de ancianos–, se puede afirmar que hay muchas similitudes

entre estas dos áreas de atención. Las trabajadoras sociales han transitado por la mayoría de las estructuras, funciones y competencias que estos profesionales desarrollan en el Minsap a nivel municipal, tienen relaciones personales con sus colegas en los diferentes puestos y estructuras, muestran sensibilidad y responsabilidad hacia la labor que realizan, disfrutan de los resultados positivos de su trabajo con los ancianos, muestran disposición a perfeccionar la manera en que trabajan y a asumir nuevos retos y maneras de hacer.

Las principales limitaciones están en el plano del desarrollo teórico. Los propios años de experiencia laboral, entendidos como tiempo que ha transcurrido desde su graduación y en muchos casos sin participar de otros programas de superación desde esta disciplina; lo afianzado que tienen la manera en que desempeñan su labor, mediada por los protocolos de actuación establecidos; los pocos retos que desde las estructuras superiores se les imponen; la del Minsap, que hace que las principales alianzas de trabajo se realicen entre instituciones del propio ministerio; así como las propias condicionantes sociales y políticas del país convierten su labor diaria en una actividad de mantenimiento y reproducción de lo establecido sin mayores pretensiones.

Estos elementos son los que mayor necesidad de superación tienen para elevar la calidad del cuidado a adultos mayores en las instituciones de salud pública. En este fenómeno tiene mucho que ver el accionar de los trabajadores sociales para lograr una mayor integración entre todos los sectores de la salud, con el fin de garantizar una corresponsabilidad en el servicio que brindan.

## Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular (2009a). «Decreto Ley n.º 283». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, n.º 13, La Habana, 24 de abril.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2009b). «Ley n.º 105 de Seguridad Social». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, n.º 29, La Habana, 5 de agosto.

Castro Ruz, Fidel (1973). *La Historia me absolverá*. La Habana: Comisión de Orientación Revolucionaria del CC del PCC.

Domínguez, María Isabel (2008). «La política social cubana: principales esferas y grupos específicos». *Temas*, n.º 56, pp. 156-165.

Espina Prieto, Mayra (1993). *Reproducción socioclasista en Cuba* [tesis de doctorado]. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.

Espina Prieto, Mayra (2008). «Mirar a Cuba hoy: cuatro supuestos para la observación y seis problemas-nudos». *Temas*, n.º 56, pp. 132-141.

Espina Prieto, Mayra (2011). «La política social en Cuba: resultados y retos» [tesis de doctorado]. La Habana: Universidad de La Habana.

Ferriol Muruaga, Ángela (1997). «La reforma económica en los noventa». *Unidad de Investigaciones Económicas*, n.º 2, pp. 8-19.

Ferriol Muruaga, Ángela (1998). *Cuba: crisis, ajuste y situación social: 1990-1996*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

García Quiñones, Rolando; Alfonso de Armas, Marisol (2010). «Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba» [en línea]. [Consulta: 2018-9-9]. Disponible en http://www.eumed.net/rev/cccss/02/jftc7.htm

Gómez Cabezas, Enrique (2015). *El trabajo social: una demanda profesional en Cuba* [tesis de doctorado]. La Habana: Universidad de La Habana.

Herrera Gómez, Manuela; Castón Boyer, Pedro (2003). *Las políticas sociales en las sociedades complejas*. Barcelona: Ariel.

Ministerio de Salud Pública (1996). *Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor* [en línea]. La Habana: Minsap. [Consulta: 2018-9-3]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864346620090002000 16&caller=scielo.sld.cu&lang=pt

Muñoz Gutiérrez, Teresa (2019). «Trabajo social y ciencias sociales. Construyendo saberes para el cambio social» [conferencia magistral]. *Evento Internacional de Trabajadores Sociales de la Salud (SOCUTRAS)*, La Habana, 4 de junio.

Muñoz Gutiérrez, Teresa; Urrutia Barroso, Lourdes de (2011): «Trabajo social y políticas sociales: experiencias de institucionalización en Cuba durante la última década». *Revista Santiago*, vol. 124, n.º 1, enero-abril, pp. 122-149.

Muñoz Gutiérrez, Teresa; Urrutia Barroso, Lourdes de (2004). «El desarrollo del trabajo social en Cuba. Profesionalización y práctica». En Clotilde Proveyer Cervantes y Sven-Axel Mansson (coords.), *Trabajo social en Cuba y Suecia: desarrollo y perspectivas*, pp. 45-68. Sancti Spíritus: Ediciones Arcadia.

Muñoz Gutiérrez, Teresa; Urrutia Barroso, Lourdes de (2016). «Pensar acerca de la reinstitucionalización del trabajo social en Cuba (2011-2015)». En José Fernando Siqueira Da Silva y Teresa del Pilar Muñoz Gutiérrez (coords.), *Políticas sociales e serviço social: Brasil e Cuba em debate*, pp. 179- 200. São Paulo: Veras Editora.

Muñoz Gutiérrez, Teresa; Urrutia Barroso, Lourdes de (2018). *Lecturas introductorias sobre trabajo social*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Netto, José Paulo (2002). *Capitalismo monopolista y serviço social*. São Paulo: Cortez Editora.

Ocampo, José Antonio (2008). «Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización». *Revista Nueva Sociedad*, n.º 215, mayo-junio, pp. 36-61.

Siqueira da Silva, José Fernando (2013). *Serviço social: resistência e emancipação?* São Paulo: Cortez Editora.

Valdés Paz, Juan; Espina Prieto, Mayra (1994). *La transición socialista en Cuba: estudio sociopolítico*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

Valdés Paz, Juan; Espina Prieto, Mayra (2011). *América Latina y el Caribe: la política social en el nuevo contexto. Enfoques y experiencias*. Uruguay: Unesco.

# Institucionalidad en el cuidado a los adultos mayores. El caso del Convento de Belén

DAYANE PROENZA / RAFAEL VALDIVIA

## Introducción

Cuba llegará a convertirse en unos diez años en el país más envejecido de Latinoamérica, según García Quiñones y Alfonso de Armas (2010). Se reconocen causas disímiles: los bajos niveles de fecundidad, reflejados en valores que desde el año 1978 no posibilitan el reemplazo generacional de nuestra población; los bajos índices de mortalidad en general y particularmente infantil; y, por supuesto, la migración internacional.

Desde el triunfo de la Revolución en el año 1959, el Estado ha desempeñado un papel esencial en la protección y cuidado al adulto mayor, y ha orientado un conjunto de medidas que favorecen su bienestar. Para ello ha involucrado una diversidad de organismos, como el Ministerio de Educación Superior (MES), el Instituto Nacional de Deporte y Recreación (Inder), el Ministerio de Cultura (Mincult), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y el Ministerio de Salud Pública (Minsap). Dentro de este conjunto de medidas cabe destacar la puesta en marcha del Programa de Atención al Adulto Mayor, dividido en tres subprogramas: el de atención hospitalaria, el de atención en instituciones sociales y el subprograma de atención comunitaria.

El subprograma institucional fue puesto en marcha a partir de la década de los noventa. Con un enfoque multidimensional e integrador y de criterios gerontológicos y geriátricos, se llevan a cabo acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación enfocadas en tres aspectos: el biológico, el psicológico y el social, para equilibrar el déficit biosocial que el envejecimiento determina. Para su adecuada implementación se reconoce la necesidad de vincular a la familia y a la comunidad, aunque el mayor peso del

trabajo se reconoce que debe descansar sobre una determinada institución social, como pueden ser los hogares de ancianos (asilo) o los centros medicopsicopedagógicos.

Los hogares de ancianos constituyen instituciones sociales que brindan cuidados de corta, mediana y larga estadía a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad; además, ofrecen servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades curativas y de rehabilitación, así como actividades socioculturales y recreativas. Es indudable que estas instituciones han persistido en el tiempo con un mayor o menor reconocimiento, aunque ante la propia situación de envejecimiento de la población que vive hoy nuestro país, es lógico que se discuta, incluso se cuestione, el protagonismo que estas pueden tener o podrían tener para hacer frente a los cambios demográficos.

El Convento de Belén, sito en el municipio Habana Vieja, constituye una institución con una amplia y reconocida trayectoria en los asuntos relacionados con el cuidado a los adultos mayores, desde su surgimiento en el año 1997. A partir de un estudio de caso realizado en dicha institución, nuestra investigación intenta explicar los arreglos institucionales desarrollados por el Convento para proveer servicios de cuidado asociados a los proyectos sociales creados por la Oficina del Historiador de la Ciudad.

Cuando hablamos de arreglos institucionales, hacemos alusión a las políticas, prácticas y sistemas que han permitido el funcionamiento de este centro. Algunos de los puntos a explicar son sus orígenes, su desarrollo, las redes y alianzas desde aquí establecidas, su asignación presupuestaria, así como su consolidación como institución dirigida a las personas mayores. La finalidad es identificar aquellos aspectos que puedan resultar útiles para el desarrollo de esta práctica en otras instituciones del país, responsables del cuidado de adultos mayores dependientes.[1]

## Orígenes e historia del Convento de Belén como institución encargada de proveer servicios de cuidado al adulto mayor

El Convento de Belén es considerado el mayor de los conjuntos religiosos de nuestra ciudad. Se halla ubicado en la calle Compostela, entre Luz y Acosta, en el corazón del barrio de Belén, en la Habana Vieja. Ocupa aproximadamente 12 100 $m^2$

[1] Es importante señalar que nuestra investigación hizo uso de los contenidos defendidos por la propuesta de Sandra Huenchuan (2016), para la Comisión Económica de América Latina y el Caribe (a partir de esta propuesta se elaboraron nuestras variables e indicadores).

de superficie. Su construcción oficial data del siglo XVIII. Es considerado el único de su tipo en el Centro Histórico y en toda La Habana. Ofrece especial atención y cuidado a las personas de la tercera edad sobre la base de un enfoque social humanitario (Torres Cuevas y Leiva Lajara 2007).

A partir de la creación en el propio Convento, el 10 de julio de 1997, de la Subdirección de Asuntos Humanitarios, perteneciente a la Oficina del Historiador de La Habana, se tomó como misión:

- Mitigar y resolver en lo posible los problemas que se les presentan a los ancianos, niños, jóvenes y deficientes físicos y psíquicos.
- Atender por igual los asuntos humanitarios que lleguen a través de la Oficina del Historiador y los que acuden directamente a sus puertas.
- Desarrollar un programa sociocultural para elevar la calidad de vida de la comunidad, con la participación de especialistas de la red de instituciones culturales de la Dirección de Patrimonio Cultural, y un programa humanitario para la atención y cuidado del Sistema de Residencias Protegidas para ancianos sin amparo filial.

## Funcionamiento de la institución de acuerdo a su orientación de cuidado al adulto mayor en el marco de los proyectos sociales de la Oficina del Historiador de la Ciudad

La misión del Convento de Belén se ha enfocado en solucionar en la medida de lo posible los problemas de la población, teniendo en cuenta las posibilidades y prioridades de la variedad de casos: ancianos solos, encamados, enfermos, niños con discapacidades.

El aspecto de proyección se desarrolla en el centro de día, que radica en el interior de la propia institución, con una matrícula activa de 388 adultos mayores. Cuenta, además, con servicios alimentarios, de fisioterapia, de óptica y oftalmología, con el centro de evacuación y la residencia interna. También tiene subordinado, a través del Grupo de Atención, un Sistema de Residencias Protegidas, un dispensario y el Centro de la Tercera Edad, los cuales brindan sus servicios fuera del inmueble del convento, pero son rectorados por este.

Como parte del centro de día, en la institución se atienden 160 adultos mayores de ambos sexos; de estos, 22 permanecen internos. Los ancianos reciben un conjunto de servicios, incluso de enfermería. Tienen una jefa y varias cuidadoras adiestradas que son, en su mayoría, enfermeras retiradas; a ello se suma la

ayuda de un asistente o cargador de ancianos, responsable del trabajo más fuerte.

Se realizan acciones concretas que van desde la estimulación cognitiva y psicomotriz hasta la promoción de un estilo de vida saludable. Se celebran fechas conmemorativas, actividades infantiles y con personas discapacitadas. A estos eventos se suman talleres de artesanía, teatro, tejido, títeres, música, literatura, danzas, meditación, actividades antiestrés, de energía, reflexión y conferencias sobre la salud.

El programa ofrece atención diferenciada a través de un equipo profesional, que cuenta con el apoyo de colaboradores de todas las ramas del conocimiento. La idea no está pensada para ancianos que sean pasivos, sino para adultos mayores *curiosos*, que perciban la etapa de la vida en la que están no como un periodo final de deterioro y enfermedad, sino como un momento de aprendizaje, crecimiento y realización.

Mediante el servicio alimentario ofrecido se garantiza la alimentación básica (desayunos, meriendas, almuerzos y cenas) para los adultos mayores: los 22 de la residencia interna y los del centro de día; se incluyen aquellos que no pueden asistir por su estado de salud. Cabe resaltar que el sistema de alimentación de los consumidores es variado, pues depende de los padecimientos de los ancianos y se corresponde con la ubicación de estos: los adultos mayores que asisten al centro diurno reciben una alimentación diferente de la que es dada a quienes permanecen internados.

Actualmente los ancianos del centro de día, ante los problemas de escasez en el país y el déficit del presupuesto asignado, reciben una merienda fuerte en el horario de la mañana (antes había merienda, almuerzo y merienda). Se trata, entonces, de priorizar a los ancianos que residen internamente en el convento y que sí reciben desayuno, meriendas, almuerzo y cena. El menú es elaborado por el cocinero, el almacenero, una técnica en seguridad y salud del trabajo y, en el caso de la residencia interna, la jefa de esta dependencia.

Se presta también el servicio de fisioterapia a los adultos mayores de la comunidad y a niños con discapacidad. Se les ofrece electroterapia, ejercicios de relajación, mecanoterapia, gimnasio y ambulación, terapia a domicilio, *shiatsu* y cultura física. Se coordina, como parte de la rehabilitación cognitiva, la terapia ocupacional y artística: talleres de creación manual (parches, tejido, papel maché, artes plásticas, talabartería); talleres de expresión (teatro, música, danza) y la estimulación de procesos psíquicos (memoria, atención, lenguaje). Todas estas actividades

se desarrollan en el centro diurno. Forman parte de esta rehabilitación la medicina natural y tradicional, los juegos de mesa, las excursiones y visitas a museos, junto a la concurrencia de coros juveniles, artistas plásticos, grupos y solistas musicales.

Mediante el servicio de óptica y oftalmología, los adultos mayores reciben atención por parte de especialistas del centro y otros externos que colaboran con la entidad. Existe un espacio de consulta una vez a la semana y luego de los estudios correspondientes se confeccionan en el mismo centro los espejuelos, con tecnología muy avanzada. Se atiende de igual forma cualquier problema visual. Estas prestaciones comenzaron su funcionamiento en el 2004, gracias al financiamiento en equipos y tecnología por parte de la Universidad de Alicante, y se renovó en el 2012 a través de un acuerdo con la Fundación Euskal Fondoa, del País Vasco.

La residencia está compuesta por siete cuartos; en cada uno de estos pueden dormir hasta tres ancianos. Las habitaciones están equipadas con cama personal, mesita de noche, teléfono fijo, ventilador, sillón y escaparate personal; además, hay un baño interior. Las instalaciones poseen buen estado constructivo y una excelente ventilación e iluminación.

Existe un comedor con cinco mesas, sillas y un televisor. Hay un amplio salón con doce sillones, cinco mesas, sillas y un televisor. Por sus dimensiones los ancianos caminan sin ningún tipo de dificultad. Además, el convento cuenta con otras pequeñas salas que poseen comadritas para el descanso y la relajación. También encontramos una enfermería totalmente equipada, con accesorios de primeros auxilios.

Los cuartos están ubicados en el segundo y tercer piso. En el segundo hay cuatro cuartos que son para los ancianos con mayor validez e independencia, mientras que los tres cuartos que se ubican en el tercer piso son para los ancianos completamente dependientes; a pesar de no haber ninguno encamado, sí requieren de toda la atención y ayuda para realizar sus actividades. Cabe resaltar que hay una separación de cuartos de mujeres y de hombres.

La residencia interna cuenta con un equipo central de trabajo compuesto por once trabajadores: nueve cuidadoras y dos auxiliares generales, quienes además prestan servicios al resto del personal del convento, teniendo en cuenta que la residencia se encuentra dentro del propio inmueble. Las plazas están distribuidas entre hombres y mujeres, pero con una evidente división sexual del trabajo según el género: las labores de cuidadoras son completamente ejercidas por mujeres, y la labor de cargador, que

requiere fuerza física, está ocupada por un hombre. El trabajo se divide en grupos de cuatro cuidadoras que trabajan 24 horas y descansan 72, mientras los auxiliares generales trabajan un turno de 12 horas cada uno.

Todos los días asiste un médico en el horario de la mañana para atender a los ancianos, a partir de un convenio establecido con el Minsap municipal. Ante la política que tiene el Convento de no tener personal de salud entre sus trabajadores, no hay un médico que ejerza de manera permanente ni en la residencia interna ni en el centro de día.

Los ancianos que se encuentran en la residencia se caracterizan por tener cierta dependencia para realizar sus actividades cotidianas; no existe en estos momentos ningún anciano postrado. Las cuidadoras deben velar por los adultos mayores en todo momento, los ayudan a higienizarse tanto en la mañana como en la noche y les dan los medicamentos correspondientes; además remplazan las sábanas de las camas y las trasladan a la lavandería. Las auxiliares están a cargo de limpiar los cuartos y las demás áreas de la residencia. La limpieza se considera primordial para garantizar una adecuada higiene tanto de los ancianos como del personal que allí trabaja.

También las cuidadoras son responsables de ayudar con la alimentación de los ancianos. Cumplen, además, con otras labores que puedan surgir durante el día y, por sus capacidades como enfermeras jubiladas, valoran el estado de salud de cada anciano. En caso de presentarse alguna eventualidad están capacitadas para dar los primeros auxilios y aplicar procedimientos como inyecciones, poner sueros y dar aerosoles. Además, las cuidadoras participan de las actividades cotidianas de los ancianos, incluso en las de recreación, pues al tener un contacto más directo pueden observar cualquier cambio anímico o problema de salud repentino que estos puedan presentar.

Las auxiliares generales también laboran directamente con los ancianos, al igual que el cargador. Otros empleados (cocineros, personal de la lavandería, fisioterapeuta, trabajadores de la óptica y del programa sociocultural del centro de día) contribuyen al cuidado de los abuelos y muestran un acercamiento directo con ellos.

En la residencia se brinda servicio de lavandería, del que se benefician no solo los ancianos residentes, sino también aquellos que permanecen en el centro solo durante el día, pues estos últimos generalmente no tienen condiciones para lavar en sus casas. Una sola operaria es la encargada de identificar la ropa a través de un sistema de bolsas y de lavarla.

Otro proyecto social promovido por la Oficina del Historiador es el Sistema de Residencias Protegidas. Se inició en el año 2001 con el fin de elevar la calidad de vida de los ancianos que viven solos y de contribuir a la integración de este grupo a las actividades del territorio. El programa constituye una modalidad de alojamiento –rectorada por el propio Convento de Belén– adecuada a las limitaciones y necesidades especiales de estas personas. Los lugares donde habitan estos ancianos se recuperan para uso residencial.

Se trata de viviendas individuales de pequeñas dimensiones, diseñadas y equipadas bajo estrictos parámetros de seguridad y accesibilidad. Insertas en inmuebles de valor patrimonial, disponen de áreas para el desarrollo de actividades culturales, sociales y productivas que aseguren el encuentro y los tiempos compartidos, lo que compensa los riesgos de la soledad, así como salones para la rehabilitación física y psíquica, gimnasia, terapia ocupacional, ejercicios de relajación. Se pudo constatar que en estas instalaciones no existen barreras arquitectónicas y hay un mobiliario seguro y cómodo, señalizaciones claras e iluminación efectiva.

Por otra parte, se capacita a los familiares y se forman auxiliares geriátricas, de manera que la asistencia sea cada vez más diversificada y de mayor calidad. De esta forma se generan beneficios indirectos para otros ancianos de la comunidad, pues se integran al sistema de actividades socioculturales y comunitarias que se desarrollan en el marco del Programa del Adulto Mayor en la Habana Vieja. El funcionamiento de estas residencias es regido por la Oficina de Asuntos Humanitarios de la Oficina del Historiador de La Habana, y dispone del apoyo de diferentes instancias de administración de salud a nivel local. Por esta vía se garantiza la alimentación y el apoyo en útiles y medicamentos.

El sistema está compuesto por cuatro residencias, en las que habitan un total de 115 ancianos. La situada en la intersección de las calles Cuba y Muralla cuenta con doce apartamentos y un salón polivalente con capacidad para ochenta personas; allí los residentes comparten con otros miembros de la comunidad. Tienen asegurados desayuno, gimnasia, actividades artísticas y conferencias sobre higiene y salud.

Posteriormente la Agencia Vasca Euskal Fondoa y el Ayuntamiento de Vitoria-Gaistez, a través del Programa de Desarrollo Humano Local y la representación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Cuba, construyó Habana n.º 620. Este recinto cuenta con un total de dieciocho apartamentos y dos

salones polivalentes. Al cuidado se encuentran siete trabajadoras: seis enfermeras-cuidadoras y una auxiliar general de servicios.

La residencia sita en Paula n.º 109, entre Habana y Compostela, tiene catorce apartamentos. El colectivo de trabajo es pequeño: tres enfermeras-cuidadoras y una auxiliar general de servicios. La residencia de San Ignacio n.º 255, esquina Lamparilla, tiene capacidad para diecisiete viviendas, y un fondo habitacional para treintaicuatro adultos mayores. Cuenta con áreas de servicios útiles para elevar la calidad de vida de los ancianos que viven en situación crítica. El personal de trabajo está compuesto por siete trabajadoras: cinco enfermeras-cuidadoras y dos auxiliares generales.

## Redes y alianzas interinstitucionales configuradas por el Convento de Belén

Pocos proyectos han demostrado los resultados en cuanto al avance cualitativo y cuantitativo que hasta la actualidad ha presentado la experiencia del Convento de Belén y, en general, la Oficina del Historiador en la Habana Vieja. La ejecución de los diferentes programas implementados se desarrolla en función de un conjunto de alianzas con organismos públicos provinciales y municipales, con el Estado cubano, con organizaciones de la comunidad, la sociedad civil, otras instituciones vinculadas a la atención de adultos mayores y con proyectos internacionales, lo que implica un esfuerzo significativo de articulación de recursos.

La anterior idea refuerza los criterios defendidos desde la teoría de la necesidad de establecer alianzas y transversalizar el tema del cuidado, vinculando al Estado y a la sociedad civil, la academia y las organizaciones sociales, para mejorar la situación de las personas mayores (Huenchuan 2016). Se sostiene que los diferentes organismos e instituciones han venido mostrando un genuino interés por contribuir a su bienestar y, como parte de ello, han creado espacios para propiciar su participación en la toma de decisiones. En algunos casos, esto ha permitido innovar con respecto a los ámbitos tradicionales de actuación en los asuntos de la vejez (Huenchuan 2016).

Para garantizar la sostenibilidad de estos proyectos se cuenta primeramente con el aporte que anualmente la Oficina del Historiador destina a los programas sociales. La Oficina posee respaldo legal desde el año 1993, cuando le fue otorgada la posibilidad de autofinanciar sus acciones para la recuperación total de su área. Esta se subordina de forma directa al Consejo de Estado y no al

gobierno provincial; gracias a ello establece una relación directa con los diferentes niveles de gobierno y ministerios, que facilita la agilidad en la toma de decisiones. Es importante volver a señalar que estas premisas se encuentran recogidas y, por supuesto, avaladas, en el Decreto Ley 143 (Consejo de Estado 1993).

Dicho decreto reconoce personalidad jurídica para asociarse y establecer relaciones de diverso tipo con nacionales y extranjeros, y cobrar impuestos a empresas productivas enclavadas en el territorio, con el fin de ser destinados a la rehabilitación (Consejo de Estado 1993). Es importante recalcar el carácter innovador del modelo de gestión implementado en esta zona, que valida la autogestión económica, a partir de la disponibilidad de un conjunto de recursos que pertenecen al Centro Histórico.

Como parte de la estructura de la Oficina, se crea en el año 2002 el Departamento de Cooperación Internacional, con la misión de coordinar, facilitar, gestionar y controlar las iniciativas por esta vía de financiamiento. Además del Programa de Naciones Unidas (PNUD), otras agencias del sistema de Naciones Unidas han participado y participan en proyectos de cooperación que benefician el desarrollo del Centro Histórico. Entre ellas podemos mencionar la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), entre otras.

En el caso del Convento, los proyectos de cooperación internacional han contribuido a la cobertura, calidad y sostenibilidad de algunos servicios, por ejemplo, el de oftalmología. Como se dijo anteriormente, la Universidad de Alicante desde el año 2004 aporta tecnología avanzada para ofrecer con la máxima calidad este servicio, además, contribuye con donaciones a la confección de los espejuelos que se ofrecen a los ancianos y al personal que allí labora. A partir del año 2012, con la colaboración de la Fundación Euskal Fondoa, se modernizaron el taller y la óptica y se implementó tecnología de gran avance para la realización de consultas y la confección de anteojos.

Los servicios que se desarrollan fuera del inmueble del Convento y que están subordinados al Grupo de Atención Humanitaria, como el Sistema de Residencias Protegidas, el dispensario y el Centro de la Tercera Edad, también reciben la colaboración de instituciones, ministerios y organizaciones nacionales e internacionales.

El funcionamiento del Sistema de Residencias Protegidas está regido por la Oficina de Asuntos Humanitarios de la Oficina del Historiador de la Ciudad de La Habana. Cuenta con el apoyo de diferentes instancias de administración de salud a nivel local y con la colaboración de organizaciones de cooperación internacional:

- Cuba n.º 551 (2001): financiada por la Oficina del Historiador y el Comité de Florencia (Italia) con la contribución del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (Unifem), en el marco del Programa de Desarrollo Humano Local (PDHL).
- Habana n.º 620 (2008): colaboración entre la Oficina del Historiador, la Fundación Euskal Fondoa y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, del País Vasco, en el marco del PDHL.
- Paula n.os 109-111 (2008): financiada por la Oficina del Historiador, la Obra Social de Caja Madrid y el Ayuntamiento de Rivas de España, a través de la Organización No Gubernamental Mundubat.
- Lamparilla n.º 255 y San Ignacio (2018): financiada a partir de la colaboración de la Oficina del Historiador y la Fundación Euskal Fondoa, del País Vasco.

A partir de las donaciones provenientes de estas organizaciones no gubernamentales (ONG) se han rehabilitado estos lugares; no solo se ha mejorado su situación constructiva, sino también se han equipado con todos los artículos e implementos necesarios, para que los ancianos que allí conviven lo hagan con mayor calidad de vida. Como ha quedado demostrado en la Estrategia Regional de Envejecimiento, es imprescindible la meta de ir creando y manteniendo un entorno propicio para el disfrute de las personas mayores, lo que viene a promover su desarrollo y el fortalecimiento del ejercicio de sus deberes y derechos. El mejoramiento de dichos entornos es central para consolidar la autonomía e independencia de la vejez. Se reconoce que este tipo de ayuda viene a aliviar la prestada desde el Estado cubano y puede solventar un número de problemas y necesidades no solo del Convento, sino también de las personas adultas mayores que viven en la comunidad.

Las organizaciones de cooperación internacional, de igual manera, han brindado cursos de capacitación y superación a los cuidadores que laboran en esta y en otras instituciones de

cuidado del territorio. Esta situación deviene en una ventaja muy importante, que también es defendida desde la teoría: la necesidad de una capacitación continua y actualizada para las personas responsables de proveer los servicios de cuidado. De esta forma se han recibido clases, donde se abordan y profundizan temáticas de importancia e interés para el desarrollo de las diferentes prácticas de cuidado. Incluso se han generado espacios de supervisión, donde los propios cuidadores o la familia de los ancianos, sobre todo los que entran y salen diariamente, pueden canalizar sus dificultades o experiencias en el desempeño de sus funciones.

En el propio centro de día, como parte de las actividades religiosas que desarrolla el Convento a petición de los ancianos, se realizan misas católicas y cada dos años se recibe la visita y cooperación de la Iglesia católica y de la Liga Misionera de Italia, que realiza acciones de beneficios sociales.

Es importante mencionar que el Convento fue hasta el momento de nuestra investigación una unidad presupuestada, por lo que el pago a los trabajadores se realizaba por esta vía. Se debe señalar que la totalidad del presupuesto asignado y su distribución fue un dato al que no pudo accederse a través de ninguna entrevista, pues siempre se recalcaba que constituía información confidencial.

El Estado cubano también se vincula de manera directa con el abastecimiento de los alimentos que son dados a los ancianos dentro del hogar y sus dependencias, el material de aseo, las camas, los sillones, es decir, el avituallamiento necesario para una correcta convivencia.

Nuestra investigación demostró que la labor del Estado en Cuba ha sido sumamente importante en el alcance de un relevante sistema de cuidado al adulto mayor; a ello se suman otros organismos e, incluso, otros sujetos. Hay una voluntad política en la atención al tema del envejecimiento que, aunque choca con ciertas limitaciones en el orden estructural, demuestra sus compromisos para trascenderlas y alcanzar los fines propuestos; al menos en este caso de estudio.

Aunque la institucionalización es considerada por los expertos en el tema, debería constituir la última alternativa y la menos utilizada entre las posibles modalidades de atención a las que pueden acceder las personas mayores. El éxito del Convento reside en los arreglos que ha logrado desarrollar y que se convierten en guía a seguir por otras instituciones responsables de llevar a cabo un trabajo similar.

No obstante, no debemos olvidar que la Oficina del Historiador y sus dependencias funcionan, como ya apuntamos antes, de manera autofinanciada. Esta es una condición muy particular que no cumplen las restantes instituciones de cuidado a los adultos mayores en el país.

## Bibliografía

Consejo de Estado (1993). «Decreto Ley 143». *Gaceta Oficial*, n.º 143, La Habana, 30 de octubre.

García Quiñones, Rolando; Alfonso de Armas, Marisol (2010). *Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba* [en línea]. [Consulta: 2019-1-9]. Disponible en http://www.eumed.net/rev/cccss/02/jftc7.htm

Huenchuan, Sandra (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Ministerio de Salud Pública (Minsap) (2013). «Resolución Ministerial n.º 33/2013» [en línea]. [Consulta: 2018-12-21]. Disponible en http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=296

Torres Cuevas, Eduardo; Leiva Lajara, Edelberto (2007). *Historia de la Iglesia católica en Cuba: la Iglesia en las patrias de los criollos*. La Habana: Ediciones Boloña.

# Envejecimiento y ruralidad: aproximación a su estudio en Cuba

YENISEI BOMBINO COMPANIONI / MAYDELIN SOUTO RODA

## Introducción

En Cuba el 20.4 % de las personas tiene más de 60 años de edad. En los últimos 18 años se aprecia un crecimiento porcentual sostenido de este sector poblacional en 7.5 puntos[1] y se proyecta que para el año 2030 represente el 30.1 % de la población cubana (Ministerio de Salud Pública [Minsap] 2019). Esta situación ha sido resultado de la conjunción de diferentes procesos demográficos; entre ellos, la disminución sostenida de la mortalidad, que ha generado un incremento de la esperanza de vida al nacer,[2] la baja tasa global de fecundidad y la tasa bruta de reproducción, que no implica el alcance del nivel de remplazo.[3]

Este contexto demográfico se reproduce de manera general en las zonas rurales del país, con algunas particularidades por regiones (occidente, centro y oriente), provincias y sectores poblacionales (por ejemplo, el embarazo adolescente es mayor en las zonas rurales respecto a las áreas urbanas). Además, en el espacio rural

1 En la evolución de la estructura por edades de la población de Cuba se muestra que, en el año 2000, la población mayor de 60 años representaba el 12.9 %, en el 2002 era de 14.7 % y en el 2017, de 20.1 % (Oficina Nacional de Estadísticas e Información [ONEI] 2018).

2 En el país, desde la década de los años setenta, la esperanza de vida al nacer (EVN) es superior a los 70 años de edad. A partir del año 2000, ha superado los 77 años de edad (Minsap, 2019).

3 En año 1970 la tasa global de fecundidad (TGF) (hijos por mujer) en el país era de 3.7 y la tasa bruta de reproducción (TBR) (hijas por mujer) de 1.8. A partir del año 1990 se contrajeron estos valores de modo que la TGF no ha alcanzado los dos hijos por mujer ni la TBR una hija por mujer. En el 2018 la TGF es de 1.65 y la TBR es 0.79 (Minsap, 2019).

es frecuente la migración hacia las comunidades urbanas y suburbanas de las poblaciones jóvenes (Bombino Companioni 2015), lo cual contribuye al envejecimiento de la estructura poblacional de las zonas rurales. Las estadísticas del año 2017 refieren que la población media de las zonas rurales representaba el 18.37 %, valor inferior a la media nacional en solo 2.0 puntos (ONEI 2018).

Resultan escasos los estudios publicados que reflejen las características, problemáticas y necesidades de la población rural mayor de 60 años; la mayoría tienen como sujetos de análisis a la población joven, a las mujeres y a personas vinculadas al sector agropecuario. Tampoco las estadísticas públicas se encuentran desagregadas por zona rural, sexo y edad; solo en el censo de población y viviendas aparece información que permite profundizar en la caracterización de la población rural cuyas edades superan los 60 años, con la limitación de que el último se realizó en el año 2012 (ONEI 2014).

Este estudio tiene el objetivo de visibilizar algunas características y problemáticas de las personas mayores de 60 años que residen en las zonas rurales del país. Se aspira, asimismo, a que pueda favorecer el desarrollo de otras investigaciones afines y aporte a las políticas públicas locales. Es importante destacar que no se trata de un estudio aplicado, sino de una reflexión basada en trabajos bibliográficos, con la intención de abrir un camino hacia estos perfiles de estudio.

## Reflexiones necesarias sobre el envejecimiento poblacional

El mundo envejece de forma progresiva y rápida. Las consecuencias del envejecimiento están directamente vinculadas con cambios en la estructura social y, de manera específica, con aspectos relacionados con el cuadro de salud de la población, los recursos laborales, la seguridad social, la composición familiar y otros factores de la dinámica social y económica de cualquier país. Sin embargo, el aumento de los años de vida de una población no necesariamente indica la garantía de calidad y bienestar. Ello impone un reto impostergable para las políticas sociales y las estrategias gubernamentales y no gubernamentales, en aras de lograr satisfacer las necesidades de este grupo y brindarles la posibilidad de vivir con la máxima calidad posible.

En el ámbito internacional son muchos los estudios que se realizan en torno al envejecimiento poblacional y sus vínculos con las economías nacionales, con la adopción de nuevas estrategias y estilos de vida por parte de las personas ancianas y sus familias, así como con la preparación, en cuanto a infraestructura, orga-

nización, personal especializado y ocupación de la sociedad para la atención de este sector poblacional (Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud [Cited] 2001; Carone y Costello 2006; Comisión de las Comunidades Europeas 2006; Martínez Roget 2007; Calderín Milián 2011).

Desde el punto de vista demográfico, este fenómeno se concibe como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada –60 años y más– con relación al resto de la población; sin embargo, se ha considerado la importancia de definirlo también como la inversión de la pirámide de edades. Se reconoce que no es solamente un aumento de la proporción de personas ancianas, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes menores de 15 años (Alfonso Fraga y León 2008). El fenómeno del envejecimiento de la población se produce de forma paulatina y en él intervienen la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, de suma importancia para la planificación económica y social de cualquier país (Alfonso Fraga 2007).

Aunque la vejez, al igual que todos los procesos relacionados con la vida, está dada por el control de condiciones genéticas, su forma de proporcionarse y enunciarse depende de condiciones ambientales, así como de las características individuales. Esta se encuentra determinada por un cúmulo de factores que no son solo biológicos, sino también psicológicos, culturales, sociales, entre otros. La edad de inicio de la vejez oscila entre los 60 y los 65 años, de acuerdo con lo establecido en 1972 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la Asamblea Mundial de Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, se acordó nombrar *longevos* al segmento de la población que comprende 60 años y más. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud de los que envejecen no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional (Martínez Fuentes y Fernández Díaz 2008; Vázquez Palacios 2015).

Uno de los factores que más afecta a las personas de la tercera edad es la desvinculación laboral, situación generadora de malestares en los ancianos y que, a la vez, acelera la vejez. En el año 1961 se desarrolló la teoría explicativa de este fenómeno, desde la que se presentaron dos visiones: una que considera como inadaptados a los adultos mayores que no acatan las normas y tratan de conservar los niveles y patrones de actividad a los que estaban adaptados, pues se plantea que no han sabido envejecer exitosamente; y otra que ha demostrado que las personas que se

han aislado no han sido los más satisfechos, y que aquellos ancianos que se han mantenido activos son los que han disfrutado una vejez más feliz.

La sociedad debe preparar a los ancianos para que, según sus capacidades, puedan ser parte activa de la vida social. En ocasiones, la presencia de los ancianos es entendida como un estorbo, condición que puede llevarlos a sentirse rechazados e inútiles. Estas teorías vinculadas con la vejez activa y su aplicabilidad a la realidad en muchas ocasiones podemos encontrarlas en las áreas rurales, pues en estas zonas el adulto mayor se mantiene activo en sus labores agrícolas, y es socialmente dinámico en la medida de sus propios intereses, capacidades y posibilidades.

Por su parte, la teoría de la actividad entrelaza la vejez saludable y satisfactoria con la posibilidad que posee el individuo de mantenerse activo intelectual, afectiva y socialmente. Se trata de que las personas mayores lleguen a esta etapa desempeñándose como en etapas primarias de sus vidas; no precisamente tiene que ser ejerciendo la misma profesión que poseían anteriormente, sino que pueden buscarse alternativas que sustituyan la actividad laboral realizada por años y los haga sentirse útiles. También es respetada la preferencia y elección que los individuos tengan respecto a las tareas que deben, pueden y quieren realizar. Los estudios a favor de esta teoría han expresado que la relación existente entre actividad y bienestar en las personas mayores está enmarcada por el empeño que estos pongan al ejercer las diversas actividades.

La diversidad de variables que existen en las regiones rurales (demográficas, culturales, de actividad, recursos naturales y geográficas) y la heterogeneidad de este medio obligan a revisar fórmulas que consoliden modelos válidos para el trabajo social con personas mayores.

El espacio rural latinoamericano experimenta en los últimos años un fenómeno de sobreenvejecimiento en el que cada vez hay más personas que alcanzan una edad avanzada. Muchas de ellas se encuentran en situación de fragilidad o con problemas de dependencia, a lo que se añade una realidad contextual de escasez de servicios y ausencia de intervenciones.

El envejecimiento en estos contextos es un fenómeno global que en el siglo XXI refleja categóricamente la necesidad de problematizar en colectivo las formas convencionales de entender y practicar tanto el autocuidado como el cuidado de los otros. Ello genera consecuencias graves no solo en las mujeres, como principales emisoras de cuidados, sino también en quienes los

reciben (receptores de cuidado), sean estos niños, personas con discapacidad, o bien, como interesa especialmente en este caso, la población rural envejecida.

## Población de más de 60 años de edad en las zonas rurales en Cuba. ¿Qué dicen las estadísticas?

El censo de población y viviendas de 2012 muestra que el 16 % de la población de las zonas rurales tiene más de 60 años, valor inferior a la media nacional para ese año (18,3 %). En este grupo de edad, las mujeres constituyen el 45.2 % y la relación es de 1 212 hombres por cada 1 000 mujeres, lo cual da cuenta de una mayor presencia de hombres ancianos (ONEI 2014).

Otro parámetro medido por el censo fue el estado civil de los adultos mayores que viven en espacios rurales. Como muestra la tabla 1, el 55.8 % de este grupo etario vive en pareja, principalmente en la situación de casados (41.74%). En cuanto al estado civil, la mayoría de los hombres viven con su pareja (66.85 %), mientras que el 54 % de las mujeres no tiene parejas.

**Tabla 1. Estado civil de la población rural de 60 años y más en el año 2012 (%)**

| | CASADO/A | UNIÓN CONSENSUAL | DIVORCIADO/A | SEPARADO/A | VIUDO/A | SOLTERO/A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HOMBRES** | 49.31 | 17.54 | 6.98 | 2.62 | 9.74 | 13.80 |
| **MUJERES** | 34.96 | 10.95 | 11.40 | 2.75 | 27.89 | 12.05 |
| **POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS** | 41.74 | 14.06 | 9.31 | 2.69 | 19.31 | 12.88 |

Fuente: elaboración a partir de ONEI (2014).

En las áreas rurales, como promedio, hay 2.9 personas por vivienda y uno de cada cinco hogares es unipersonal. Este patrón se reproduce en los hogares compuestos solo por personas de 60 años y más (tabla 2). En el 34 % de los domicilios rurales viven personas adultas mayores, en los que predominan ancianos que viven solos, seguido de las viviendas con dos ancianos (ONEI 2014).

**Tabla 2. Cantidad de personas en los hogares rurales en el año 2012 (%)**

| | UN MIEMBRO | DOS O TRES MIEMBROS | CUATRO MIEMBROS O MÁS |
|---|---|---|---|
| **CANTIDAD DE HOGARES** | 20.5 | 52.1 | 27.4 |
| **POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS** | 22.9 | 54 | 23.1 |

Fuente: elaboración a partir de ONEI (2014).

Para el año 2017 la población media del grupo etario de 60 años y más, residente en las zonas rurales, representaba el 18.37 %, valor inferior a la media nacional en solo 2.0 puntos, pero que supera en similar valor (2.4 puntos) al porciento registrado por el censo del año 2012, lo cual muestra un incremento de la población anciana de las zonas rurales en cinco años (ONEI 2018).

Aunque no se dispuso de la información específica del cuadro de salud en el ámbito rural, resulta útil la información publicada por el Ministerio de Salud Pública (Minsap) (2019), donde se identifican como las principales causas de muerte de la población de 65 años y más (urbana y rural), en el periodo 2017-2018, las enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, influenza, neumonía y accidentes. En la medida que avanza la edad «la mortalidad por enfermedades cerebro vasculares es mayor [...], con tasas más elevadas para la forma oclusiva. Las caídas accidentales originan el 45.3 % de las defunciones por accidentes, resulta la tasa de mortalidad más elevada del grupo y ocasionan, junto a las secuelas de accidentes, más muertes en el sexo femenino» (Minsap 2019, p. 12).

## Diálogo con la teoría y los estudios consultados

Las estadísticas muestran que no son pocos los hogares rurales en los que vive al menos una persona anciana que requiera de cuidados o pueda ser cuidadora de otros miembros de la familia o de la comunidad, en un contexto en que los servicios de salud, particularmente los ubicados en las áreas rurales, se han reorganizado, compactado y regionalizado. Este proceso refuerza la tradición de las comunidades rurales de responsabilizar a la familia (particularmente a las mujeres) y a la comunidad del cuidado y la asistencia de las personas ancianas. Además, se debe tener en cuenta la escasa presencia de hogares de ancianos y casas de abuelos en las zonas rurales.

En la investigación «Proceso de envejecimiento en la población rural: estudio de las condiciones de trabajo en los grupos etarios correspondientes a la vejez del municipio de Alquízar, provincia de La Habana», Lorenzo (2010) plantea que en la realidad rural gran cantidad de ancianos se ven de una forma u otra en la necesidad de continuar laborando y mantener algunas de las funciones que tenían. Es difícil para el adulto mayor trabajador agrícola, que no conoce otra actividad en la que pasar su tiempo y, además, ganarse la vida, dejar de asumir el papel de productor agrícola. Las autoras coincidimos de manera general con este planteamiento y consideramos, además, que las mujeres rurales

también se mantienen vinculadas a las labores de reproducción social de la familia durante casi toda su vida, tanto a las actividades domésticas cotidianas como a las labores agroproductivas en la finca familiar.

Generalmente las mujeres rurales asumen la responsabilidad de las labores domésticas (cocinar, lavar, planchar, limpiar…), así como la función asistencial y de cuidado de los miembros de la familia, el acarreo de leña y agua, la crianza y educación de niños. También realizan acciones comunitarias en los Comité de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), apoyan las actividades de las escuelas, son activistas sanitarias, etc. Además, realizan labores cotidianas vinculadas al cuidado y la cría de animales (domésticos, de labranza, de pastoreo). Atienden los cultivos de patios, que son labores asumidas socialmente como *de ayuda familiar*, por las que no reciben remuneración ni reconocimiento social.

Las relaciones de género y la educación sexista que prevalecen en la sociedad cubana inciden en que un gran número de mujeres, especialmente las rurales, no trasciendan los límites que impone la vida hogareña y mantengan un modelo impuesto de cuidadoras, de esposas y de máximas responsables de estos quehaceres. De la misma manera reproducen un patrón de comportamiento tradicional que continúa potenciando a la mujer como centro de la vida doméstica (Nodal 2011). La mayor carga del trabajo no remunerado recae en las féminas, lo que les genera fuertes tensiones y provoca una *pobreza de tiempo*. En la zona rural el trabajo no remunerado ocupa el 80 % del total de horas trabajadas por las mujeres y el 40 % por los hombres (ONEI 2002).

## Reflexiones finales

El análisis de las estadísticas ha visibilizado que en las zonas rurales del país se incrementa de manera sostenida la población de 60 años y más, lo cual genera un envejecimiento de la estructura poblacional de esa zona. Por otra parte, este segmento de la población tiene una elevada esperanza de vida y un cuadro de salud en el que predominan las enfermedades crónicas no transmisibles junto con los accidentes. No deben subestimarse los episodios de enfermedad en los que se incluyen los estados de depresión y estrés, causantes de la disminución progresiva de las capacidades físicas e intelectuales de los adultos mayores.

En este grupo de población predominan los hombres, quienes tienden a vivir en matrimonio o en unión consensual. La mayoría de las mujeres son viudas, solteras o divorciadas. Por otra parte,

en poco más de un tercio de los hogares de las zonas rurales viven personas de más de 60 años; un número considerable de hogares está conformado por solo una persona anciana. Más del 50 % de las personas cuya edad supera los 60 años viven en hogares donde residen dos o tres personas; una quinta parte de esta población vive sola.

Teniendo en consideración este contexto, consideramos importante:

- Realizar estudios intersectoriales e inter/trasdisciplinarios sobre la población de 60 años y más residente en zonas rurales con enfoque de género, generacional y situado/contextualizado.
- Fomentar políticas y programas locales diferenciados e integradores que promuevan la participación social de las personas con más de 60 años de edad, a partir de las necesidades específicas del envejecimiento rural. Se debe promover que los adultos mayores sean sujetos activos de las actuaciones que tienen que ver con ellos.
- Desarrollar políticas integrales para el cuidado de las personas con más de 60 años que garanticen su bienestar y satisfacción de necesidades.
- Incrementar los servicios e instituciones sociales con el apoyo de quienes realizan el trabajo social en áreas rurales, para dar soporte a las personas en situación de fragilidad o dependencia y a sus familias cuidadoras.
- Desarrollar actividades preventivas para favorecer un envejecimiento positivo y saludable en espacios rurales, a través del trabajo intersectorial del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación, el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Agricultura.

## Bibliografía

Adelit Abreu, Carmen; Íñiguez Rojas, Luisa; Díaz Pérez, Danay; Martín Fernández, Consuelo; Rojas Martínez, Janet (2010). «La heterogeneidad social de los adultos mayores. Un reto a las políticas sociales de atención». *Revista del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana*, vol. 6, n.º 11, pp. 112-120.

Aguirre, A. (2008). «La problemática de la atención a la tercera edad: el hogar de ancianos 24 de Febrero. Un estudio de caso» [tesis de diploma]. La Habana: Universidad de La Habana.

Alfonso Fraga, Juan Carlos (2007). *El envejecimiento en Cuba. Características generales*. La Habana: Cepde/ONEI.

Alfonso Fraga, Juan Carlos; León, María Esther (2008). *Situación demográfica y envejecimiento en Cuba. Características generales*. La Habana: Cepde/ONEI.

Anzola Pérez, Elias; Galinsky, David; Morales Martínez, Fernando; Salas, Aquiles R.; Sánchez Ayéndez, Melba (1994). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington D. C.: OPS, Publicación Científica.

Bazo, María Teresa (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Bombino Companioni, Yenisei (2015). «Oportunidades y desafíos del proceso de actualización para la inserción laboral de la juventud rural en Cuba». En Mayra Paula Espina y Dayma Echevarría (coords.), *Cuba: los correlatos socioculturales del cambio económico,* pp. 148-163. La Habana: Editorial Ciencias Sociales / Ruth Casa Editorial.

Calderín Milián, Gladis (2011). «El envejecimiento en la sociedad contemporánea» [tesis de doctorado]. La Habana: Universidad Pedagógica Enrique José Varona, Facultad de Ciencias de la Educación.

Carone, Giuseppe; Costello, Declan (2006). «¿Llega Europa a la tercera edad?». *Finanzas & Desarrollo*, septiembre, pp. 28-31.

Castellón Hernández, Raúl (2005). *El envejecimiento de la población. Su importancia. Su alcance*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (Cited) (2001). «Encuesta multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe» [informe preliminar]. Washington D. C. : Organización Panamericana de la Salud.

Comisión de las Comunidades Europeas (2006). «Aprendizaje de adultos: nunca es demasiado tarde para aprender» [en línea]. [Consulta: 2020-3-26]. Disponible en https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0614:FIN:ES:PDF

Fernández Ballesteros, Rocío; Izal, María; Montorio, Ignacio; González, José Luis; Díaz Veiga, Purificación (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Lorenzo, Osney (2010). «Proceso de envejecimiento en la población rural: estudio de las condiciones de trabajo en los grupos etarios correspondientes a la vejez del municipio de Alquízar, provincia de La Habana» [tesis de diploma]. La Habana: Universidad de La Habana.

Martínez Fuentes, Antonio; Fernández Díaz, Ivonne (2008). «Ancianos y salud» [en línea]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 24, n.º 4. [Consulta: 2021-1-30]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000400010&Ing=es&nrm=iso

Martínez Roget, Fidel (2007). «Envejecimiento de la población y mercado laboral» [tesis de maestría]. Santiago de Compostela: Universidad

de Santiago de Compostela, Facultad de Ciencias Económicas y empresariales.

Ministerio de Salud Pública (Minsap) (2019). *Anuario Estadístico de Salud 2018*. La Habana: OPS/Unfpa/Unicef.

Nodal, T. (2011). «Feminización de la pobreza en áreas rurales periféricas al municipio de San Antonio de los Baños» [tesis de diploma]. La Habana: Universidad de La Habana.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2002). *Encuesta sobre el uso del tiempo*. La Habana: Unifem/PNUD/PDHL.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2014). *Censo de población y viviendas, 2012* [en línea]. [Consulta: 2021-1-30]. Disponible en http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/informe_nacional_censo_0.pdf

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2018). *Anuario Estadístico de Cuba 2017.* [en línea]. [Consulta: 2021-1-30]. Disponible en http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/aec2017.zip

Rocabruno Mederos, J. C. (1999). *Tratado de Gerontología y Geriatría Clínica*. La Habana: Edición Científico-Técnica.

Rodríguez Ibáñez, José Enrique (1979). «Perspectiva sociológica de la vejez». *Revista Española de Sociología*, n.º 7, pp. 77-97.

Rodríguez Rodríguez, Pilar (2004). «Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas». *Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias.* n.º 11, junio. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Secretaría de Estado de Servicios Sociales.

Vázquez Palacios, Felipe (2015). «Retos y perspectivas de las ciencias sociales en el envejecimiento y la vejez: hacia la construcción y comprensión de la cultura de la vejez plena y feliz». *Perspectivas Sociales*, vol. 17, n.º 2, julio-diciembre, pp. 139-156.

# Asistencia social y envejecimiento en Pinar del Río. Análisis desde la sociología

YANET RODRÍGUEZ PÉREZ

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes retos y conflictos que presentan las sociedades hoy día y a la vez es considerado un logro dentro de cada sistema social, debido al aumento de la esperanza de vida en la población. El proceso de envejecimiento no es solamente un hecho biológico, sino también un acontecimiento social y cultural conformado por distintos pensamientos e ideologías sobre la vejez. De ahí que la definición de la entrada a la llamada tercera edad sea tan complicada de definir. Cada sociedad y cada cultura tiene su propia manera de significar a la persona anciana y de poner en práctica políticas hacia esta población (Merchán Maroto y Cifuentes Cáceres 2004, p. 1).

A nivel mundial el aumento de la población envejecida causa preocupación. En consecuencia, la asistencia al adulto mayor tiene demanda creciente, dado que el envejecimiento ha aumentado en la mayoría de los países, pues los avances en las distintas esferas sociales traen consigo el desarrollo en la medicina, una consiguiente disminución del número de muertes en los ancianos y, por lo tanto, el aumento de la esperanza de vida.

El envejecimiento poblacional es un hecho y se está produciendo en un triple sentido: en primer lugar, ha habido un aumento relativo de la población de 60 años y más, respecto al total de la población; en segundo lugar, existe un proceso de *envejecimiento de la vejez*, es decir, un aumento relativo de los más viejos (de 80 años y más) dentro del grupo de 60 años y más; y, en tercer lugar, un proceso de feminización de la vejez, es decir, un aumento relativo de las mujeres dentro de estos dos grupos (Flores-Castillo 2012, p. 9).

Los servicios sociales que ofrece el gobierno de un país para este grupo etario son varios, aunque el acceso a estos depende en gran medida de la situación social de cada nación. Entre las prestaciones asistenciales más comunes se encuentra la ayuda a domicilio, la cual permite que el anciano pueda continuar desarrollándose en su ambiente habitual y en su vida cotidiana, pero con un asistente que lo ayuda a realizar sus actividades básicas diarias. Por otra parte, los centros de mayores sirven de apoyo tanto para quienes no tienen familia como para los familiares trabajadores. En estos se facilita el entretenimiento de los adultos mayores, gracias a que contienen espacios para reuniones, esparcimiento, ocio, incluso fisioterapia (Alemán Bracho 2013, pp. 14-16).

El tema del envejecimiento y la asistencia social ha pasado a ser objetivo de las políticas de muchos gobiernos en los dos últimos decenios. En ocasiones el motivo subyacente ha sido financiero porque, partiendo del supuesto de que las familias prestarán la mayor parte de la atención, se espera que la asistencia brindada en la comunidad cueste menos que la residencial. Si no se les presta ayuda suficiente, los miembros de la familia encargados de atender a las personas de edad pueden verse superados por esa carga.

Dada la multiplicidad de aspectos, es conveniente disponer de diversas soluciones económicamente asequibles, que abarquen desde la asistencia familiar hasta la institucional. La participación de los adultos mayores en la evaluación de sus propias necesidades y la supervisión de la prestación de los servicios es decisiva a la hora de optar por la solución más conveniente (Gascón y Redondo 2014, p. 11).

Se considera fundamental la creación, mantenimiento y organización de servicios asistenciales, no solo porque estos proporcionen bienestar social y calidad de vida a los adultos mayores, sino también porque, finalizada la vida laboral, generalmente el sistema de pensiones no es suficiente para cubrir tantísimas necesidades.

La principal función de estos servicios es remover los obstáculos que impiden o dificultan a las personas de edad avanzada su plena integración en todos los ámbitos de la vida social. El principal problema que atienden es la necesidad de cuidado y para ello ofrecen beneficios, servicios y prestaciones dirigidos a facilitar la autonomía personal y prestar atención domiciliaria o residencial. A su vez, y debido a las particularidades que adquieren las distintas modalidades de cuidado, estos servicios se ubican entre el

sistema formal de protección social y las redes familiares y comunitarias, lo que amplía el ámbito de acción del primero y fortalece la capacidad de respuesta de las segundas (Huenchuan 2009, p. 4).

Nuestro país no escapa de estas lógicas y actualmente se ubica entre los países de América Latina y el Caribe más envejecidos poblacionalmente. Esto se debe a la transición demográfica, donde la fecundidad se mantiene por debajo del nivel de reemplazo y la mortalidad también es muy baja. Todo esto se manifiesta en una sociedad con grandes avances que son sostenibles en el tiempo, como la educación, la salud, la seguridad y la asistencia social. Por tanto, el envejecimiento exige también en nuestra nación políticas y programas que se ajusten a las necesidades de esta población.

Cuba ha evidenciado en los últimos años un interés por parte de las ciencias sociales en el estudio del envejecimiento poblacional, resultado, entre otros factores, de la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. La política social cubana ha contribuido con sus acciones y programas, dentro de los cuales está el sistema de seguridad y asistencia social, a formar un todo armónico capaz de garantizar una vida digna para todos los ciudadanos. Su labor multisectorial en el tratamiento del envejecimiento poblacional hace frente a la vulnerabilidad social de este grupo y ofrece cuidados a los adultos mayores en estado de necesidad (Morales Cartaya 2004, p. 6).

Los ancianos son considerados sujetos de especial protección debido al conjunto de características, en los órdenes biológico, psicológico y social, que los hacen merecedores de un tratamiento diferenciado. En ese sentido, son favorecidos por la asistencia social. Sin embargo, ante el acelerado proceso de envejecimiento que influye en la sociedad, el sistema de protección social cubano está llamado a perfeccionar la implementación de servicios, en busca de calidad de vida en los adultos mayores asistenciados.

Pinar del Río, como provincia de Cuba, no se encuentra exenta de estos avances, los cuales se materializan también en el municipio La Palma. En este territorio la Dirección Municipal de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS) posee conocimientos, técnicas, habilidades y recursos humanos capacitados para utilizarlos en un servicio de ayuda a los adultos mayores. La presencia del Ministerio de Educación Superior en este municipio, como institución académica y científica, ha sido necesaria para dinamizar el proceso de transformación, pues este ministerio ha desarrollado proyectos que involucran al adulto mayor, en varios de sus consejos populares.

En este caso se adoptó como objetivo general valorar la implementación de los servicios de asistencia social que recibió el adulto mayor en el municipio La Palma, durante el periodo 2011-2017. Esta valoración parte de contrastar lo que está normado dentro del régimen de Asistencia Social –según la Ley 105/08 (Asamblea Nacional del Poder Popular 2009)–, la opinión de expertos en el tema y la valoración de los beneficiarios y los funcionarios de la DMTSS de la región.

El estudio de implementación de los servicios de asistencia social desde los funcionarios del municipio evidenció deficiencias que demuestran que estos están destinados a ofrecer un bienestar material, pero no están concebidos para atender necesidades relacionadas con lo afectivo, lo emocional. De modo que se trata de una asistencia unidimensional, limitada, que se enfoca solamente en lo que está diseñado, sin tener en cuenta cómo perciben las personas el beneficio que reciben. La ayuda está enfocada en una dimensión del bienestar que está relacionada con los ingresos para adquirir determinados bienes. Por tanto, tiene una visión muy instrumental de la asistencia social.

Los funcionarios poseen, además, dominio acerca del deber ser, pero el trabajo con la comunidad, en función de identificar casos vulnerables y explicarles sobre sus derechos como asistenciados, tiene muchos retos aún. Los ancianos entrevistados son beneficiarios de algunos servicios de asistencia social y de acciones que se diseñan para su bienestar, sin embargo, no tienen conocimiento de ello. Ellos pudieran necesitar otro tipo de asistencia, pero no la reciben debido al casi inexistente trabajo que realizan en las comunidades los trabajadores sociales.

Los requisitos normados para ser beneficiarios de la asistencia social se encuentran establecidos. La experta Teresa Muñoz afirma, en la entrevista realizada para la investigación, que «hay un asistencialismo muy fuerte».[1] La ley regula los requisitos necesarios para ser beneficiarios de los servicios que brinda el régimen de asistencia social y los territorios del país se rigen por ella, sin plantearse opciones que trasciendan la normativa. No se concibe la manera de otorgar las prestaciones de este servicio y a su vez dar alternativas para cambiar esa situación de vulnerabilidad que suscitó ayuda, sino que la asistencia comienza y termina en la propia asistencia.

[1] Entrevista realizada a la Dra. Teresa Muñoz Gutiérrez, profesora de Sociología de la Universidad de La Habana, el 18 de abril de 2018.

Está claro que la noción de asistencia social y otros mecanismos de promoción de bienestar tienen que hacer más énfasis en dotar a las personas de habilidades y capacidades para salir de la condición de vulnerabilidad social. Los adultos mayores entrevistados son asistenciados por no contar con familiares obligados para ayudarlos, por no poder trabajar y, por tanto, sostenerse económicamente, de ahí que su nivel de independencia con relación a las prestaciones de la asistencia social sea muy limitado.

No existe en el diseño del régimen de asistencia social la superación de problemas en este grupo poblacional. La organización de las prestaciones y servicios en el país se elabora a nivel nacional y no muestra diferencias territoriales. Sin embargo, si analizamos la implementación de estas prestaciones, las diferencias por área son notorias, por lo cual la ejecución debería variar según las características de cada lugar. Es necesario una sensibilización territorial en el diseño: las políticas no pueden ser totalmente verticales.

En la DMTSS del municipio existe poca discrecionalidad para implementar algo nuevo, diferente de lo que está normado a nivel nacional, para gestionar localmente la satisfacción de necesidades de las poblaciones más carentes. El diseño del servicio no se ajusta a las necesidades de las personas, sino que las personas escogidas para ser beneficiarias tienen que ajustarse a lo que está diseñado y a partir de ahí auxiliarse o no.

La asistencia social está enfocada en el servicio estandarizado y no en la satisfacción de necesidades individuales en las poblaciones. Si para la implementación en el territorio se flexibilizara el uso del presupuesto, aplicando encuestas o entrevistas, se podrían identificar las necesidades fundamentales y planificar en función de las prioridades. En cambio, ocurre que primero está el servicio y luego quien lo necesita. Ese es el diseño para todo el país.

A pesar de la preocupación del Estado por los casos que precisan asistencia social –el país invierte más de medio millón de pesos al año por territorio solo en este tema–, la realidad demuestra que no es suficiente, entre otras cuestiones, porque su distribución no se ajusta a las necesidades fundamentales de la población adulta mayor beneficiaria. El factor económico está mediando las políticas sociales, pues es indiscutible que las prestaciones y servicios de la asistencia social han evolucionado, pero esa evolución se ve matizada por los recursos económicos de los que dispone el país, por lo que se evidencia la ausencia de servicios de este régimen en varios de sus territorios.

De modo que, si se presume de un incremento de la población adulta mayor que necesita asistencia social en años posteriores, lo cual impactará en la estructura demográfica y en la asistencia, se evidenciará lo complicado de esta situación, pues serán más personas procurando ayuda y menos recursos para poder ayudarlas.

Al analizar la asistencia social desde las opiniones de los beneficiaros, observamos que la ley no recoge todas las tensiones que realmente tienen los adultos mayores, pues el hecho de no poder existir dos asistenciados en un mismo núcleo familiar está desprotegiendo al necesitado, al buscar racionalización en la organización del presupuesto y de los gastos. Esto demuestra que la asistencia social ha perdido cierta lógica de satisfacción de necesidades. Tal parece que la implementación de estos servicios en el municipio se ha convertido en un perfeccionamiento del sistema como tal y no del impacto que puede causar.

Algunas necesidades fundamentales de los ancianos seleccionados y que afectan a la mayoría son, sin lugar a dudas, las condiciones de sus viviendas y el consumo de alimentos. Ambos son problemas sociales fundamentales en nuestro país (Peña Farias 2014, p. 83). Evidentemente existe una superposición de dos cuestiones: la carencia de familiares obligados y, por tanto, de ingresos propios y capacidad para el trabajo, con las condiciones que expresan situación de pobreza (viviendas en mal estado, mala alimentación, chequera insuficiente).

Si se tiene en cuenta que en la actualidad la canasta alimentaria normada a precios subsidiados es exigua y, por tanto, es necesario su completamiento en otros segmentos de mercado, a precios generalmente más altos, nos daremos cuenta de que solo con la chequera no alcanza para garantizarles una alimentación adecuada y saludable. A pesar de que existen los Sistemas de Atención a la Familia (SAF) en el municipio, y los ancianos seleccionados pudieran estar vinculados a ellos por la situación que presentan, la mayoría no son beneficiarios de esta organización ni conocen su existencia. La institución encargada de la asistencia social en el municipio desconoce las necesidades de la población beneficiaria.

Otro problema fundamental radica en la finalidad que tiene el servicio que se diseña y la forma en que lo perciben los ancianos. El servicio que brindan los asistentes sociales a domicilio (ASD) está diseñado para ayudar a las personas mayores con las labores domésticas de la casa, pero el beneficiado puede percibir que los ASD le hacen compañía. De esta forma hay una diferencia entre la atención recibida y el beneficio que está diseñado para recibir.

Problemas con la identificación de casos necesitados de ayuda son visibles en el municipio. Hay diversidad de vías para acceder al servicio y ninguna de las utilizadas por los ancianos seleccionados responde a las oficiales. En las zonas rurales existen casos de ancianos que necesitan atención y que no han sido identificados, por lo que no reciben los beneficios destinados a ellos.

Una política social enfocada en la tercera edad es evidente en nuestro país. Esto se corrobora en la manera argumentada que tienen los adultos mayores seleccionados para explicar el tipo de asistencia social que reciben, lo que da la medida que, en un principio, los funcionarios de la DMTSS les informaron acerca del proceso por el cual serían asistenciados y las causas por las que se les asistía.

Independientemente de las necesidades insatisfechas que aún tienen los ancianos, se pudo apreciar, según sus opiniones, que los servicios de asistencia social que están recibiendo cuentan con la calidad necesaria para satisfacer algunas de sus necesidades, pues les proveen de recursos materiales y de una chequera mensual. Esto tiene su base en el principio de la Revolución de no dejar desprotegido ni desamparado a ningún ciudadano.

A pesar de esto, cuando se compararon sus opiniones con sus condiciones de vida, se evidenció que existen aún muchas deficiencias en la implementación de los servicios asistenciales. Es imprescindible que este proceso esté encaminado a la satisfacción de necesidades de las personas que se benefician de este régimen, pues asegurar una vejez con calidad de vida no solo se basa en aumentar los ingresos de los ancianos, sino también en potenciar el desarrollo y evolución de sus capacidades y su participación en la sociedad en igualdad de condiciones, teniendo en cuenta las particularidades de cada individuo y de cada territorio.

En Cuba es indiscutible el notable desarrollo en la esfera social; un ejemplo de esto lo constituyen los avances en los sistemas de salud, educación, seguridad y asistencia social. Todos forman parte de la política social cubana que tiene como características la universalidad, gratuidad y planificación, sin dejar de asumir niveles de focalización hacia determinados grupos.

Con el transcurso del tiempo, el interés por el bienestar y la protección del adulto mayor se ha incrementado y con ello sus beneficios. Es importante no perder de vista la verdadera esencia y contenido de la asistencia social, para garantizar un nivel de vida adecuado a aquellas personas que lo precisan. La responsabilidad del Estado recae en el reconocimiento de las normas para materializar un conjunto de garantías y el derecho a la asistencia

social. Debe establecer su protección social de manera subsidiaria, sin sustituir el papel de la familia.

Sin embargo, la deficiente distribución del presupuesto destinado para ello afecta la satisfacción de las necesidades de la población que se beneficia de estos servicios. Además, debido a las condiciones económicas que tiene nuestro país y al bloqueo impuesto por Estados Unidos hace más de 50 años, muchas esferas sociales se ven afectadas y, por tanto, la población cubana no escapa de ello. En este escenario, donde se evidencia la legalidad de este proceso, se observaron contradicciones y problemas que tensionan la implementación de los servicios de asistencia social hacia los adultos mayores en el municipio seleccionado.

Los profesionales encargados de la asistencia social en el territorio no hacen cumplir la principal función de los servicios de asistencia social dirigidos a las personas de avanzada edad, que tienen que ver con remover los obstáculos que les impiden o dificultan su plena integración en todos los ámbitos de la vida social. Es cierto que obtienen determinadas garantías como beneficiarios, pero continúan las barreras para que puedan integrarse a la vida social y para beneficiarse de los servicios que ofrece el régimen de asistencia social.

Se observan los beneficios de la implementación del servicio en el mantenimiento de los adultos mayores escogidos en sus comunidades de residencia, en su ámbito social. Los vacíos fundamentales que tiene la implementación radican en que estas ayudas no tienen capacidad de transformar las condiciones de vida de los ancianos, a pesar de que manifiesten que las reciben con agrado.

La manera en que está construido el servicio, que tiene que ver con la universalización de la satisfacción, según la ley y los funcionarios de la DMTSS del municipio, tiene retos para poder cumplir con ese objetivo que teóricamente se le reconoce: proveer ayuda a las personas que presenten determinado estado de necesidad. Existe una contradicción entre lo normado en la ley y lo expuesto por los funcionarios con respecto a la opinión y visualización de las condiciones de vida de las personas que se benefician de este régimen, de ahí que se evidencie un problema en la manera en que percibe el servicio quien lo implementa y quien lo recibe.

Otra cuestión que afecta a los beneficiarios es la escasez de hogares de ancianos y casas de abuelos en Pinar del Río. Esto posiciona una alerta en relación al funcionamiento del otorgamiento

de estas prestaciones en el municipio. Para el caso de las personas que se pueden valer por sí mismas, pero tienen condiciones de vivienda desfavorables o carecen de familiares obligados a cuidarlos, pudiera ser una opción estar insertadas en un hogar de ancianos o casa de abuelos y, sin embargo, no lo es. A pesar de que se plantea que la asistencia social paga todos esos servicios, la realidad demuestra que se racionaliza el uso de estos en el país y, por tanto, en la provincia. Además, se evidencian diferencias territoriales para el acceso igualitario a estos.

La ley en estos casos desprotege; aunque se demostró que esos ancianos son candidatos a recibir asistencia social, por presentar determinado estado de necesidad que merece ayuda, no recoge todas las necesidades que tiene realmente esa parte de la población escogida.

Las políticas sociales en Cuba están mediadas por la situación económica que atraviesa el país y la población se afecta de igual forma. No solo es cuestión de incrementar el presupuesto destinado a la asistencia social, sino también de distribuirlo teniendo en cuenta las necesidades de la población beneficiaria. Hay que diseñar las políticas teniendo en cuenta la territorialidad y en función de ello destinar el presupuesto. Igualmente, es necesario enfocarse en el perfeccionamiento de las políticas, en el impacto que pueden causar en las personas que se benefician de ellos.

Según el análisis de las opiniones, los problemas identificados tienen una causa en el propio diseño y en la implementación. La ley no recoge todas las tensiones de la población adulta mayor y tiene una visión muy positiva de la asistencia social. Hay un vacío que desprotege a la población y no se establecen claramente las posibles adaptaciones de sus mecanismos en los territorios.

## Bibliografía

Alemán Bracho, Carmen (2013). *Políticas públicas para mayores. Gestión y análisis de políticas públicas*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2009). «Ley n.º 105/08». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, n.º 4, La Habana, 22 de enero.

Flores-Castillo, Atenea (2012). *Cuidado y subjetividad. Una mirada a la atención domiciliaria.* Santiago de Chile: Cepal.

Gascón, Silvia; Redondo, Nélida (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia.* Santiago de Chile: Cepal.

Huenchuan, Sandra (2009). «Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores». En Carlos Maldonado Valera y María Nieves Rico (coords.), *Seminario Regional. Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*, pp. 163-169. Santiago de Chile: Cepal.

Merchán Maroto, Esteban; Cifuentes Cáceres, Raúl (2002). *Teorías psicosociales del envejecimiento* [en línea]. [Consulta: 2018-1-20]. Disponible en http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teoriaspsicosociales-del-envejecimiento.pdf

Morales Cartaya, Alfredo (2004). *La seguridad social en Cuba. Realidades y retos*. La Habana: Editora Política.

Peña Farias, Angela (2014). «La reproducción de la pobreza familiar desde la óptica de los regímenes de bienestar en el contexto cubano actual» [tesis de doctorado]. La Habana: Universidad de La Habana, Departamento de Sociología.

# II. Familia y redes de apoyo en el cuidado a adultos mayores

# Cuidado familiar al adulto mayor dependiente en Marianao. Algunas reflexiones

DAYANA MERCEDES MORET MUÑOZ

## Introducción

Actualmente el envejecimiento es un fenómeno alarmante de alcance global, debido al aumento de personas de 60 años y más. Este se caracteriza por una reducción sostenida en el tiempo del peso de la población menor de 15 años y por el aumento, también relativo, de las personas adultas mayores. En algunos casos las personas que arriban a la vejez necesitan de cuidado, lo cual las convierte no solo en dependientes económicamente de sus familiares o de las instituciones estatales, sino que también les es imprescindible asistencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

El cuidado se encuentra estrechamente relacionado con el tipo de dependencia que posea el anciano, y esta última, a su vez, está ligada con la cantidad y la calidad de las actividades que este sea capaz de realizar. La efectividad de esta labor está vinculada a las políticas públicas y sociales que materialicen los Estados, lo cual está condicionado por el régimen de bienestar[1] que prevalezca en las sociedades.

En la realización de la actividad de cuidado pueden intervenir actores como el Estado, el mercado o la familia, sin que la intervención de uno constituya la exclusión del otro. El Estado tiene como función regular el conjunto de políticas sociales y públicas

[1] El régimen de bienestar es entendido como el conjunto de relaciones establecidas entre el Estado, el mercado de trabajo y la familia, asociadas a la satisfacción de las necesidades básicas para la supervivencia, y dirigidas, también, al manejo de los distintos tipos de riesgos sociales (Martínez Franzoni 2008).

dirigidas a proteger al adulto mayor, a partir de programas sociales y de instituciones que se dediquen a su cuidado, especialmente de aquellos que no posean amparo filial o vivan en desventaja social respecto al resto.

Por su parte, el mercado participa a partir de los bienes y servicios que pone a disposición de las familias y del propio Estado y que se dirigen a este sector de la población en dependencia del poder adquisitivo que posean. La familia se muestra como la principal responsable del cuidado del adulto mayor dependiente, y en alguna medida también se presenta como el agente articulador de las acciones del mercado y el Estado en relación al cuidado.

Se han producido cambios sociodemográficos a nivel mundial, y nuestro continente no se encuentra libre de estos, ya que posee una gran cantidad de países envejecidos, entre los cuales se destaca la Mayor de las Antillas. Cuba se proyecta hacia el futuro como el país más envejecido de América Latina. El contexto sociodemográfico actual y perspectivo que presenta el país es de un crecimiento poblacional muy bajo, prácticamente nulo, con índices de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, baja mortalidad infantil, elevada esperanza de vida y un saldo negativo de la migración externa. La combinación de estos factores ha afectado no solo el tamaño y el ritmo de crecimiento de la población, sino también su estructura por edades, dando lugar a un franco proceso de envejecimiento.

Según los resultados de estudios realizados por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde)/Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2015), el grupo de personas de 60 años y más representa el 19.8 % de la población total del país. Esta realidad obliga a poner mayor atención a las necesidades emergentes de una población de edad avanzada cada vez más numerosa. A partir de esta situación social, fue de interés analizar cómo se produce la relación Estado-mercado-familia en las estrategias de cuidado al adulto mayor dependiente y los procesos organizativos que esta actividad implica. También se analizan los recursos empleados por las familias y el análisis de las relaciones entre estos tres agentes del bienestar social.

## Aproximaciones teórico-metodológicas

El envejecimiento poblacional se ha convertido en el siglo XXI en un tema acuciante, a pesar de la visualización de un marcado aumento de las personas adultas mayores en las sociedades

desarrolladas a finales del siglo anterior. Esta problemática ha sido abordada desde diferentes perspectivas, como la psicológica, la económica y la sociológica, y diversos autores concuerdan en que el crecimiento de la población adulta mayor es consecuencia directa del fenómeno migratorio y la baja fecundidad, atribuida esta última, de cierta manera, a la inserción laboral acelerada de la mujer y sus ansias de crecer como profesional en las sociedades avanzadas.

La literatura expresa que los avances en las ciencias médicas y en las tecnológicas son algunas de las causas que explican el aumento mundial de la población adulta mayor, puesto que han posibilitado el descenso de la mortalidad infantil y el incremento de la esperanza de vida al nacer, a través del desarrollo de vacunas y medicamentos para el tratamiento de enfermedades virales y crónicas, que anteriormente tenían efectos mortales en la vida de los seres humanos.

Debido a este desarrollo científico-técnico, cuando las personas arriban a los 60 años, su vida se extiende por otros 20 años por lo general, con variaciones en dependencia del género y las condiciones sociales del individuo. Con el aumento de este sector de la población, los estudiosos han nombrado una cuarta edad, a partir de los 80 años, y se habla de un envejecimiento dentro del propio envejecimiento y de una feminización del envejecimiento, dada la gran diferencia existente entre mujeres mayores de 65 años y hombres de esa misma edad (Alemán Bracho 2013).

Estudios de América Latina y el Caribe determinan que adultos mayores son aquellas personas que llegan a los 60 años y más. Sin embargo, recientemente en las sociedades con alto nivel de desarrollo se ha establecido que la edad de inicio de esta etapa vital es a los 65 años. Cuba, a pesar de no ser una nación desarrollada, también se rige por esta norma. Por tanto, cuando se hace referencia al adulto mayor dependiente, se está hablando de una persona de 65 años o más que no puede realizar de manera autónoma las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.

La responsabilidad de atender a los adultos mayores se torna más compleja en la medida que estas personas de avanzada edad van perdiendo habilidades para desarrollar dinámicas cotidianas. En este contexto surgen «progresivas limitaciones de las capacidades funcionales que aumentan la probabilidad de encontrarse en situación de limitación funcional, entendida esta como la pérdida de la habilidad de un individuo para la realización de las

actividades de la vida diaria, lo cual puede generar dependencia» (Hernández, Castiñeiras y Menéndez Jiménez 2016, p. 12).

El cuidado se trata del conjunto de acciones sociales que implican tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Comprende actividades materiales que incluyen dedicación de tiempo y un involucramiento emocional y afectivo, lo cual no impide que puedan ser realizadas de forma remunerada o no. Esta actividad puede ser desarrollada tanto de manera formal e institucional como de manera informal por familiares, vecinos y amigos. La acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las ABVD y las AIVD, con el objetivo de incrementar el bienestar del adulto mayor y evitar que sufra algún perjuicio (Cossani 2014).

Sin embargo, la dependencia es un tema importante a debatir, ya que redefine las condiciones del cuidado y determina sus demandas y su duración en el tiempo. Según los estudios consultados, es aquel estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o de ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Cossani 2014).

La condición física y mental del adulto mayor determina su grado de dependencia. Esta se puede dar en un nivel de fragilidad, que es cuando los ancianos tienen reacciones adversas ante situaciones estresantes que afectan su salud; un ejemplo de ello es la discapacidad. Esta dependencia se determina a partir de las actividades de la vida cotidiana que sean capaces de desarrollar los ancianos, clasificadas, como se indicó antes, en básicas e instrumentales.

Se consideran ABVD bañarse, vestirse, usar el servicio sanitario, la movilización, la continencia y el comer. Por otra parte, son AIVD preparar comida caliente, manejar su propio dinero, visitar el médico, la iglesia, etc., sin compañía, hacer las compras y los quehaceres domésticos ligeros, llamar por teléfono y tomarse las medicinas (Monteverde y Alonso 2016). Por tanto, se hace necesario distinguir entre adultos mayores sano-independientes, frágiles, discapacitados y discapacitados-dependientes, para determinar el tipo de cuidado que requieren.

En este sentido, la participación del Estado en el cuidado toma cuerpo en la delimitación de los objetivos de política, regulación de su implementación y prestación de servicios y garantías de acceso. Por su parte, la participación del mercado viene dada por la dependencia de los activos económicos

familiares o individuales en el acceso a servicios y bienes mediados por la ley de la oferta y la demanda, no garantizados o escasamente garantizados por el Estado. Los mecanismos de intermediación del mercado se encuentran en estrecha relación con la oferta estatal, pero es la familia quien determina la participación tanto del Estado como del mercado en las actividades de cuidado.

La familia es un fenómeno social primordial puesto que es el elemento fundante de la sociedad desde el inicio de la historia humana. Sin ella la sociedad no adquiere existencia histórica (Donati 2004). Funciona como articuladora respecto a los otros agentes con los cuales interactúa en la sociedad, tales como el Estado y el mercado, y mediatiza el acceso a los bienes y servicios que estos ofrecen como complementos para el desarrollo de sus ABVD, en profunda relación con sus patrimonios económicos, culturales y sociales.

Referido a la actividad de cuidado hacia el adulto mayor dependiente, la familia se apropia de las políticas emitidas por el Estado respecto a este sector de la población y tiene como posibilidad la inclusión o no de las instituciones estatales en esta actividad. Condicionada por su poder de adquisición obtiene del mercado los bienes y servicios que este ofrece en pos del cuidado. Por tanto, la relación entre estos tres agentes es vista como el balance entre ellos, según su participación en las estrategias familiares de cuidado al adulto mayor dependiente, que tiene como agente articulador a la familia.

Las estrategias de cuidado al adulto mayor dependiente indican las acciones cotidianas de diferente índole encaminadas a maximizar la aptitud familiar para enfrentarse al cuidado de un adulto mayor dependiente y su organización. Se refiere a la adquisición, construcción, intercambio y uso de recursos disponibles para las familias, en los cuales intervienen en diferente grado las políticas sociales y públicas, el mercado y las redes de relaciones informales de todo tipo en las cuales participan los sistemas familiares (Olson y McCubbin 1983).

Teniendo en cuenta la situación social del país respecto al envejecimiento poblacional, fue de interés realizar variados estudios, y a partir de la situación social que posee el municipio habanero Marianao, como territorio típico, se hizo necesario conocer cómo participan los agentes del bienestar en las estrategias familiares de cuidado al adulto mayor dependiente. En el año 2017 se escogió la circunscripción 88 del Consejo Popular n.º 6 Santa Felicia, debido a los altos índices de envejecimiento y el comportamiento de

factores demográficos que representan la situación del municipio, además de la confluencia de instituciones municipales formales para el cuidado del adulto mayor dependiente.

El estudio se diseñó metodológicamente con un carácter exploratorio de perfil cualitativo. Tuvo un alcance microsociológico, dada su condición de aproximación piloto de un proyecto llevado a cabo por el Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana, titulado «Régimen de bienestar, desigualdad social y cuidado de adultos mayores en el contexto de actualización del modelo de desarrollo cubano» (Peña Farias 2016).

La muestra fue seleccionada intencionalmente, por tanto no es representativa de la población. Para la selección de las familias se utilizó el criterio de tamaño, por lo que se hizo necesario que conviviesen más de dos personas para asegurar la existencia de la actividad de cuidado. Se seleccionaron aquellos núcleos que estuvieran compuestos por no menos de dos y no más de ocho personas.

## Estrategias familiares de cuidado hacia el adulto mayor dependiente. Acciones y procesos organizativos

Los adultos mayores dependientes en estudio oscilaban entre los 70 años como valor mínimo registrado y los 99 años como valor máximo; la edad media fue de 87 años. Demográficamente la muestra estuvo compuesta por seis personas de piel blanca, cuatro de piel negra y cinco de piel mestiza. El nivel de escolaridad más representado fue el primario (diez ancianos, de los cuales siete no lo terminaron). En segundo lugar está la secundaria básica (tres), y solo un caso culminó el nivel medio superior. Destaca una anciana que nunca estudió y, sin embargo, es jubilada de enfermería. Este comportamiento en la escolaridad se debe posiblemente a las edades (entre 20 y más de 30 años) que poseían estas personas cuando el triunfo revolucionario puso a disposición de la población los beneficios de la obligatoriedad de la educación.

Respecto a la profesión y la ocupación de estos adultos mayores, existe concordancia entre las mujeres que no se profesionalizaron o trabajaron de manera informal y su actual ocupación, ya que cinco de las catorce adultas mayores no tuvieron ninguna profesión y en la actualidad se desempeñan como amas de casa. El resto son jubiladas de trabajos variados (maestra, costurera, dependiente gastronómica, albañil, enfermera y telefonista).

Referente al estado civil hay once mujeres viudas, una mujer y un hombre solteros, una mujer casada y una que ha estado acompañada por más de 30 años por la misma persona, pero sin legalizar su unión. La mayoría tuvieron hijos, excepto una mujer

y el único hombre de la muestra. Solo una de las ancianas tuvo una descendiente; en el resto la cantidad de hijos varía desde dos hasta ocho.

La muestra en estudio constató que la dependencia es un fenómeno que se presenta por lo general en adultos mayores de más de 80 años, quienes, en primer lugar, dejan de realizar las actividades instrumentales y pierden contacto directo con el exterior de la casa, al limitar su salida a consultas médicas y de forma acompañada. Después dejan de realizar actividades domésticas por el esfuerzo que requieren y, por último, pierden la habilidad y la capacidad de realizar ABVD (bañarse, comer, vestirse).

Los casos en estudio fueron clasificados mayormente como frágiles: once adultos mayores en un nivel de dependencia de fragilidad y cuatro discapacitados dependientes. Cuando las capacidades físicas de un anciano no le permiten caminar mucho o realizar determinada actividad, los familiares generalmente se encargan de los aspectos domésticos y se centran en menor cuantía en ABVD. En el caso de la fragilidad mental, los familiares, además de realizar las acciones de perfil doméstico, se centran en la ejecución de las ABVD. Deben bañarlos, darles de comer, vestirlos, ayudarlos en su movilización y suministrarle los medicamentos.

Para llevar a cabo el cuidado la persona designada para este fin usualmente debe gastar una considerable suma de dinero en la obtención de los medicamentos, alimentos y productos de aseo que el anciano necesita. En el caso de tener familiares en el exterior, el envío de valores y de remesas atenúa la situación económica.

Si bien es cierto que los cuidadores de la muestra emplean tanto su capital social como económico en el cuidado del adulto mayor dependiente, las redes informales de apoyo (vecinos, amigos y familiares) son una ayuda imprescindible, pues posibilitan un mejor cuidado del anciano, ya que se involucran en dicha actividad a través del préstamo de disímiles servicios.

Las condiciones en las cuales se ejerce la actividad de cuidado es uno de los factores que influyen en su calidad. Se hace necesario que el anciano tenga su propio espacio e incluso que no pierda su privacidad. No obstante, en Cuba es común que convivan más de tres generaciones en un mismo hogar debido a la situación crítica que presenta el país con relación a la vivienda. El hacinamiento y los problemas infraestructurales del domicilio intervienen de manera negativa en la atención.

Se constata, en las entrevistas realizadas, que el peso del cuidado generalmente recae sobre las mujeres de la familia, específicamente las hijas. Solo las señoras de los casos n.º 2 y 13 son atendidas por un nieto de crianza y por el hijo, respectivamente. La anciana del caso n.º 4 es cuidada por una asistente social a domicilio proporcionada por el Estado. Es casi una generalidad que los familiares que no conviven con en el anciano no participen de manera constante en su cuidado.

En diez de las quince familias estudiadas los cuidadores son adultos mayores, con edades que van desde los 60 años, como en el caso n.º 10, hasta los 91 años, como en el n.º 9. En las cuatro familias restantes la edad de los cuidadores oscila entre 45 y 58 años, aunque también hay nietos que están involucrados en esta actividad que tienen 22 años (caso n.º 11), 23 años (caso n.º 2) y 26 años (caso n.º 1).

Por tanto, la mayoría de los adultos mayores dependientes son cuidados por otros adultos mayores. Es este un fenómeno que, por demás, es representativo de la realidad social cubana, según los datos obtenidos por la encuesta nacional de envejecimiento de la población (ENEP) (Cepde y ONEI 2011). Entonces, ¿quién cuida? La especialista del consejo popular expresó que esta función la tenían «los familiares, las parejas de años o los hijos si los ancianos ya son viudos». Por su parte, la trabajadora social del policlínico comentó: «por lo general los familiares, en muchas ocasiones hijos, esposos o esposas. Yo tengo dos centenarias en el territorio, a una de ellas actualmente la cuida la cuñada porque no hace mucho murió su hijo con más de 80 años. Y cuando lo logran, en no muchos casos, una asistente social».

A pesar de la cantidad de cuidadores que son también de la tercera edad, destaca el hecho de que no exista una planificación de su propia vejez, aunque no falta mucho tiempo para que pierdan el papel de cuidadores y pasen a ser cuidados. No se muestra una preocupación por el momento en que se encuentren en esa situación, solo viven el presente a pesar de las vicisitudes por las cuales pasan a diario.

El deber ser del cuidado para los cuidadores entrevistados tiene base familiar, por cuestiones de obligación moral. Contrariamente los informantes claves, y los expertos consideran que no debe ser una tarea exclusiva de la familia. El Dr. Diego Enrique González opinó al respecto que:

> el Estado debiera promover más programas, porque está en aumento una población que hizo, pero que no hará más, y que no pueden ser

> vistos como una carga social en el mismo instante que una persona deja de trabajar para convertirse en cuidador [...] la familia debe cuidar al anciano, pero con un mayor apoyo de las instituciones sociales en todo sentido.[2]

Es cierto que la familia es la principal proveedora de cuidado, pero necesita del apoyo de políticas sociales que faciliten su labor y de instituciones especializadas que intervengan en el proceso de atención a la tercera edad.

## Incorporación del Estado en la actividad de cuidado hacia el adulto mayor dependiente

El Estado promueve una serie de políticas sociales y servicios, además de un Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor; sin embargo realmente no existe una ley específica que ampare a los adultos mayores y a los familiares que deben abandonar el trabajo para dedicarse a este tipo de cuidados.

En relación a los programas y las políticas, la muestra posee casi total desconocimiento. Tampoco dominan los requisitos necesarios para recibir ayuda o ingresar a su familiar en los centros especializados, puesto que tienen una concepción *familista* sobre el cuidado del adulto mayor. Es una acción que realizan como retribución a lo que estas personas hicieron por ellos en el pasado. En muchos casos las condiciones del hogar no son las indicadas, pero refieren que nadie los atenderá mejor que la familia debido al sentido de pertenencia e implicación emocional que tienen con el anciano.

Referente a las instituciones de cuidado hacia el adulto mayor dependiente que ofrece el Estado, los parientes no las reconocen como un sitio agradable donde enviar a su familiar, a pesar de necesitarlas por cuestiones de trabajo o simplemente por situaciones sociales. Esto conlleva también al desconocimiento de los requisitos para dirigirse a estas, como se explicaba con anterioridad, a pesar de ser publicada la metodología para ello en la *Gaceta Oficial*, en el año 2014 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [MTSS] 2014).

Para los familiares entrevistados, la responsabilidad de cuidar a los adultos mayores dependientes es de la familia, pero coinciden en que el Estado debe apoyar en algunos aspectos. Concuerdan en que el deber del Estado con los adultos mayores está centrado en la salud, aunque se debiera asistir más a las familias y garantizar no solo la medicina, sino también la

[2] Entrevista al Dr. Diego Enrique González, realizada el 14 de marzo de 2017.

alimentación. Para esto se tendrían que hacer más concesiones, puesto que la condición de ancianidad debiera ser primordial para recibir una dieta alimenticia.

Muchas patologías no son aceptadas dentro de los parámetros para recibir dietas, aunque las personas de la tercera edad necesitan alimentos que se ofrecen para otras dietas; por ejemplo, está el caso de los malestares estomacales, para los que se aconseja la ingestión de leche; sin embargo, esta solo puede obtenerse en el mercado informal y a altos precios, aunque estos están por debajo de los de las tiendas en divisa. A pesar de que en las bodegas se ofrece el lactosoy, un producto que es únicamente para los adultos mayores, ningún familiar hizo referencia a dicho beneficio.

En la circunscripción se aprecian los bienes y servicios que ofrece el Estado, pero las familias seleccionadas se benefician de estos escasamente. Esto se evidencia en la poca intervención de los agentes e instituciones dirigidos a este sector de la población en el territorio en las actividades de cuidado familiar. Por otra parte, dicha intervención limitada está caracterizada por los escasos recursos que ofrece el Estado para este grupo social y/o el difícil acceso que refieren estas familias en relación a ellos.

Es importante indagar cómo los agentes del mercado pueden o no ocupar estos espacios vacíos, en correspondencia con las limitaciones del sector estatal para tomar parte más activa en las estrategias familiares de cuidado.

## Incorporación del mercado en las estrategias familiares de cuidado hacia el adulto mayor dependiente

Los bienes y servicios que las familias incorporan al cuidado del adulto mayor dependiente mediados por las relaciones mercantiles son difíciles de definir en la muestra en estudio, puesto que las familias no reconocen generalmente haber adquirido algún bien o servicio mediante sus ingresos. Las entradas familiares son un tema delicado de tratar en los hogares cubanos: no es un valor que se pueda obtener de manera absoluta y en ocasiones ni aproximado. En la gestión de los recursos necesarios para el cuidado de sus familiares adultos mayores dependientes, las familias seleccionadas poseen diferentes situaciones económicas, dada la desigualdad presente en los ingresos mensuales de sus hogares.

En la investigación destacan los productos que los familiares cuidadores solo se atreven a comprar en el mercado formal, como los medicamentos. Este es un asunto sensible, debido a las situaciones de envenenamiento que han sufrido algunas personas por

adquirir en el mercado negro medicamentos no prescritos por el médico. En otros casos las pastillas han caducado y no funcionan como deben y el resultado puede llegar a ser mortal. También está la cuestión de los alimentos embutidos, los cuales pueden ser confeccionados con cualquier materia prima y causar intoxicación en quienes los consumen.

Relativo a la adquisición de bienes, las personas no son capaces de reconocer que lo comprado en el mercado se convierte en un bien o mercancía adquirido a través de sus ingresos, es decir, del dinero que reciben como salario o en forma de remesas. Solo el caso n.º 1 refiere haber conseguido los víveres por sus ganancias: «Solo la alimentación, y en eso se va todo el dinero que entra en la casa, pero ningún servicio».

La familias n.º 2, 9, 12 y 13 adquieren servicios que no son ofertados por el Estado, sino que son propios del mercado formal o informal. El precio va desde 125 CUP hasta 625 CUP, si solo incluye las tareas domésticas, específicamente lavar y limpiar. Hay que excluir el caso n.º 4, donde el Estado es quien paga a la asistente social. A pesar de los servicios obtenidos a través de sus ingresos, las familias mencionadas refieren: «No he contratado ningún servicio, pero en ocasiones le pago a una vecina para que haga las cosas de la casa para yo dedicarle más tiempo a mi Abu; ella se acercó y me comentó la idea y no la rechacé, cada vez que viene le pago 125 CUP» (caso n.º 2).

Una generalidad en el acceso a los servicios es que siempre interviene la red de relaciones de los familiares cuidadores, y el saldo a pagar está determinado tanto por la cantidad de actividades que realicen como por la responsabilidad con el anciano, puesto que se observa una subvaloración económica de las actividades domésticas respecto a las que incluyen el cuidado hacia el adulto mayor. Además, los servicios son de carácter informal, y por lo general constituyen un apoyo en la realización de las AIVD.

En la muestra la asistencia más solicitada por parte de los cuidadores es la realización de las actividades domésticas, debido a que el cuidado implica un aumento del salario a expender, como lo ilustra la familia n.º 13. En el caso n.º 15 existe la peculiaridad de no reconocer la obtención de una prestación mediada por el dinero; sin embargo, la hija de la señora comenta: «La vecina me hace el favor de vigilarla, calentarle y servirle el almuerzo que le dejo, pero no acordamos precio ni nada, es como un favor, pero cuando cobro trato de darle de $ 150.00 CUP a $ 200.00 CUP porque todos necesitamos y ella es una viejita también». Por tanto, las personas que realizan estas actividades lo hacen de

manera informal, y el salario se establece también de acuerdo a los recursos monetarios de las familias, mediado por negociaciones entre ambas partes.

La familia se presenta como articuladora de las relaciones entre el mercado y los adultos mayores dependientes. A través de las relaciones mercantiles es capaz de incorporar en el cuidado los bienes y en menor medida los servicios que este agente oferta. La mayoría de las familias de la muestra obtienen ingresos medios mensualmente, y estos definen las vías de adquisición de los recursos que emplean en el cuidado.

La subcontratación de servicios y la adquisición de bienes están determinadas por el nivel de dependencia de los adultos mayores y por el capital monetario del cual disponga el grupo familiar, quien media las negociaciones entre las partes interesadas, en correspondencia con la cantidad de dinero que se destinará para estos. Además, la responsabilidad del mercado en cuanto a la actividad de cuidado está determinada por los bienes y servicios específicos que este ofrece para este sector en particular, sin delimitar su formalidad o no. Ejemplo de ello es el mercado laboral cuasinformal que se ha creado en relación al envejecimiento y sus consecuencias en los hogares seleccionados, dado las nuevas entidades privadas que están prestando servicios para cuidar a este sector de la población.

En suma, las familias de la muestra en estudio incorporan en el cuidado del adulto mayor dependiente los servicios estatales de asistencia social a domicilio en menor cuantía, y solo adquieren de los bienes que el Estado proporciona los que poseen un perfil de salud y de alimentos, por su fiabilidad. Por otra parte, el mercado es incorporado en esta actividad a través de la gama de bienes obtenidos, tanto en su modalidad formal como informal, ya que los servicios subcontratados no intervienen directamente en el cuidado de los adultos mayores dependientes. Estos son empleados en la realización AIVD, es decir, los actores intervienen en la realización de tareas domésticas.

## Conclusiones

No existe una integración de los tres agentes del bienestar en la actividad de cuidado al adulto mayor. En las relaciones establecidas entre el Estado, el mercado y la familia, es esta última quien se muestra como la responsable principal del anciano, y el apoyo que reciba del Estado o del mercado está determinado por el poder de gestión que esta posea. Además, en la muestra seleccionada se pudo apreciar un desplazamiento del Estado por

parte del mercado, sobre todo en el acceso a bienes necesarios para cumplimentar las actividades de cuidado. Propiamente del mercado comienza a apreciarse la adquisición de servicios para apoyar las AIVD.

A pesar de esto, la intervención de uno no significa la exclusión del otro. Por lo general el Estado colabora más con aquellas familias que presentan una situación social desventajosa, y el mercado con aquellas que tienen un elevado poder adquisitivo. Por tanto, la intervención de estos dos agentes se encuentra igualmente determinada por los recursos económicos que posean las familias. Todo esto es resultado de la reproducción de las desigualdades existentes en la sociedad cubana actual.

## Bibliografía


Albala, Cecilia; Lebrão, Maria Lúcia; León Díaz, Esther María; Ham-Chande, Roberto; Hennis, Ansaelm J.; Palloni, Alberto; Peláez, Martha; Pratts, Omar (2005). «Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada». *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, n.os 5-6, pp. 307-322.

Alemán Bracho, Carmen (2013). «Políticas públicas para mayores». *Gestión y Análisis de Políticas Públicas,* nueva época, n.º 9, enero-junio, pp. 6-24. ISSN: 1989-8991.

Alfonso Fraga, Juan Carlos (2007). *El estado actual y perspectivo de la población cubana: un reto para el desarrollo territorial sostenible.* La Habana: Cepde/ONEI.

Alfonso Fraga, Juan Carlos (2014). *Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del censo de población y viviendas 2012*. La Habana: INIE.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1979). «Ley n.º 24 de Seguridad Social» [en línea]. [Consulta: 2016-11-23]. Disponible en https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/20935/64826/S79CUB01.htm

Batthyány, Karina (2004). «Cuidado de personas dependientes y género». En Rosario Aguirre (coord.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*, pp. 89-124. Montevideo: Unifem.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde) (2015). *Estudio sobre el envejecimiento poblacional a partir del censo de población y viviendas*. La Habana: Cepde/ONEI.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde); Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2011). *Resultados de la encuesta nacional de envejecimiento poblacional (ENEP)*. La Habana: ONEI.

Consejo de Ministros (2009). «Decreto-Ley Nº. 283/2009». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, n.º 13, La Habana, 24 de abril, pp. 59-88.

Cossani, Patricia (2014). *Cuidados como sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidado en Uruguay*. Montevideo: Mides.

Cossani, Patricia (2015). *Talleres sobre políticas de cuidado*. Montevideo: Mides.

Chávez Negrín, Ernesto (2000). *Algunas consideraciones sobre el proceso de envejecimiento demográfico en Cuba*. La Habana: CIPS.

Chávez Negrín, Ernesto (2003). «El combate contra la pobreza en Cuba. Políticas públicas y estrategias familiares» [en línea]. [Consulta: 2017-01-14]. Disponible en http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120822035633/negrin5.pdf

Díaz, Mareelén; Durán, Alberta; Chávez Negrín, Ernesto (2003). *La familia cubana: realidades y proyección social*. La Habana: CIPS.

Díaz, Mareelén; Valdés, Yohanka; Durán, Alberta (2004). *Concepciones teórico-metodológicas para el estudio de la familia. Experiencias y reflexiones*. La Habana: CIPS.

Donati, Pierpalo (2004). «Introducción. Saber leer la familia como fenómeno social». En *Manual de sociología de la familia*, pp. 11-15. Pamplona: Universidad de Navarra.

Hernández, Alina; Castiñeiras, Rita; Menéndez Jiménez, Jesús (2016). «Proceso de envejecimiento y su impacto en el desempeño económico: una aproximación». En *Cuba: Investigación Económica* n.º 2, pp. 9-32. La Habana: INIE.

Huenchuan, Sandra (2009). *Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de adultos mayores*. Santiago de Chile: Cepal.

Huenchuan, Sandra (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Instituto Nacional de Investigaciones Económicas (INIE) (2016). *Censo de población y viviendas 2012*. La Habana: INIE.

Martínez Franzoni, Juliana (2008). «Capítulo I: Bienestar y regímenes de bienestar, ¿qué son y por qué abordarlos?». En *¿Arañando el bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*, pp. 23-51. Buenos Aires: Clacso.

Ministerio de Salud Pública (Minsap) (2015). *Programa de Atención Integral al Adulto Mayor* [en línea]. [Consulta: 2017-1-15]. Disponible en https://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) (2014). «Resolución Nº. 45/2014». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, Nº. 54, La Habana, diciembre, pp. 1194-1195.

Monteverde, M.; Alfonso Fraga, Juan Carlos (2016). «Proceso de envejecimiento y protección al adulto mayor» [seminario]. *Programa de Intercambio de Expertos Cuba-Unión Europea,* La Habana.

Olson, David H.; McCubbin, Hamilton I.; Barnes, Howard L.; Larsen, Andrea S.; Muxen, Marla J.; Wilson, Marc A. (1983). *Families. What Makes Them Work?* Londres: Sage Publications.

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2007). *World Economic and Social Survey 2007. Development in an Ageing World* [en línea]. [Consulta: 2017-1-15]. Disponible en https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-and-social-survey-2007/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud*. La Habana: Cited.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). «Envejecimiento activo: un marco político». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 37, n.º S2, pp. 74-105.

Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS); Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde); Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (Cited); Ministerio de Salud Pública (Minsap); Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2003). *Resumen ejecutivo del informe Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas*. La Habana: Cepde.

Parsons, Talcott (1990). *La estructura social de la familia.* Barcelona: Paidós.

Parsons, Talcott; Bales, Robert F. (1955). *The Family: Socialization and Interaction Process*. Glencoe: Free Press.

Peña Farias, Angela (2016). «Régimen de bienestar, desigualdad social y cuidado de adultos mayores en el contexto de actualización del modelo de desarrollo cubano» (inédito). Universidad de La Habana, La Habana.

VV. AA. (2015). *Estudio sobre el envejecimiento poblacional a partir del censo de población y viviendas*. La Habana: Cepde/ONEI.

VV. AA. (2016). «Análisis de situación de salud» (informe inédito). La Habana: Policlínico Carlos Manuel Portuondo.

# Migrantes internas y cuidado remunerado a adultos mayores dependientes. Nueva estrategia familiar en el contexto cubano actual

RACHEL DEL CORRAL DIÉGUEZ / AIMÉE GROSS GUTIÉRREZ

## Introducción

El envejecimiento de la población es sin duda la principal característica demográfica de Cuba en la actualidad, dada sus implicaciones económicas y sociales. Al cierre del 2020 Cuba registró un incremento en las personas mayores de 60 años al reportarse que el 21.3 % de la población cubana se encuentra en ese grupo de edad (Ministerio de Salud Pública [Minsap] 2021). Este comportamiento debe intensificarse, y para el 2030 se estima que el 29 % de su población pertenecerá a este grupo etario (aproximadamente 3.3 millones de personas), con un elevado crecimiento absoluto de la población de 80 años y más (Centro de Estudios de Población y Desarrollo [Cepde] y Oficina Nacional de Estadísticas e Información [ONEI] 2019, p. 18).

En la medida que aumenta la población adulta mayor, también se acrecienta la proporción de ellos con algún grado de dependencia y, como consecuencia, la necesidad de una atención diferenciada. La encuesta nacional de envejecimiento de la población (ENEP-2017) muestra cómo el 80.6 % de las personas de 60 años y más padecen de alguna enfermedad crónica, que interfiere en la realización de las actividades cotidianas, y cómo están más presentes en las personas de 75 años y más, en cerca del 87 % de su población (Cepde y ONEI 2019, p. 10).

Ello impone desafíos importantes para las familias cubanas, quienes constituyen el agente articulador de las acciones del mercado y el Estado en relación al cuidado. A pesar del apoyo que ha brindado el Estado cubano, a través de la creación y puesta en práctica de un sinnúmero de estrategias y programas dirigidos a los adultos mayores, estos resultan aún insuficientes, y el centro

de atención de los cuidados sigue desplazándose, en gran medida, hacia las familias, y en especial hacia las mujeres. Las familias, condicionadas por los recursos económicos, culturales y sociales de que dispongan, han buscado estrategias para minimizar los impactos que las actividades de cuidado implican para sus miembros, a la vez que garantizan un tratamiento más personalizado a sus adultos mayores.

La prescripción de la licencia de cuidador de ancianos, personas enfermas y discapacitadas,[1] promovida con la actualización del modelo económico y social cubano, constituyó uno de los cambios más relevantes en relación a la organización social del cuidado en el contexto cubano. Dicha licencia reposiciona las relaciones que existían anteriormente entre Estado-familia a Estado-familia-mercado, sin que llegue a romperse el tradicional familismo en el cuidado. Incluso, en presencia de servicios públicos, es la familia quien mediatiza el acceso de los ancianos a estos.

Esto no significa que todas las personas que se dedican al cuidado de ancianos cuenten con un permiso para ello, pues estas actividades forman parte también del mercado informal. Una parte considerable de los cuidadores privados, particulares o por cuenta propia, no aparecen registrados en lugar alguno. Se emplean directamente con el interesado y generalmente perciben una remuneración mensual (Peña Farias y Voghon Hernández 2014) –que rondaba, en el 2019, entre los 1 250 a 2 500 CUP mensuales–, en dependencia de las actividades de cuidado que se deban realizar y las condiciones de dependencia de los adultos mayores. Contratar los servicios de estas personas es inaccesible para muchas familias cubanas.

Hay que señalar que la preferencia de las familias por la contratación de cuidadoras internas está en gran parte determinada por las características laborales de este sector, que permiten una mayor flexibilización de horarios y una adecuación entre el tiempo de atención y el desarrollo de las tareas domésticas.

Las cuidadoras internas viven en el domicilio de la persona a la que cuidan y le proveen atención en una franja horaria indeter-

[1] Lo único que se necesita es ser ciudadano cubano, poseer condiciones físicas saludables que permitan ejercer el cuidado y no ser profesional de la salud. La licencia permite a quien la posea hacerse cargo de una persona o más. Además, se encuentra dentro del régimen de tributación y tiene un reconocimiento desde lo legal. Los cuidadores por cuenta propia, legalmente autorizados en el sector no estatal, en el 2016 sumaban 1 380, aproximadamente, según el registro oficial (Castro 2016).

minada. El hecho de residir en la misma vivienda donde trabajan hace que, en muchas ocasiones, esta frontera temporal para el descanso no exista. Frecuentemente no es su jornada laboral la que se ajusta a su tiempo de descanso, sino a la inversa. A través del tiempo invertido en el cuidado y en las diferentes actividades que lo componen, es posible inferir su cantidad e intensidad y aproximarse a sus efectos en los cuidadores, las personas cuidadas y su entorno social (Rogero y Martín 2010).

Los estudios realizados sobre servicios de cuidado desde la perspectiva de las relaciones laborales en otros contextos los vinculan a la economía sumergida y al empleo informal y coinciden en destacar la precariedad y la irregularidad que los caracterizan. Demuestran que las trabajadoras se ven expuestas a situaciones de inestabilidad laboral, bajos ingresos, ausencia de prestaciones sociales, marginalización y jornadas laborales intensificadas que determinan agotamiento y aislamiento social, así como escasas oportunidades para la formación y la capacitación en sus puestos de trabajo (Briones 2014, p. 109).

Las propias cuidadoras internas consideran la escasez de tiempo libre como uno de sus principales problemas, que relacionan con la falta de independencia y autonomía. Son conscientes de que sus largas jornadas limitan las posibilidades de realización de otras actividades y, por tanto, de establecer y mantener relaciones sociales estrechas fuera del ámbito de su empleo. Este hecho constituye un indicador del arraigo de pautas discriminatorias hacia las mujeres y de desvalorización del trabajo asociado tradicionalmente a la feminidad y al cuidado de otros.

Esta modalidad dentro del sector de los cuidados funciona como *nicho laboral* de trabajadoras más flexibles, entre ellas las inmigrantes, las que configuran un nuevo *ejército de reserva* en un mercado de trabajo que opera a escala internacional (Parella 2003, p. 91). Ello ha resultado ser objeto de análisis en un sinnúmero de estudios que evidencian los elevados porcentajes de mujeres latinoamericanas –fundamentalmente paraguayas, bolivianas, colombianas, peruanas, mexicanas y ecuatorianas– y de Europa del Este que se vinculan al servicio doméstico y/o al cuidado de personas mayores en países como Estados Unidos, España, Italia y Alemania.

En relación al caso cubano, entre las estrategias empleadas por las familias para la externalización del trabajo de cuidado a adultos mayores dependientes, se ha evidenciado actualmente la contratación de migrantes, en este caso internas, provenientes de las zonas orientales del país, como cuidadoras domiciliarias.

Los resultados de la encuesta nacional de migración de 2016 (Cepde y ONEI 2018) reafirman el predominio del sexo femenino entre los migrantes internos (51.2 %) que suelen migrar hacia áreas más urbanizadas en busca de una estructura más diversificada de las fuentes de trabajo y de la oferta de los servicios. En cuanto a la distribución por sectores de la actividad económica, la presencia de migrantes ocupados en el sector terciario es notablemente mayor que en los restantes sectores económicos (Cepde y ONEI 2018).

En el caso de Cuba esta ha sido una temática poco visibilizada y estudiada, a pesar de que existen numerosas aproximaciones al tema del envejecimiento y de la organización social del cuidado en nuestro país, desde diferentes perspectivas. Entre los obstáculos causantes de la escasez de estudios sobre el tema se encuentra que generalmente la relación laboral no pasa por el mercado y, por tanto, no suelen existir contratos, registros u otros documentos acreditativos y, por otro lado, esta actividad se desarrolla en el hogar, un ámbito privado de difícil acceso para los investigadores (Rogero y Martín 2010).

Es de interés en el presente estudio describir las condiciones laborales que un grupo de migrantes internas cubanas poseen en su desempeño como cuidadoras remuneradas de adultos mayores dependientes en espacios familiares de cuidado. Para ello nos propusimos, además, describir los tipos de familias que acceden a este servicio, el perfil sociodemográfico de las cuidadoras, así como las condiciones materiales y laborales en las que desarrollan esta actividad.

Para la investigación se trabajó con un grupo de siete familias, residentes en diferentes municipios habaneros: Habana del Este, Plaza de la Revolución, El Cerro y Diez de Octubre, que emplean para el cuidado de sus adultos mayores dependientes a inmigrantes en régimen interno. Se empleó un muestreo no probabilístico para la selección del corpus. Para su conformación se tuvo en cuenta que fueran familias habaneras, con al menos un adulto mayor dependiente, que tuviesen contratadas para el cuidado de este, en régimen interno en el domicilio, a migrantes internas que hubieran decidido migrar a la capital en los últimos 5 años.

Dada la complejidad del acceso a este tipo de casos y la carencia de estadísticas para su identificación, la investigación no se enmarcó en un espacio territorial específico. Ello implicó aceptar a cualquier familia que cumpliera con los criterios de selección antes mencionados, que se mostrasen en disponibili-

dad de colaborar con la investigación, independientemente del municipio de la capital donde residieran.

El objetivo fue documentar ciertas experiencias, en este caso de las condiciones laborales de este grupo de migrantes internas en espacios informales de cuidado al adulto mayor dependiente, y para esos fines se aplicaron cuestionarios autoadministrados, tanto a las migrantes que se desempeñaban como cuidadoras de ancianos como a algunos de los miembros de las familias empleadoras.

Para la identificación y el acceso a las familias se utilizó la técnica bola de nieve, a partir de los contactos recomendados y facilitados por los sujetos que conformaron la muestra inicial. Además, se aplicaron entrevistas en profundidad a cinco expertos en los ejes de análisis trabajados en el estudio; estos brindaron información especializada en relación al cuidado, el trabajo doméstico remunerado y las migraciones internas en el contexto cubano.

## Condiciones laborales de un grupo de migrantes internas en espacios informales de cuidado a adultos mayores dependientes en La Habana. Resultados del estudio de casos

### Perfil sociodemográfico de las cuidadoras

La muestra de estudio estuvo conformada por siete cuidadoras, cuyas edades oscilaban entre los 59 y 74 años. A excepción de una, todas sobrepasaban los 60 años de edad y el grupo etario más representativo fue el de 59-64 años, para un 57.1 % del total. Este resultado coincide con el perfil básico de las cuidadoras en otros países de la región, donde esta actividad está sobrerrepresentada por mujeres que sobrepasan los 50 años, y con resultados de otros estudios que identificaban que en Cuba, con la Actualización del Modelo Económico y Social, el cuidado de ancianos, ya sea de forma formal o informal, es asumido por ancianos, por mujeres o por mujeres ancianas (Peña Farias y Voghon Hernández 2014).

Con respecto al color de la piel, la mayoría son blancas (57.1 %), y el 42.9 % son mestizas, lo que puede marcar estereotipos en la preferencia de las familias empleadoras en cuanto al color de piel de las cuidadoras.

La mayoría de las cuidadoras culminó el nivel secundario –un 57.1 %–, y cuatro de ellas se desempeñaban como amas de casa antes de desarrollar esta actividad. Solo una de ellas culminó el nivel superior, con la Licenciatura en Contabilidad y Finanzas, y ejercía esta profesión antes de ocupar este empleo. Ninguna ha cursado estudios especializados para el cuidado de personas de

la tercera edad, aunque cuentan con herramientas cognoscitivas y habilidades para desarrollar estas funciones, adquiridas a través de la práctica, por experiencias personales y conocimientos cotidianos. Es posible apuntar que esta característica también es tendencia en las cuidadoras inmigrantes de los países de la región, quienes, por lo general, son personas con estudios primarios o secundarios, que no alcanzan una formación profesional específica para cuidar de personas mayores; y que el conocimiento que tienen lo han adquirido a través de la experiencia (Rodríguez, Martín y Marcu 2009, p. 495).

En relación al estado civil, de las siete cuidadoras hay cinco que no tienen vínculo sentimental: separadas (dos), divorciadas (dos), viuda (una). Solo dos están casadas. Seis tienen hijos, entre los 22 y los 48 años de edad, y el 66.6 % de ellos residen en su provincia de origen, que a su vez coincide con la provincia de origen de las cuidadoras. Solo tres de las cuidadoras analizadas tienen hijos que llevan residiendo en la capital de seis a catorce años, y en todos los casos migraron a La Habana antes que sus madres. Este resultado devela la importancia que tienen las redes familiares en la decisión de migrar, pues los hijos resultaron un apoyo importante en la búsqueda de empleo para sus madres.

El 57.1 % de las cuidadoras declaró no recibir ingresos por concepto de jubilación, asistencia social o remesas. Tres de ellas declararon adquirir mensualmente una pensión por jubilación. De ellas, solo la que posee nivel universitario percibe más de 300 CUP; las otras se encuentran en una escala entre los 200 y 300 CUP mensuales.

La mayoría de las cuidadoras declararon como lugar de nacimiento regiones de la zona centro-oriental del país: Granma (tres, 42.9 %), Holguín, Santiago de Cuba, Camagüey y Villa Clara (una en cada provincia). En cuanto al tiempo de residencia de ellas en la capital, cuatro cuidadoras llevan entre tres y cinco años (para un 57.1 % del total) y tres entre uno y tres años (42.9 %). A excepción de un caso, este tiempo coincide con el periodo que llevan residiendo en la vivienda del adulto mayor que cuidan; se encuentran ubicadas en cuatro municipios habaneros: Habana del Este (una), Plaza de la Revolución (dos), El Cerro (dos) y Diez de Octubre (dos), lo que permite inferir que migraron con la idea de emplearse en estas familias y tener las garantías de vivienda y alimentación aseguradas.

Ello se corresponde con el comportamiento de las migraciones internas en Cuba, donde son precisamente las provin-

cias de Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo las que aportan los mayores montos de inmigrantes hacia la capital (57 %). Según el M. Sc. William Hernández, especialista en migraciones internas cubanas del Centro de Estudios Demográficos (Cedem), ello puede estar dado por «la existencia de redes de apoyo más sólidas, que favorecen que sean mayores tanto las posibilidades de llegar al destino, como de tener éxito en el mismo».[2]

De acuerdo al estatus legal, cuatro de las cuidadoras declaran haber obtenido el permiso de residencia permanente en la capital (57.1 %), mientras que tres solo poseen un permiso de residencia temporal, lo que trae como consecuencia que no puedan emplearse en instituciones estatales y que tengan que recurrir necesariamente a espacios laborales informales. Solo una cuidadora realizó la migración acompañada de su esposo, mientras que el 85.7 % restante acometieron el desplazamiento solas.

La búsqueda de mayores posibilidades de empleo y de ofertas de trabajo mejor remuneradas, así como la reunificación familiar y la propuesta de empleo ofrecida por estas familias, constituyeron las principales motivaciones declaradas por estas mujeres para emigrar a la capital. Todas perciben esta opción laboral como una alternativa viable, pues les permite contar, además, como valor agregado, con vivienda y alimentación seguras; garantías estas que minimizan los principales retos que afrontan los migrantes en su inserción en nuevos espacios.

El desplazamiento migratorio de estas mujeres responde a una estrategia consensuada, planeada y aceptada en el ámbito familiar. En tres de las cuidadoras el desplazamiento respondió a una decisión individual, pero en cuatro de los casos analizados se trató de una estrategia familiar, motivada en tres casos por la reunificación familiar con sus hijos ya residentes en la capital. Estos influyeron determinantemente en la decisión de migrar de sus madres y las apoyaron en el proceso. Sus lugares actuales de residencia coinciden con el municipio donde la cuidadora se encuentra empleada y reside habitualmente. Por lo que puede inferirse que el desplazamiento migratorio en estas mujeres forma parte de una estrategia de movilidad laboral y social, donde las redes familiares y amicales como apoyo a la migración y en la búsqueda de empleos desempeñan un papel importante. Esto

[2] Entrevista al experto M. Sc. William Hernández, realizada para la presente investigación el 12 de febrero de 2019.

facilita que, una vez acometido el desplazamiento, se insertaran rápidamente en los nuevos espacios.

El perfil sociodemográfico de las cuidadoras analizadas en el estudio, de acuerdo a las características examinadas, es el de mujeres de más de 60 años, blancas, con un nivel de escolaridad medio y sin formación profesional para desempeñar la actividad de cuidado a adultos mayores dependientes. Perciben bajos ingresos, que no resultan suficientes para cubrir sus necesidades y las de su familia; esta es la principal motivación que, según sus declaraciones, las llevan a ocupar este tipo de empleos.

### Estructura y funcionamiento de las familias que emplean migrantes bajo régimen interno para el cuidado de adultos mayores dependientes

Las familias empleadoras que formaron parte del estudio son, por lo general, extensas, multigeneracionales, con miembros en su mayoría adultos, casados, con un alto nivel escolar y vinculados a la actividad económica dentro del sector estatal.

Nueve de los miembros de las familias que conformaron la muestra del estudio son féminas (60 %) y seis son hombres (40 %). Con respecto a los convivientes, en general la edad promedio de sus hijos es de 50 años y la de los nietos es de 24 años. Según el estado civil, ocho están casados, lo que representa el 53.3 % de la muestra, cinco son solteros (33.3 %), una es separada (6.7 %) y otro está en unión consensual (6.7 %). De acuerdo a la relación de parentesco de los convivientes con el anciano, el 33.3 % reside con sus nietos, el 26.7 % con los hijos y el 26.7 % con los cónyuges de los hijos (yernos/nueras). Solo en dos casos viven solos con sus nietos y un caso –pues el adulto mayor no tiene hijos– vive con su hermana, su cuñado y su sobrina.

La totalidad de los familiares que conviven con los adultos mayores son blancos. Aunque la muestra es pequeña, este resultado podría visibilizar desigualdades de acceso a servicios personalizados de cuidado a adultos mayores dependientes por color de la piel que, unido a otras variables como la profesión y la ocupación de los familiares, ilustran también el tipo de familia que puede acceder a estos servicios en Cuba.

La mayoría tienen un alto nivel escolar, lo cual se demuestra a través de sus ocupaciones actuales: cuatro contadores, dos economistas, un ingeniero, una pedagoga y una abogada. Todos se encuentran empleados, la mayoría en el sector estatal. Tres de ellos ocupan cargos directivos y una –la abogada– ejerce su profesión en una firma extranjera. Solo dos miembros trabajan en el sector cuentapropista, como choferes.

Los ingresos que perciben por concepto de salario[3] –la mayoría entre los 700 y 1 000 CUP mensuales, al momento de la investigación– y, en algunos casos, las transferencias económicas proporcionadas por familiares residentes en el exterior les permiten tener unas condiciones económicas favorables para acceder a este tipo de servicios. En su mayoría los jefes del hogar son los hijos o los nietos del adulto mayor que, a su vez, son los que toman la decisión de contratar.

Un análisis al perfil sociodemográfico de los adultos mayores que integran estas familias revela que el 71.4 % de ellos son hombres y el 28.6 % mujeres. En relación al color de la piel, la mayoría de los adultos mayores son blancos (85.7 %) y el 14.3 % restante son mestizos. Ninguno de estos ancianos tiene vínculo sentimental, pues el 71.4 % son viudos, uno es soltero y otro divorciado. Seis ancianos tienen hijos; a su vez, tres de estos tienen dos hijos cada uno. Las edades de estos ancianos oscilan entre 73 y 94 años, aunque el 71.4 % de ellos están por encima de los 84 años. Es decir, la mayoría de los adultos mayores de la muestra se encuentra dentro del grupo poblacional que tradicionalmente requiere de más cuidados.

Según resultados de la encuesta nacional de envejecimiento poblacional (2017), el 80.6 % de la población de 60 años y más en Cuba padece, al menos, una enfermedad crónica; esta proporción alcanza el 89.5 % en mujeres de 75 años y más (Cepde y ONEI 2019, pp. 10; 100).

El 28.6 % de los adultos mayores que conformaron la muestra presentan dependencia física por enfermedades cerebrovasculares e invalidez o parálisis de extremidades; el 28.6 % de ellos tienen dependencia psíquica por presentar alguna enfermedad mental o demencia senil; otro 28.6 %, al ser débiles auditivos, poseen una dependencia sensorial. Con igual representación (28.6 %) aparecen los ancianos con debilidad auditiva (hipoacústicos). De acuerdo a estas limitaciones y padecimientos, puede concluirse que la totalidad de los adultos mayores presenta una dependencia mixta, según los criterios de clasificación empleados para definirla.[4]

[3] Cinco de los familiares no declararon sus ingresos y otros cuatro familiares son estudiantes y no perciben sueldos.

[4] De acuerdo al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) (2005), la dependencia puede ser clasificada como media o moderada, severa y absoluta o gran dependencia, en relación a la actividad diaria que el adulto mayor no pueda realizar, ya sea básica o instrumental. Además, se consideró pertinente analizar las tipologías de dependencia de los adultos mayores que conformaron la muestra de acuerdo a la clasificación empleada por Lorenzo,

En relación a la asistencia que requieren los adultos mayores de la muestra, se supo que cuatro de ellos necesitan ayuda parcial para todas las actividades de vida diaria. Un solo anciano –que representa el 14.3 %– necesita ayuda total para bañarse y vestirse; para el resto de las actividades requiere ayuda parcial. Del resto uno no necesita apoyo para usar los servicios sanitarios ni para acostarse o levantarse de la cama, pero para otras tareas necesita ayuda parcial. El último anciano necesita ayuda total para todas las actividades de la vida diaria debido a padecimientos que sufre como el mal de Parkinson, enfermedades cerebrovasculares e invalidez de sus extremidades.

De acuerdo a la asistencia que necesitan para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, la totalidad de los adultos mayores de la muestra precisa ayuda absoluta para cocinar, ir al médico y limpiar; tres de ellos necesitan, además, ayuda total para manejar dinero y subir escaleras. En tres de los casos necesitan ayuda parcial para tomar medicamentos.

Generalmente todos los familiares que residen con el anciano en el hogar le brindan ayuda emocional y cognitiva (consejos, afecto e información) y son esencialmente los hijos quienes le proporcionan ayuda instrumental para el desarrollo de sus actividades diarias, siempre que no se encuentren fuera del hogar, en el centro laboral, por ejemplo, y ayuda material (dinero, alimentación, medicamentos).

Es importante resaltar que, con excepción de un caso, son las mujeres las que ayudan en la realización de las labores del hogar. Este resultado evidencia que, aunque hoy las cubanas tienen presencia relevante en todos los espacios públicos y contribuyen decisivamente en los ingresos familiares, vestigios de una cultura patriarcal siguen enmarcando a las mujeres en los papeles asociados al cuidado, atención y satisfacción de las necesidades de los miembros de las familias, esencialmente de los más vulnerables o necesitados de cuidados, como los niños, los adultos mayores y los discapacitados.

De las familias analizadas hay cinco que declararon tener parientes que, aunque no residan en la misma vivienda del adulto mayor, también brindan ayuda. El lugar de residencia de estas personas varía: cinco viven en Estados Unidos (55.6 %), dos en España (22.2 %) y dos en otros municipios de la capital

Maseda y Millán (2008), en la que estas se catalogan en física, psíquica o mental, sensorial o mixta, en dependencia de la limitación o incapacidad que presenten en algunas de sus funciones o sentidos.

cubana (22.2 %). Esto evidencia cómo el concepto de apoyo para ellos trasciende los marcos instrumentales, que pudiesen considerarse los más necesarios cuando se trata de personas dependientes (es decir, estar al lado de la persona enferma, ayudar en las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria) y se extiende a otras dimensiones de apoyo, como las materiales, tan importantes en un contexto socioeconómico desfavorable como el caso cubano actual. Reitera, además, la transnacionalización de la función económica de la familia en contextos migratorios como el cubano. En el caso de familias con personas dependientes esta característica se acentúa.

Todas estas familias tuvieron conocimiento de esta alternativa de cuidado a través de vecinos, conocidos y parientes. En la mayoría de los casos, los familiares que tomaron la decisión de contratar a una cuidadora en régimen interno fueron los hijos (57.1 %). Sus motivaciones descansaron esencialmente en el no disponer de tiempo para cuidar de los ancianos, en el temor a dejarlos solos en casa, en la necesidad de ayuda suplementaria que les permitiese conciliar las responsabilidades laborales con las del hogar, y en el deseo de garantizar a sus familiares un cuidado más personalizado.

Ninguno declaró optar por esta alternativa de cuidado a causa de la poca disponibilidad de ofertas estatales para el internamiento del adulto mayor, lo que supone que esta no constituyó una de las opciones a considerar. Sin embargo, aunque no fue declarado explícitamente por los familiares en las entrevistas realizadas, el factor económico aparece como un recurso que medió todo el proceso de toma de decisión en torno a la selección de esta estrategia de cuidado.

### Inserción y condiciones laborales de las migrantes internas en espacios informales de cuidado a adultos mayores dependientes

Los principales alicientes declarados por las cuidadoras para dedicarse al trabajo de cuidado remunerado a domicilio fueron las necesidades económicas propias y de su familia, que las impulsaron a emigrar hacia la capital e insertarse en estos empleos. Les siguen la dificultad de encontrar ofertas ajustadas a sus conocimientos, las demandas de la propia actividad, la necesidad de vivienda o porque la consideran una estrategia para alcanzar un estatus permanente como residente en la capital.

Las migrantes que formaron parte del estudio no contaban con otras ofertas ocupacionales antes de emplearse como cuidadoras

domiciliarias. Muchas eran amas de casa, jubiladas y con un nivel escolar medio. En relación a las habilidades adquiridas para ejercer como cuidadoras, todas refirieron contar con las destrezas necesarias para desempeñar las labores domésticas. Hicieron mención a tareas como lavar, cocinar, etc., y dejaron de lado prácticas más ajustadas a la actividad de cuidado que realizan, lo que da muestras de la asociación que establecen entre las actividades de cuidado y las labores domésticas. Solo una cuidadora argumentó que su paciencia, su capacidad para comunicarse, sus conocimientos médicos le permitían realizar su función correctamente.

Para su inserción, las cuidadoras utilizaron mecanismos informales como principal vía de acceso, fundamentalmente las redes de familiares, amigos y vecinos que en muchos casos las precedieron en el proyecto migratorio y constituyeron un apoyo importante para el desplazamiento. Ello se corresponde con lo planteado por las familias, las cuales usaron el mismo tipo de fuente para informarse sobre la existencia del servicio y de las cuidadoras. De esta manera se evidencia la importancia que tienen estas redes en Cuba, especialmente cuando se trata de espacios informales, y la ausencia de un marco regulativo que controle la calidad de los servicios brindados, y los deberes y garantías laborales de quienes los ofrecen.

Ninguna de estas mujeres se expuso a un proceso de selección por parte de la familia que las contrató. Los familiares no hacen tampoco referencia a características o cualidades específicas requeridas en las cuidadoras, aunque por lo general todas estas cumplen con un cierto perfil en cuanto a edad, nivel escolar, estado civil y color de la piel. Al tratarse de un empleo tradicionalmente realizado por mujeres, las familias tienden a buscar cuidadoras con un perfil similar al de ama de casa: mujer, que supere los 50 años, con experiencia de trabajo doméstico. Dicho de otra manera, no se busca un trabajador con un currículo profesional específico para desempeñarse en esta actividad (por ejemplo, una enfermera), sino alguien que supla las tareas domésticas y de cuidados que antes hacía el ama de casa.

Los años que estas cuidadoras llevan dedicándose al desempeño de esta actividad en las familias estudiadas están en correspondencia con los años que llevan residiendo en la capital. Ninguna de ellas firmó contrato: todos fueron efectuados de forma verbal y directamente con la familia del adulto mayor, lo que habla de la informalidad de este empleo. El 57.1 % de ellas no tienen intenciones de formalizarlo por lo engorroso de los trámi-

tes y los impuestos que deben pagar o por declarar «sentirse bien de esa forma».

La jornada laboral de las trabajadoras analizadas es tanto diurna como nocturna, argumento que fue declarado por todas las cuidadoras y familiares de la muestra. Justamente la preferencia de las familias por la contratación de cuidadoras en régimen interno está en gran parte determinada por las particularidades de esta modalidad de cuidados, la que se caracteriza por una mayor flexibilización de los horarios, una adecuación entre el tiempo de atención y el desarrollo de las tareas domésticas y la oportunidad de contar con el cuidado permanente del adulto mayor.

En la residencia las cuidadoras disponen, en su mayoría, de un lugar para ubicar sus pertenencias y descansar; tienen acceso a los productos de higiene personal del hogar y al teléfono de la vivienda. Dos de las cuidadoras (28.6 %) tienen una habitación propia y las cinco restantes (71.4 %) la comparten con el adulto mayor. Un 71.4 % de ellas hace uso de un servicio sanitario específico. Solo una cuidadora tiene una vía específica de acceso a la vivienda; el resto utiliza la misma entrada y salida que la familia. A todas ellas se les garantiza la alimentación, consituida por los mismos productos que consumen los miembros de la familia. Todas afirman que disponen de momentos para descansar y vacacionar, en la mayoría de los casos de una duración de entre 15 y 20 días, una vez en el año. Estas vacaciones no son remuneradas en el 71.4 % de las cuidadoras y en ninguno de los casos la familia del anciano garantiza el traslado de la cuidadora hacia su provincia. En caso de enfermarse, el 71.4 % de las cuidadoras pueden tomar el día libre. Los familiares del anciano se preocupan por sus medicamentos y porque tengan asistencia médica.

Las tareas de cuidado que realizan las cuidadoras son diversas y dependen de las demandas de la persona atendida. En el 100 % de los casos tienen que realizar todo tipo de labores: bañar, preparar y ofrecer alimentos, vigilar, lavar su ropa, suministrar medicamentos, acompañar al médico. El 85.7 % de las cuidadoras realizan las tareas de cuidado como apoyo a la familia, es decir, tanto ellas como la familia del anciano cuidan al adulto mayor dependiente; solo en un caso es exclusivamente responsabilidad de la cuidadora.

Además de las labores realizadas, las cuidadoras también llevan a cabo otro grupo de tareas domésticas sin recibir un aumento de la remuneración. El 23.1 % se encarga, igualmente,

de la limpieza del hogar, la elaboración de los alimentos y el fregado; un 19.2 % lava y el 7.7 % hace las compras. Una de las cuidadoras realiza todas las actividades domésticas mencionadas. Solo en una de las familias del estudio, la asignación de esta tarea adicional –en este caso, la limpieza del hogar– no se contempló en los deberes que le fueron establecidos al momento de la contratación; se le asignó más tarde sin que recibiese por ello un aumento del salario.

Para la realización de las actividades domésticas y principalmente para el cuidado del adulto mayor dependiente, todas las encuestadas declaran disponer de los medios necesarios: camas Fowler, cojín de Kelly, pomadas antiescaras, sillón de ruedas, bastón, instrumentos para la limpieza y la preparación de los alimentos. En todos los casos fueron calificados de óptimos y la mayoría de las veces suministrados por el empleador.

En muchas ocasiones el grado de autonomía de las cuidadoras en el desempeño de la actividad es total porque la mayor parte de la jornada están solas con el anciano, con lo cual no están sometidas a una vigilancia directa e incluso disponen de un amplio margen para determinar cómo cuidar a la persona mayor, cómo realizar las tareas e, incluso, para decidir, por ejemplo, qué alimentos y cómo se prepararán. Ello no supone necesariamente una ausencia de control por parte de las familias, aunque sí una menor presión personal, puesto que la trabajadora puede sentirse más libre, menos agobiada. Los familiares que controlan el trabajo de la cuidadora en la mayoría de los casos son los hijos y los nietos de los adultos mayores dependientes; centran sobre todo su atención en que el anciano se encuentre bañado, alimentado, de manera general, bien atendido.

En cuanto a la remuneración, la cantidad aproximada que las cuidadoras perciben por el desempeño de esta actividad oscila entre los 750 y 2 500 CUP mensuales. Las que residen en los municipios Plaza de la Revolución y El Cerro (el 42.9 %) reciben entre 2 000 y 2 500 CUP mensuales; mientras que las que trabajan en municipios periféricos, como Habana del Este y Diez de Octubre, declaran honorarios entre los 750 y los 2 000 CUP mensuales. Esta cantidad, en el 71.4 % de los casos, se determinó a partir de un consenso entre la familia y la cuidadora, y en menor proporción (28.6 %) fue impuesta por los familiares del adulto mayor en el momento de la contratación.

Resulta interesante que el grado de dependencia del anciano no resultase un criterio que condicionara el salario que reciben las cuidadoras, pues son justamente las que cuidan a adultos

mayores con dependencia parcial para la realización de las actividades de la vida diaria las que perciben una mayor remuneración económica.

En todos los casos las cuidadoras afirman que el salario se corresponde con las tareas que desarrollan y que satisface sus necesidades, esencialmente en cuanto a alimentación e higiene:

> no es que sea una gran suma de dinero, pero al menos es más de lo que ganaría en cualquier trabajo estatal. El dinero me queda completo, las necesidades importantes me las cubre la familia porque yo desayuno, almuerzo y como aquí, me baño, duermo y no pago nada. Al final, la comida es un gasto importante y por eso no me tengo que preocupar. (Cuidadora n.º 6).

No obstante, a pesar de que todas las cuidadoras se muestran satisfechas con el salario que reciben, tres de ellas y cuatro familiares aseguraron que la condición de migrante las expone a estados de vulnerabilidad en estos escenarios laborales informales. El hecho de no residir en la capital y no tener vivienda propia les facilita a los familiares que sus empleadas puedan cuidar sin límites de horarios. Por otra parte, su condición de internas hace que cobren menos, ya que disponen de alimentación, productos de higiene y no pagan cuentas en el hogar.

La cuidadora n.º 3 expresó al respecto: «Si fuera de La Habana me pagarían más por abandonar mi hogar. Lo que pasa es que vivo aquí porque mi casa está en Oriente y no quiero molestar a mi hijo que vive en La Habana. Yo no vine para ser una carga para él». De igual manera, los familiares afirman que es más fácil llegar a acuerdos en cuanto a las tareas y condiciones de trabajo, pues, aunque se les paga por la función que desempeñan, el hecho de residir en el mismo hogar las pone en el compromiso de ayudar con otras tareas.

El trabajo de cuidado implica un fuerte componente afectivo y relacional; no se trata únicamente de prestar un servicio a un adulto mayor, a una persona dependiente; también se crean vínculos emocionales. En todos los casos del estudio, las cuidadoras reconocen haber fundado lazos afectivos con los miembros de las familias empleadoras y resaltan entre todos los miembros la figura del anciano. Esto se basa en el respeto mutuo y la confianza, lo que les ha permitido tener cierta libertad en las labores que realizan y ha favorecido su integración dentro del marco familiar, hasta el punto de considerársele en algunos casos como parte de la propia familia.

Esta situación se crea no solo por el respeto, consideración y buen trato demostrados en el cuidado, sino también por la convivencia en el mismo hogar y la buena comunicación. Las cuidadoras consideran que estos lazos afectivos guardan relación con la calidad del trabajo que desarrollan, pues el cuidar bien del adulto mayor produce satisfacción y agradecimiento por parte de los familiares. Por esta razón, el familiar n.º 2 sentenció: «Le estoy muy agradecida, a veces pienso que le debo mucho a ella. Yo me voy confiada para mi trabajo de que mi papá está bien cuidado. En la convivencia no tenemos problemas, nos adaptamos muy bien a ella y ella a nosotros, nos queremos y nos respetamos».

En relación al estado de salud de las cuidadoras, en todos los casos estas afirman que es bueno, aunque, por otra parte, argumentan que llegan a padecer de cansancio y deterioro de sus condiciones físicas y mentales, lo que pudiera agravar a largo plazo los padecimientos propios de la edad, teniendo en cuenta que también son adultas mayores. En la minoría de los casos sufren depresión, enojo e impotencia ante las jornadas laborales intensificadas y la constante gestión de tiempo que implica la realización de múltiples tareas al mismo tiempo. Es este un trabajo donde constantemente las fronteras entre tiempo de vida y tiempo de trabajo se desdibujan.

## Conclusiones

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que ha puesto en alarma a las sociedades a nivel mundial, sobre todo con respecto al cuidado. Cuba no escapa de estas lógicas, ya que presenta un aumento de la demanda de la necesidad de cuidado hacia el adulto mayor dependiente. Esto ha propiciado que emerjan nuevas estrategias familiares, lo que ha creado un nicho laboral para las migrantes internas en el país.

Las familias que conformaron la muestra del estudio encuentran en esta estrategia de cuidado domiciliario la solución para mantener a la persona mayor en su propio hogar, con lo cual intentan reproducir el cuidado tradicional de los mayores en el seno familiar.

De manera general, la evaluación que hacen las familias de los cuidados que reciben sus adultos mayores dependientes es bastante positiva. En primer lugar, las cuidadoras descargan a la familia de responsabilidades, gracias a lo cual esta última dispone de mayor tiempo libre y de mayor tranquilidad. Se crea un sentimiento de gratitud hacia la cuidadora, hasta el punto de

considerarla parte de la familia. Se establecen vínculos de confianza, cariño, respeto y agradecimiento.

Para estas familias es muy importante tener más tiempo libre, pues así pueden conciliar la vida doméstica sin desatender sus carreras profesionales. Además, también tienen la sensación de que el anciano está mejor atendido, ya que los cuidados se dan en el seno de los propios hogares, y la persona mayor no tiene que pasar por el desarraigo que supone salir de su hogar.

A pesar de que en relación a sus condiciones laborales todas las cuidadoras aseguran que son, en general, buenas, puesto que disponen de los medios necesarios para el cuidado del adulto mayor dependiente y para la realización de las tareas domésticas, este tipo de empleos todavía no tiene el reconocimiento social que merece; conductas sexistas aún lo hacen ver como el trabajo que siempre fue propio de mujeres.

Esta estrategia de cuidado presupone un beneficio para el Estado en tanto el mercado informal contribuye a reducir la presión de la demanda de servicios sociales y a dar posibilidades de inserción a las mujeres inmigrantes.

## Bibliografía


Aja, Antonio; Rodríguez, María Ofelia; Orosa, Rebeca; Albizu-Campos, Juan Carlos (2017). «La migración internacional de cubanos. Escenarios actuales». *Novedades en Población*, n.º 26, julio-diciembre, pp. 40-57.

Briones, Erica; Agudelo, Andrés A.; López, María José; Vives, Carmen; Ballester, Fernando; Ronda, Elena (2014). «Percepción de las trabajadoras inmigrantes del servicio doméstico sobre los efectos de la regulación del sector en España». *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, n.º 2, marzo-abril, pp. 109-115.

Castro, Jessica (2016). «Envejecimiento: del lado del cuidador» [en línea]. *Bohemia*, n.º 2, enero. [Consulta: 2017-12-9]. Disponible en http://bohemia.cu/nacionales/2016/01/envejecimiento-del-lado-del-cuidador

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde); Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2018). *Migraciones a nivel de estratos de asentamientos: resultados principales en la encuesta nacional de migraciones* (*ENMIG-2016*) [en línea]. La Habana. [Consulta: 2020-04-19]. Disponible en http://www.onei.gob.cu/node/14276

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde); Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2019). *Encuesta nacional de envejecimiento de la población* (*ENEP-2017*) [en línea]. [Consulta: 2020-04-19]. Disponible en http://www.onei.gob.cu/node/14237

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) (2005). *Libro blanco de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Lorenzo, Trinidad; Maseda, Ana; Millán, José C. (2008). *La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. España: IGISS.

Martín, Eva; Rogero, Jesús (2010). «El tiempo de trabajo de las cuidadoras inmigrantes de personas mayores» [en línea]. *Cuadernos de Trabajo Social*, n.º 17, pp. 181-199. [Consulta: 2017-12-9]. Disponible en http://www.siis.net/documentos/ficha/194493.pdf

Ministerio de Salud Pública (Minsap) (2021). *El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor en Cuba apuesta por una vejez activa y saludable* [en línea]. [Consulta: 2021-01-28]. Disponible en https://salud.msp.gob.cu

Parella, Sònia (2003). «La inserción laboral de la mujer inmigrante en los servicios de proximidad en Cataluña». *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, tercera época, n.° 36, septiembre-diciembre, pp. 85-113.

Peña Farias, Angela; Voghon Hernández, Rosa María (2014). «La reconfiguración de la política de empleo y seguridad social: horizontes para pensar la relación igualdad-ciudadanía en el contexto cubano actual». *Crítica y Emancipación. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, año VI, primer semestre, n.º 11, pp. 379-468.

Rodríguez, Vicente; Martín, Eva; Marcu, Silvia (2009). «Cuidado de mayores por inmigrantes: necesidades, transacciones, soluciones». En Lorenzo López, Antonio Abellán, Dirk Godenau (coords.), *Envejecimiento, despoblación y territorio: un análisis sobre la población española*, pp. 489-504. León: Universidad de León.

Rogero, Jesús; Martín, Eva (2010). «Un estudio exploratorio del cuidado provisto por inmigrantes a personas mayores de 64 años en los hogares» [en línea]. *Enfermería*, vol. 19, n.º 1, marzo, pp. 29-33. [Consulta: 2017-12-9]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000100006&Ing=es&tlng=es

# Mujeres y cadenas locales para el cuidado de las personas mayores en el Centro Histórico de la Habana Vieja: reflexiones desde la mirada sociológica

MAGELA ROMERO ALMODOVAR / DAYMA ECHEVARRÍA / DANAY DÍAZ PÉREZ

## Introducción

Cuba vive un proceso de envejecimiento poblacional acelerado –el 20.4 % de la población en el 2018 tenía más de 60 años (Oficina Nacional de Estadísticas e Información [ONEI] 2019), y al cierre de 2020 la cifra ascendía al 21.3 % (ONEI 2021)–, en el marco de una cultura que visualiza y ubica a las familias, y en especial a las mujeres, como principales responsables del cuidado de las personas adultas mayores dependientes.

El activo papel que tienen las mujeres en las tareas de cuidado resulta indiscutible,[1] así como las estrechas relaciones que cotidianamente construyen entre ellas para garantizar estas labores. Los lazos que establecen entre sí les permiten la delegación en otras de tareas domésticas y de cuidado que le han sido asignadas históricamente a partir de la división social y sexual del trabajo, con lo que se establece entre ellas una especie de interrelación solidaria que tiende a fortalecerse con el paso del tiempo, aun cuando no esté exenta de tensiones, desencuentros y desenlaces violentos.

Para denominar estas redes hemos construido el concepto de *cadenas locales de cuidado*,[2] que se refiere a las transferencias y negociaciones de papeles y responsabilidades en torno al cuidado que se dan entre mujeres, en conexión con las particularidades

[1] Los hombres tienden a ser más sujetos beneficiarios que a asumir responsabilidades cotidianas asociadas a este empeño.

[2] Aunque este concepto presenta algunos puntos de conexión con el de *cadenas globales de cuidado*, no tiene como elemento distintivo ni fundante la existencia previa de un proceso migratorio.

de la infraestructura y la organización social de los cuidados del espacio territorial en el que están enmarcadas.

El presente texto socializa algunos resultados de un diagnóstico realizado en el Centro Histórico de la Habana Vieja,[3] entre marzo y diciembre de 2018. El estudio tuvo como finalidad el análisis de la posición y condición de las mujeres en dichas cadenas de cuidado. No solo fueron investigadas las cuidadoras familiares y las remuneradas, sino también las institucionales y las asistentes sociales a domicilio. Pero, por el papel protagónico de estos dos grupos y su importancia en la conformación de dichas cadenas, fueron seleccionados como casos de estudio para la presente propuesta. Los datos que se exponen resultan de la aplicación de entrevistas a ellas, a las personas cuidadas, así como a informantes clave del territorio. Debe anotarse que resultó complejo llegar a las personas cuidadoras, pues al no existir lazos previos de confianza sienten temor a ser engañadas, sobre todo aquellas que realizan su actividad sin la cobertura de la licencia apropiada.

En el Centro Histórico de la Habana Vieja confluyen, tal vez en mayor medida que en ningún otro lugar en Cuba, diversas acciones y proyectos para promover el cuidado de las personas mayores, impulsados desde el Gobierno, el Plan Maestro y otras instituciones como las iglesias. Esto ha hecho del territorio un lugar con diversas oportunidades para la promoción de la corresponsabilidad del cuidado al interior de la familia. Por esta razón, resulta un terreno fértil tanto para el estudio de buenas prácticas como para la identificación de rutas de mejora.

## Las cuidadoras ¿quiénes son?, ¿cuáles son sus realidades?

### Cuidadoras familiares de adultos mayores en los hogares

#### Perfil sociodemográfico de la muestra

La mayoría de las personas mayores visitadas reciben el cuidado por parte de familiares mujeres: en primer lugar están las hijas, luego las sobrinas, nietas, hermanas e hijastras. Los hombres entran y salen de este papel con mucha más facilidad, generalmente cumplen responsabilidades que no son diarias

[3] El estudio se desarrolló en el marco del proyecto de cooperación internacional Compartiendo Caminos de Inserción y Cuidados, gestionado por la Oficina del Historiador de la Ciudad de La Habana (OHCH), cofinanciado por la Unión Europea (UE) y por las organizaciones no gubernamentales (ONG) WWGVC y MUNDUBAT. Dentro de sus diversas actividades, el proyecto apunta a sensibilizar a la comunidad sobre las brechas de género en las tareas del cuidado y a introducir acciones para transformar esas inequidades desde la actuación de las instituciones en el Centro Histórico de la Habana Vieja.

ni tienen que ver directamente con la reproducción de las necesidades biológicas de estos adultos.[4]

Por color de la piel predominan las personas blancas (nueve de trece), solo se entrevistaron dos personas negras y dos mestizas. En relación a su situación conyugal, la muestra se comportó de manera heterogénea, pues aunque la mayor parte de estas personas están casadas o unidas consensualmente (siete de trece), otras declaran estar divorciadas (cuatro), viudas (una) o solteras (una).[5]

Respecto a la distribución de la muestra por grupos etarios, se debe precisar que el rango de edades va desde los 27 hasta los 80 años; la mayoría (siete) son menores de 60. Este es un dato que *le pone rostro* al costo del cuidado, tanto para mujeres como para la economía del país, ya que, como se observa, son mujeres en edad laboral.

Resulta aún más delicada la situación encontrada en una joven de 27 años que tuvo que abandonar la universidad en tercer año por tener que encargarse del cuidado de su abuela, o de otra de 38 años que cuando apenas estaba comenzando su adiestramiento como contadora tuvo que dedicarse al cuidado de su esposo al no tener otra alternativa.

Por otra parte, otra situación compleja identificada se relaciona con la presencia de adultas mayores cuidadoras. A pesar de que ellas mismas requieren cuidados, asumen la función de cuidar a sus familiares; por ejemplo, ancianas de 68, 69, 74 y 80 años, con múltiples padecimientos físicos y mentales, son las responsables de atender a sus madres de 96, 94, 89 y 102 años, respectivamente.

Predominan, por nivel de escolaridad, las graduadas universitarias (seis), luego las que han alcanzado nivel medio superior, ya sea como técnicos medio o como preuniversitarias (cuatro), y las que

[4] Solo en uno de los casos se detectó la presencia permanente de un hombre que apoya el cuidado de la madre/abuela. Se trata de una familia en la que una mujer de 80 años que cuida a su madre de 102. Aunque la hija de la centenaria se encarga de todas las labores domésticas, su hermano de 71 años la acompaña durante el día para bañar a la madre y trasladarla en caso de que sea necesario, mientras que el otro hermano, de 81 años, viene todas las noches desde Alamar a dormir con ellas. El hijo de la cuidadora de 50 años se encarga de cubrir las necesidades materiales de la familia.

[5] Vale apuntar que, según refieren las que están unidas o casadas, a veces su condición de cuidadoras crea una situación de vulnerabilidad especial en sus relaciones de pareja, no solo por el poco tiempo del que disponen para dinámicas no asociadas a la atención de la persona que cuidan, sino también por el agotamiento físico y mental que este hecho supone. Una de las que está casada expresó que hace algún tiempo estuvo separada de su esposo por casi seis meses porque la situación se hizo insostenible, mientras que la cuidadora soltera lo está porque la presión que tiene encima no le permite encontrar a la persona indicada y su anterior pareja la dejó.

cuentan con un nivel secundario (dos). Solo una de ellas tiene octavo grado. Este dato reviste especial interés, pues indica que muchas mujeres que realizan las labores de cuidado tienen un nivel técnico y profesional considerable que la sociedad no puede aprovechar.

La mayoría de las entrevistadas que se encuentra en edad laboral manifestaron haberse visto en la obligación de abandonar sus carreras profesionales o de formación ante la necesidad de atender a su familiar; y, en tres de estos casos, la persona que cuidan en la actualidad constituye la segunda que tienen a su cargo, lo que indica la presencia del *ciclo del cuidado sin fin* (Romero 2004). Solo tres mujeres permanecen activas en centros laborales cercanos al lugar donde residen y en puestos que les permiten tener cierta flexibilidad en los horarios para poder acompañar al pariente dependiente, al menos en determinadas horas del día.

Sin embargo, a veces las dinámicas laborales que desarrollan para generar los ingresos necesarios las dejan sin tiempo para cuidar durante el día, lo que repercute no solo en la salud física del adulto mayor cuidado-dependiente, sino también en su deterioro mental. Uno de los casos analizados enfrenta una compleja situación al no poder dedicar la atención necesaria al cuidado de su madre, quien se encuentra postrada y empeora cada día su salud física y mental, ya que necesita conservar su trabajo como enfermera y se mantiene fuera del hogar entre las 8:00 a. m. y las 3:00 p. m. Aunque ha solicitado ayuda económica, aún no la ha recibido.

Los ingresos de los casos entrevistados suelen ser bajos, hecho que también se expresa en las condiciones constructivas de las viviendas en que residen y en su equipamiento. Para la mayor parte de ellas, la principal fuente de ingreso son sus pensiones y las de sus familiares, que suelen estar entre los 200 y los 305 CUP. Solo dos de las cuidadoras familiares entrevistadas indicaron ganar más. Ambas laboran en el sector de la Salud, una como doctora (salario aproximado de 1 300 CUP) y la otra como enfermera (620 CUP). Esta situación conlleva a que algunas generen estrategias para cubrir sus gastos personales y familiares, aunque casi siempre se encuentren supeditadas a las actividades y horarios que se desprenden de su función como cuidadoras. Por ejemplo, una hace merenguitos para vender y otra limpia las áreas comunes de su edificio cuando la mamá duerme en las tardes.

Debe destacarse que para todos los casos entrevistados se hace altamente necesaria la ayuda económica que obtienen de sus

familiares más cercanos: hijos, esposos, hermanos, entre otros. Hay que acotar que el apoyo que reciben se otorga y emplea fundamentalmente para cubrir las necesidades de la persona cuidada y no para satisfacer las posibles necesidades de quien dedica su tiempo a realizar esta actividad. De esta forma se desconoce el aporte económico que hacen ellas, entendiendo su papel como algo que asumen como parte del *deber ser*.

La no existencia de solvencia económica en la mayoría de estas familias, y en especial de estas mujeres, limita la posibilidad de contratar a otra persona para que se encargue del cuidado de su familiar. Solo tres casos –que coinciden con quienes reciben ayuda económica del exterior para este fin– declararon que, al momento de la investigación, se beneficiaban de este servicio de forma sistemática u ocasional.

Se observó por lo general deterioro físico de los inmuebles, unido a otras condiciones ambientales y constructivas que dificultan el bienestar tanto de la persona cuidada como de la cuidadora: humedad, poca ventilación e iluminación, etc. Además, se pudo apreciar en la mayoría de las viviendas problemas para acceder al agua.

#### Habilidades para el cuidado y experiencia laboral como cuidadoras familiares

La investigación tuvo entre sus objetivos analizar las habilidades y la experiencia que pudieran tener las cuidadoras para ejercer su tarea satisfactoriamente. Se pudo constatar que solo tres de los casos entrevistados –una doctora, una enfermera y una señora que cursó los primeros años de la carrera Enfermería– manifestaron que cuentan con aprendizajes que le facilitan desempeñar esta responsabilidad en la actualidad. Por tanto, se puede afirmar que este es un papel que la mayoría asume sin entrenamiento previo. Su escuela ha sido su propia experiencia como cuidadoras; gracias a ello han podido desarrollar altos niveles de experticia, aun cuando no estén calificadas ni certificadas.

En el análisis de los resultados se pudo constatar la existencia de rutinas creadas por ellas a través del método ensayo/error, que, en tanto efectivas, son practicadas de forma minuciosa. Un entrenamiento adecuado no solo contribuye a un mayor bienestar de la persona cuidada, sino que también previene para quienes la ejercen los efectos negativos de esta actividad, desde el punto de vista físico y mental. Aunque todas las entrevistadas reflexionaron sobre lo provechoso que podrían ser estos entrenamientos, manifestaron su imposibilidad de participar en ellos por no contar con el tiempo necesario.

Una barrera importante para superar esta problemática la constituye la falta de conocimiento sobre la existencia de alternativas de capacitación. A ello se suman otras limitantes: la poca disponibilidad de tiempo para ese tipo de actividades, las dificultades que encuentran para salir a la calle durante el día, cuando la mayor parte de ellas se encuentran a solas con el anciano, y la intensidad de sus rutinas que no les permite dedicarse a otras actividades. Dos de los casos expresaron haber tenido orientaciones puntuales acerca de cómo manejar a un paciente encamado en intercambio sostenido con médicos de la familia durante visitas de terreno realizadas por estos.

### Condiciones de vida y trabajo de las cuidadoras familiares

Existe una situación compleja en relación al modo en que las familias asumen el cuidado de sus ancianos dependientes, que puede ir en detrimento no solo del bienestar de la persona atendida, sino también de la salud física y mental de quien ofrece la asistencia. Las condiciones en que las cuidadoras familiares ejercen su labor están directamente relacionadas con los ingresos de la familia y con el apoyo que reciben del exterior. Debe apuntarse que el costo económico de esta función es altísimo, pues no solo supone garantizar la alimentación, los medicamentos, el aseo y la vestimenta de la persona atendida, sino también la adquisición de equipos, muebles y utensilios que humanicen este trabajo. Sin embargo, el elevado valor de estos en el mercado en divisa y los bajos ingresos de estas familias dificultan el acceso.

Algunas entrevistadas manifestaron que solo en medicamentos se pueden gastar el monto completo de sus pensiones o las de sus familiares cuidados. El gasto en medicamentos aumenta al añadir aquellos que habitualmente ellas consumen para paliar dolores y padecimientos muchas veces derivados del esfuerzo de cuidar. Así reflejó esta realidad una de las entrevistadas: «Me tomo una pila de pastillas diarias, yo creo que tomo más medicamentos que mi madre... El cuidado me afecta..., tengo muchos dolores» (cuidadora familiar n.º 11, 80 años, cuida a su madre de 102).

A propósito de este análisis, indicamos que la mayor parte de las entrevistadas (once) tienden a posponer su asistencia al médico para atender sus problemas de salud personales, incluso se observó que tres de ellas, aun cuando requieren de operaciones quirúrgicas, no se las pueden ni siquiera plantear ante la imposibilidad de dejar su puesto como cuidadoras.

Otras, en cambio, aunque reciben tratamiento, han llegado a abandonar sus consultas o a suspenderlas por falta de tiempo.

Vale señalar que muchos de los padecimientos que estas mujeres refirieron constituyen la consecuencia de la sobrecarga que tienen en relación al cuidado. Entre los referidos se encuentran afectaciones en el sistema nervioso, dolores musculares y en articulaciones, dolor cervical, hipertensión, diabetes mellitus, problemas con la tiroides, insomnio, etc.[6] La existencia de situaciones de estrés, ansiedad y depresión fueron reflejadas por un número considerable de cuidadoras.

Excepto una de las entrevistadas, todas perciben los riesgos que se desprenden del ejercicio del cuidado, riesgos que, lógicamente, se agudizan con el paso de tiempo. No obstante, por lo general no utilizan medios de protección, como las fajas, que podrían prevenir afectaciones y dolores musculares y óseos.

Aunque desde el Ministerio de Salud Pública y desde el Instituto Nacional de Asistencia Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se realiza un esfuerzo por dotar a las familias de algunos insumos y equipamientos de apoyo al cuidado y aseo de las personas de la tercera edad dependientes limitados en su movilidad, este resulta aún insuficiente. La mayor parte de la muestra interpelada que requiere de este tipo de apoyo afirmó disponer de sillones, sillas para el baño, camas Fowler y colchones antiescaras a partir de la gestión personal o familiar y/o la ayuda de instituciones religiosas o comunitarias, enclavadas en este territorio, que tienen proyectos de apoyo o gestionan donaciones: iglesias, el Convento de Belén y el Convento de San Agustín. Solo una de las personas necesitadas manifestó cubrir esta necesidad con la cama y el sillón de ruedas que ofrece el policlínico a un precio subsidiado. Otra manifestó haber accedido al sillón de ruedas gracias al apoyo de la Asociación de Combatientes. Con relación a los productos de aseo, se identificaron como ayudas los artículos subsidiados por el Estado, los donativos gestionados y distribuidos por el Convento de Belén y el Convento de San Agustín, así como por iglesias del territorio.

Estos apoyos son altamente valorados por los familiares de los enfermos, quienes se sienten privilegiados con respecto a otras localidades del país. Sin embargo, no son suficientes para cubrir las demandas que se derivan del cuidado. Según se pudo

[6] En una cuidadora pudieron observarse tumoraciones en mano y nuca. Estas lesiones son consecuencia del esfuerzo físico que ha supuesto levantar durante más de once años a su madre postrada.

constatar, los núcleos estudiados destinan un porcentaje importante de sus ingresos a cubrir las necesidades de los familiares cuidado-dependientes, fundamentalmente en cuestiones relacionadas con su alimentación y aseo.

Para cubrir otras carencias asociadas a insumos y equipamientos –que humanizan la labor de cuidado, pero que se encuentran en el mercado en divisas a precios inaccesibles para la mayor parte de estas familias– hacen uso de su propia creatividad e inventiva. Se observaron dispositivos elaborados por los familiares de manera muy rústica para que los ancianos hicieran sus necesidades fisiológicas. Estos permitían aliviar los excesivos pesos que supone esta actividad, sobre todo cuando la persona cuidada se encuentra encamada.

### Uso del tiempo y labores que asumen las cuidadoras familiares

Para algunas cuidadoras resultó muy difícil precisar el tiempo que dedican al cuidado. Este hecho se debe al entrecruzamiento que por lo general existe entre los tiempos «propios» y los destinados a la familia; no existe, además, predeterminación del momento en que se requerirá de la ayuda. Por tal motivo, ellas suelen padecer afectaciones del sueño; manifiestan tener dificultades para conseguir el descanso en un ambiente que a veces se colma de quejidos, desvelos o demandas de atención (directas o indirectas) por parte de los ancianos cuidados.

Con el fin de garantizar el bienestar de sus familiares cuidado-dependientes y evitar que sufran algún perjuicio, la intensidad de las jornadas de trabajo de estas mujeres resulta impactante, sobre todo cuando la persona que cuida no puede valerse por sí misma y su presencia se torna vital. En estos casos no solo asumen tareas como vigilar, entretener, dar de comer, asear, suministrar medicamentos, curar u otras, sino también movilizar, transportar, levantar, ayudar a caminar al anciano, lo cual implica un esfuerzo físico considerable.

El desempeño de las actividades de cuidado generalmente se hace acompañar de otras labores domésticas (cocinar, fregar, limpiar, sacudir, etc.), que resultan vitales para las personas cuidadas y sus familiares, los cuales, en la mayor parte de los casos, delegan en las cuidadoras estas tareas bajo el argumento de que son quienes pasan el día entero en sus hogares. Esta realidad conlleva a que la mayor parte de las cuidadoras desarrollen más de una actividad a la vez, lo cual implica no solo una sobreexplotación de sus capacidades físicas, sino también de sus capacidades mentales.

### Percepciones del papel y proyectos futuros de las cuidadoras familiares

En nuestra sociedad predomina una percepción limitada y estereotipada sobre el valor social del cuidado; hecho que se asocia a los principios de funcionamiento de una cultura patriarcal que continúa arraigada y que potencia esta labor como un asunto privado familiar y una responsabilidad básica de las mujeres. Como resultado, se promueve un pensamiento y una realidad que no reconocen la importancia social y económica de este trabajo.

La mayoría de los casos entrevistados reconoció la utilidad que tiene su desempeño para la persona que cuidan o su núcleo familiar. Una de las entrevistadas lo expresa de la siguiente forma: «No sé decirte. Hay personas que agradecen y reconocen tu esfuerzo; hay otras que no te valoran. Dentro de mi propia casa creen que no vale nada lo que hago y que no tengo derecho a nada» (cuidadora familiar n.º 10).

Esta opinión muestra la tristeza de algunas cuidadoras ante quienes subvaloran su esfuerzo. Muchas veces esta realidad se recrudece por la poca o ninguna retroalimentación que tienen de los familiares que cuidan, en ocasiones demenciados o en circunstancias en las que se hace muy difícil un comentario positivo. En otros casos, aparecen inconformidades o reclamos de las personas cuidadas: «Ella considera que merece más. Quiere que le lave los pañitos que orina al momento, quiere cosas de comer que yo no le puedo comprar o que no puede comer por su propia salud. En realidad, conversamos poco; convivir con una anciana así es difícil y eso te pone mal» (cuidadora familiar n.º 3, mujer de 74 años que atiende a su madre de 89 años).

Fueron pocas las entrevistadas que expresaron encontrar ventajas en dedicarse a esta labor; algunas hasta cuestionaron la veracidad de la interrogante cuando se les formuló: «¿En serio, después de todo lo que te he contado me preguntas por las ventajas que tiene mi situación?» (cuidadora familiar n.º 4). Reacciones como esta y otras asociadas a silencios profundos, actitudes pensativas o simplemente el no contestar reflejaron las encrucijadas que experimentan estas mujeres.

Si bien la responsabilidad que asumen se corresponde con el deber ser y entienden la importancia de garantizar el bienestar de seres muy cercanos y queridos, viven la angustia de la pérdida paulatina de sus propias vidas. Un ejemplo lo constituye el siguiente fragmento: «He dejado de ser yo. Mi mundo gira en torno a mi mamá» (cuidadora familiar n.º 9).

Un balance de las ventajas y desventajas enunciadas por ellas permite una mejor comprensión de sus circunstancias. Dentro de

las primeras están el atender a un ser querido y mantenerlo con vida. Mientras, se enuncian como desventajas:

- Poca o ninguna disponibilidad de tiempo.
- Sensación de enclaustramiento, al no poder salir a ningún lado para no poder dejar sola a la persona cuidada.
- Afectaciones en la salud física y mental.
- Deterioro visible en el aspecto físico.
- Limitaciones para participar en actividades de ocio, de esparcimiento, recreación.
- Sensación de pérdida de identidad propia.
- Posposición o anulación de proyectos personales, profesionales o familiares.
- Interrupciones en las trayectorias estudiantiles o laborales.
- Imposibilidad de acompañar a otros familiares (no convivientes) también demandantes de cuidado.

Como se puede apreciar, el cúmulo de las desventajas identificadas por ellas supera las ventajas. Nótese que la mayor parte de los aspectos aludidos como negativos están relacionados con el uso del tiempo y la salud, dos factores que son centrales para que exista desarrollo y bienestar humano, lo que puede estar indicando situaciones de pobreza y/o vulnerabilidad desde una visión amplia, no solo como la carencia o escasez de ingresos.

### Cuidadoras remuneradas de adultos mayores

De todos los grupos estudiados, el de cuidadoras remuneradas de adultos mayores fue el más difícil de localizar, pues cuando las relaciones de cuidado se mercantilizan, las familias y sus redes cercanas tienden a ocultar dicha relación. Este hecho se debe en parte a la existencia en el país de históricos prejuicios que desde la década del sesenta favorecieron la incriminación de la actividad y no de las condiciones precarias en las que se realizaba antes del 1959; también porque muchas de las mujeres que hoy se dedican a este tipo de trabajo a cambio de ingresos lo hacen sin poseer un autorizo legal. Para el análisis que presentamos a continuación contamos con los datos referidos por cuatro casos: dos que poseen licencias y dos que no.

#### Perfil sociodemográfico de la muestra y habilidades desarrolladas para la labor de cuidado

Vale señalar que al igual que sucede en los grupos de cuidadoras presentados anteriormente, las personas que se dedican al cui-

dado de ancianos de forma remunerada son mujeres. En relación a otras características del perfil sociodemográfico de estas cuidadoras se observó lo siguiente:

- Caso n.º 1: mujer negra, de 72 años, nacida en La Habana, noveno grado, casada.
- Caso n.º 2: hija del caso n.º 1, mujer negra, de 50 años, nacida en La Habana, noveno grado, casada.
- Caso n.º 5: mujer blanca, de 45 años, nacida en Granma, noveno grado, casada.
- Caso n.º 17: mujer blanca, de 73 años, nacida en La Habana, universitaria, viuda.

Como se constata en los datos presentados anteriormente, todas las cuidadoras remuneradas que participaron en el estudio son adultas. Solo una de ellas es universitaria; es el único caso que manifestó tener habilidades especializadas para el cuidado de ancianos a partir de estudios o cursos formativos desarrollados: estudió la especialidad Enfermería e incluso trabajó como docente de esta carrera por doce años (desde 1990 hasta 2002).

El resto ha desarrollado estas habilidades a partir de la experiencia laboral y/o la internalización de preceptos patriarcales que determinan «el deber ser de las mujeres», y aunque dos de ellas expresaron conocer los cursos para cuidadoras que se imparten en el territorio, apuntan no haberlos cursado por falta de tiempo. El caso n.º 5 expresó: «Yo creo que nací para eso, me gusta lo que hago, tengo calma para entenderles. Mas mi preparación es empírica. Yo he trabajado hasta con pacientes que tienen alzhéimer».

Los casos n.º 1 y n.º 17 son mujeres que tuvieron una vida laboral activa hasta que arribaron a la edad de jubilación y realizan este desempeño para complementar las ganancias que reciben por este concepto. Los ingresos de los casos entrevistados oscilaban, en el momento de la investigación, entre los 1 000 y los 1 250 CUP al mes.[7] Todas las entrevistadas prestan sus servicios de manera habitual a las familias de los ancianos que cuidan, de ahí que el monto que cobran no sea tan elevado en relación al ingreso probable de quien desempeña esta ocupación por horas.

[7] En enero de 2021 se produjo una nueva reforma salarial en el país, en el marco de un proceso profundo de reordenamiento de la economía cubana. En relación a los salarios, estos aumentaron 4.9 veces, y se ha producido también una escalada equivalente o superior de los ingresos y precios de los productos y servicios. Esta nota explicativa aplica para todas las referencias monetarias y de ingresos que se realizan en el marco del presente texto.

En algunos casos la cifra que se pacta guarda estrecha relación con la posible existencia de un saber especializado para el desarrollo de estas actividades; por ejemplo, según refiere una de las entrevistadas:

> Para casos que requieran el cuidado por horas la tarifa es diferente. Si el cuidado se realiza en la casa de la familia y dura alrededor de 12 horas en el horario diurno se cobra alrededor de 125 CUP; en cambio, si el anciano está hospitalizado y hay que quedarse por la noche, el precio a pagar siempre es superior a los 175 CUP. Pero, para el caso mío que soy enfermera, el monto asciende a un mínimo de 250 CUP. (Caso n.º 17, cuidadora informal, enfermera jubilada, 73 años).

Se debe destacar que el total de dinero a pagar por el servicio varía mucho y depende no solo de las garantías que ofrezca la persona que cuida, sus habilidades, nivel de especialización o situación económica de la familia demandante, sino también, sobre todo, de las condiciones de dependencia en que se encuentre el caso a atender.

Un hecho a resaltar es la presencia de cuidadoras que no reciben materialmente un ingreso monetario por realizar esta actividad, sino que el beneficio de realizar estas faenas lo disfrutarán a largo plazo. Tal es el caso de la entrevistada n.º 2, quien colabora con el cuidado de una anciana bajo la premisa de haber sido incluida junto a su hijo en la propiedad de la casa. Una vez fallecida la anciana, podrá esta cuidadora heredar el inmueble.

#### Experiencia laboral como cuidadoras remuneradas

Todas las entrevistadas refieren haber tenido experiencias laborales como cuidadoras previas a su desempeño actual, excepto el caso n.º 2. Las más experimentadas resultan la n.º 5 y la n.º 17, con alrededor de 15 años en el ejercicio de la actividad. Para el primer caso, esta resultó una alternativa que avizoró cuando tenía 30 años y «tenía que apoyar a su esposo con la manutención de la casa y sus dos hijos»; mientras que para el segundo caso constituyó una opción para «complementar sus ingresos de jubilada y mantenerse ocupada después de una vida laboral muy activa». El caso n.º 1 cuidó a una amiga cristiana que sufría complicaciones severas a raíz de una cirrosis hepática. Como la beneficiada no tenía familiares, requirió de un apoyo desinteresado y sin remuneración durante un año.

Se debe señalar que para la mayor parte de los casos el vínculo laboral se encuentra precedido por una relación de amistad, veci-

nal, familiar directa o indirecta entre las partes, pues, cuando el contacto entre las partes no es directo, suele aparecer la presencia de una tercera persona, cercana a la familia demandante, que es la que recomienda o sugiere a la cuidadora.

Este es un aspecto que se corroboró a través de la totalidad de los casos que participaron del estudio: las cuidadoras remuneradas n.º 1 y 2 son vecinas de la señora que cuidan y son las únicas que viven en la segunda planta de esa edificación; mientras que el caso n.º 5 llegó a esa familia recomendada por un amigo de su esposo que es, refirió, «como de la familia» de quien requiere el servicio; en tanto el caso n.º 17 actualmente apoya en el cuidado de un antiguo paciente.

Los ingresos que las familias estudiadas destinan al pago de los cuidados provienen de las remesas enviadas del extranjero por familiares cercanos al adulto mayor dependiente (hijos, nietos, sobrinos).

### Condiciones de vida y trabajo de las cuidadoras remuneradas

Las condiciones en que ejercen su labor las cuidadoras están directamente relacionadas con los ingresos y la situación económica de la familia que contrata sus servicios. Para las mujeres interpeladas estas son, en sentido general, buenas; mas se deben a la gestión que puedan hacer las familias o ellas mismas. A partir de su experiencia o iniciativa, a menudo crean mecanismos para aliviar su trabajo, como sillas para el baño o aditamentos para que los ancianos hagan sus necesidades fisiológicas.

De igual modo, a veces a sus responsabilidades de cuidado se agregan otras funciones como las de ir a buscar el aseo o los pañales desechables para el adulto mayor que cuidan, sin que ello implique un incremento en la tarifa inicialmente pactada:

> Soy yo misma la que por las mañanas salgo a hacer los mandados de mi casa y a buscar las cosas que le hacen falta a la anciana que cuido. A veces ando apurada, y camino media Habana porque las cosas no aparecen. En ocasiones se pierden los culeros o tengo que madrugar para marcar en el Convento para coger los que le dan por donación; que no alcanzan para los tres meses, pero al menos resuelven. (Caso n.º 1).

La intensidad de estas dinámicas, la fuerza física que realizan a diario y la tensión que usualmente acompañan el papel que desempeñan como cuidadoras son algunos de los factores que inciden en el agotamiento físico y psicológico que experimentan estas cuidadoras, pero no todas reconocen el costo que

este tipo de trabajo tiene para su salud. Mientras que para los casos 1, 2 y 17, las consecuencias negativas de esta ocupación eran evidentes, el caso n.º 5 refirió: «Hasta ahora no me afecta. Mi salud es aceptable, no padezco de ninguna enfermedad. Cumplo con mi trabajo, me gusta venir todos los días. Los fines de semana los cojo para descansar».

#### Uso del tiempo y labores que asumen las cuidadoras remuneradas

Las cuidadoras remuneradas analizadas en la investigación presentan distintas realidades con respecto a sus labores y el tiempo que dedican a estas. Vale señalar, por ejemplo, que la carga de trabajo del caso n.º 5 no se compara con el resto, porque la constante permanencia de la hija de la anciana en la casa y su implicación en tareas de contacto directo con la anciana alivian la faena de esta cuidadora y hacen que el peso de las responsabilidades que asume se resuman en la vigilancia, el entretenimiento y/o ayuda cuando hay que levantarla o trasladarla para el baño. Además, su horario está fijado y termina temprano en las tardes.

Otra realidad es la del caso n.º 1, quien tiene un horario corrido y sus jornadas suelen ser extendidas, pues, como vive justo al lado de la anciana que cuida, la tiene con ella desde las 10:00 a. m., en que termina el baño matutino de esta, hasta que se queda dormida (aproximadamente a las 11:00 p. m.). Este caso explica cómo el análisis que se realiza del cuidado tiene que estar pensado desde las interconexiones que se establecen entre las mujeres: las que tienen recursos delegan las responsabilidades asignadas por el mandato social patriarcal en otras que aprovechan las habilidades aprendidas para generar ingresos. Aunque no se indagó directamente en las relaciones de poder que el establecimiento de este tipo de contratos supone entre ambas partes, es de esperar que mediante estas relaciones laborales no solo fluctúen los mandatos machistas, sino también los afectos y empatías.

La implicación de las cuidadoras con su trabajo y el tiempo que le dedican a la persona a la que prestan sus servicios muchas veces están atravesados por el vínculo afectivo, pues mientras más estrecho este resulta, más probabilidades hay de que se asuman tareas que no estuvieron pactadas desde el inicio o se destine tiempo extra para garantizar el bienestar de la persona cuidada. En ocasiones realizan tareas adicionales como acompañar al médico, cuidar en hospitales sin cobrar un extra por la variación de las condiciones laborales, dar paseos

cercanos al lugar de residencia utilizando el sillón de ruedas, entre otros.

### Percepciones de su papel y proyectos futuros de las cuidadoras remuneradas

Estas cuidadoras describen su ocupación como un trabajo humano de gran valor social. Para ellas, este constituye un desempeño que tiene entre sus ventajas la realización de una ayuda humanitaria, la preparación para la vida, pues quizás lo que aprenden les sirva para su propia familia. Mientras que en relación a las desventajas manifestaron no tener libertad, no disponer de tiempo propio (caso n.º 1, horario de 10:00 a. m. a 11:00 p. m.), afectaciones en la salud física y mental.

No obstante los aspectos negativos señalados, ellas insisten en sentirse bien con lo que hacen y proyectan su futuro en el mismo desempeño, con este u otros casos que lo requieran. Las que no cuentan actualmente con una licencia para el ejercicio como cuentapropistas en esta modalidad no tienen planes en el corto y/o mediano plazo de normalizar su condición, lo cual les afecta las probabilidades de regularizar su condición como trabajadoras y disfrutar de derechos y otras garantías sociales. Tampoco ninguna expresó tener en plan establecerse como cooperativista o insertarse en otras modalidades de empleo.

## Conclusiones

A través del presente estudio se ha podido demostrar que las cadenas locales para el cuidado de las personas mayores en el Centro Histórico están altamente feminizadas y familiarizadas. La mayoría de los cuidados a las personas dependientes ocurren al interior del hogar como trabajo no remunerado y es realizado por mujeres en calidad de hijas, nietas y sobrinas.

La presencia en este territorio de un grupo importante de espacios y oportunidades para el cuidado de los ancianos contrasta con el hecho de que aún su accesibilidad sea limitada, dada en primer lugar por su cobertura y la cantidad de horas en las que se ofrece el servicio. Aun cuando el nivel de dependencia de la persona a cuidar no sea alto, la oferta de servicios o de proyectos en los que se puede delegar tiempo de asistencia es muy limitada y hace que la principal encargada del cuidado en el hogar no pueda desarrollar otras actividades de interés personal.

Se debe señalar que la presencia de mujeres calificadas en edad laboral como cuidadoras nos generó una alerta, ya que es un resultado que indica que el cuidado es una de las causas explicativas de la salida de las mujeres del empleo formal. De

igual modo, se pudo corroborar que en la medida en que las redes familiares de apoyo disminuyen o se contraen y existen los recursos para comprar el servicio, se realizan esas gestiones y se busca apoyo en otras mujeres. A ellas no solo se les compra su fuerza de trabajo, sino también un servicio que tiene como peculiaridad estar atravesado por el depósito de una confianza y la expectativa de que se realice con amor. No obstante, esta no es una realidad para la mayoría de las familias de este territorio, pues las personas entrevistadas principalmente provienen de hogares con bajos ingresos y son dependientes de pensiones que resultan bajas e insuficientes ante los costos crecientes de la vida.

No hay dudas de que la transacción de las responsabilidades asociadas al cuidado puede ser preocupante, incluso cuando asumirlas pueda tener un impacto mayor. Por una parte, aparece en las que contratan el servicio la contradicción de no poder cuidar directamente, mientras que las que dejaron atrás todo proyecto personal y se dedican a cuidar experimentan con frecuencia la ansiedad y la tristeza de no tener libertad, de no contar con tiempo propio o de no haber podido realizarse.

Entre las causas que inciden en la percepción de sobrecarga que experimentan las cuidadoras se encuentran la falta de insumos, equipamiento y ayudas técnicas para desarrollar su labor, el déficit de orientación y entrenamiento para esta tarea y el poco uso de medios de protección. En términos de condiciones, se observa que se mantienen brechas en el tipo de cuidado que dependen principalmente de ingresos familiares (remesas), de la disponibilidad de redes de apoyo y del acceso a la información. En dependencia de la calidad de estos elementos, será la calidad e integralidad de la atención a la que pueda acceder una persona y la posibilidad de delegar tiempos de cuidado en otras personas o instituciones.

Los factores antes mencionados resultan alertas para el desarrollo de una organización social de los cuidados desde una perspectiva de equidad, pues aún en casos como los del Centro Histórico, donde existen numerosas acciones de apoyo al cuidado de las personas mayores, se mantienen sistemas de cuidado familiarista, apoyados sobre mujeres.

Para que un sistema de cuidados funcione y logre una atención integral, se requiere de una acertada coordinación entre los diferentes actores involucrados desde el Estado, el mercado, la comunidad y la familia. También se requiere la comprensión de que el cuidado implica la relación de al menos dos personas:

quien ofrece el servicio y quien lo recibe. Por tanto, cualquier iniciativa que se construya para su desarrollo con equidad tiene que prever el beneficio y fortalecimiento de ambas partes de la relación, considerando sus potenciales y posibilidades de formación, empoderamiento y autonomía.

Este proceso no puede llevarse a cabo sin tener en cuenta los beneficios de intencionar el máximo aprovechamiento de la perspectiva de género en tanto estamos ante la presencia de un problema social en el que se acentúan y ensanchan las desigualdades e inequidades sociales con base patriarcal, lo cual pone en una situación de vulnerabilidad acentuada a las mujeres.

Las personas entrevistadas propusieron algunas alternativas; entre ellas, acercar los procesos de adiestramiento y apoyo al hogar, a través de formación a domicilio, construcción de manuales o productos comunicativos, mejor aprovechamiento del personal del consultorio médico, etc. De igual manera, expusieron la importancia de reconocer el trabajo de cuidado, redistribuirlo al interior de la familia y reorganizarlo a nivel social, con mayor participación de otros actores y un papel más protagónico de los hombres. Crear cambios en este sentido resulta trascendental, ya que conllevaría a la construcción de cadenas de cuidado más corresponsables y a que se generalice el principio del cuidado como derecho y deber social.

## Bibliografía

Añé, Lía; Granda, Joel (2008). «La asistencia social en Cuba. Su situación actual y sus principales programas». En Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), *Cuadernos de Estudio de Población y Desarrollo*, pp. 6-31. La Habana: ONE.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2014). *Informe regional sobre la medicion de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Cepal.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2016). *Estrategia de Montevideo para la implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*. Santiago de Chile: Cepal.

Dirección de Estadísticas e Información (DEI); Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) (2017). *Trabajo por cuenta propia: licencias activas y devueltas por actividad y provincias 2013-2016*. La Habana: MTSS.

Huete, Fabiola; Pérez, Zahara; Gutiérrez, Marta; Montero Herrero, Remedios (2010). «Sobrecarga del cuidador principal» [en línea]. *NURE*

*Investigación*, pp. 7-48. [Consulta: 2019-11-23]. Disponible en http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/40

Lawton M.; Kleban, M.; Moss, R. M.; Glicksman, A. (1989). «Measurement Caregiving Appraisal». *Gerontology Journal*, vol. 44, n.º 3, pp. 61-71.

Ministerio de Justicia (2009). «Ley 105 de Seguridad Social». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, n.º 4, La Habana, 22 de enero.

Ministerio de Justicia (2011). «Decreto Ley 283/2011 Modificativo del DL 143/199». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, n.º 24, La Habana, 18 de noviembre.

Ministerio de Salud Pública (1996). *Programa de Atención al Adulto Mayor*. La Habana: Minsap.

Misión Permanente de la República de Cuba ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra (2014). *Nota 549/2014. Sobre los derechos de las personas con discapacidad en Cuba.* Ginebra: Minrex.

Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) (2013). *Censo de población y viviendas de la República de Cuba, 2012*. La Habana: [s. e.].

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2017). *Anuario Estadístico Habana Vieja*. La Habana: ONEI.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2019). *Anuario demográfico de Cuba, 2018*. La Habana: ONEI.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2021). *Anuario estadístico de 2020*. La Habana: ONEI.

ONU-Mujeres (2015). *Monitoreo de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas en la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030: oportunidades y retos para América Latina y el Caribe.* México D. F.: Oficina Regional para las Américas y el Caribe.

Organización Internacional del Trabajo (OIT); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009). *Trabajo y familia. Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social.* Santiago de Chile: OIT.

Pérez, Martha Oneida (2014). «La Oficina del Historiador de la Ciudad: incidencia en la atención integral de las personas de la tercera edad y la ampliación de la cobertura de las políticas públicas». En Pablo Jasso Salas, Bernandino Jaciel Montoya Arce, Adán Barreto Villanueva y Tomás Serrano Avilés (coords.), *Hitos demográficos del siglo XXI*: *Envejecimiento*, tomo 1, pp. 123-136. Toluca: Editorial de la Universidad Autónoma.

Roguero, Jesús (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores.* Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).

Romero, Magela (2014). «Las redes femeninas de apoyo en el proceso de conciliación cuidado infantil/empleo». En Luisa Campuzano

(comp.), *Asociacionismo y redes de mujeres latinoamericanas y caribeñas*, pp. 78-91. La Habana: Fondo Editorial Casa de las Américas.

Romero, Magela (2019). *Género, cuidado de la vida y política social en Cuba. Estrategias, actores y recomendaciones para una mayor corresponsabilidad.* Santo Domingo: Fundación Friedrich Ebert Stiftung.

Russell, Arlie (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo.* Buenos Aires: Katz Editores.

Torns, Teresa (2008). «El trabajo y el cuidado: cuestiones teoricometodológicas desde la perspectiva de género». *Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, n.º 15, pp. 53-73.

# Adultos mayores y capital social. Un estudio sobre las redes de apoyo de ancianos del reparto Fontanar, Boyeros

YILIAN ALBARELLO FERNÁNDEZ / ANGELA PEÑA FARIAS

## Introducción

El envejecimiento de la población es un tema que ha adquirido una connotación significativa en el ámbito internacional actual, tanto para la comunidad científica como para la agenda política de los gobiernos del mundo. Esto se debe a que los adultos mayores constituyen el grupo con la mayor proporción de población; por esto es importante conocer cuáles son las condiciones en las que desarrollan su cotidianidad para el trazado de políticas que potencien su bienestar social.

En América Latina hay más de 150 millones de personas mayores de 60 años y se espera que dentro de dos décadas esta cifra aumente al doble. Actualmente el país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá. Sin embargo, proyecciones basadas en datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican que Cuba y Barbados serán los países más envejecidos de la región en la perspectiva inmediata y superarán a Canadá (Amaro 2016; Oficina Nacional de Estadísticas e Información [ONEI] 2016).

La población cubana ha transitado en las últimas décadas de un 11.3 % de personas mayores de 60 años (en 1985) a un 20.1 % (en 2017). Es importante destacar que no todos los municipios de la capital tienen las mismas condiciones; hay algunos altamente envejecidos, como Plaza de la Revolución, con un 27.6 % de personas mayores, mientras que hay otros donde este proceso todavía no se percibe de la misma manera, como San Miguel del Padrón, con un 17.9 %. Sin embargo, hay otros municipios que marcan aproximadamente la misma tendencia que el promedio del país (20.1 %); tal es el caso de Boyeros (19.5 %) (ONEI 2016).

Para la presente investigación se seleccionó dicho municipio por las facilidades que brindaba y por el conocimiento previo sobre la zona, entendida como un territorio promedio o tipo en la realidad de la provincia habanera.

Del mismo modo que se ha incrementado en el país el número de personas senescentes, el barrio Fontanar, perteneciente a Boyeros, ha presentado a lo largo de estos últimos años un acelerado envejecimiento en su población. Fontanar forma parte del Consejo Popular Wajay, que posee un total de 11 400 adultos mayores, de los cuales 4 336 son jubilados (Tellería 2018). El barrio tiene actualmente aproximadamente 8 004 habitantes, de los cuales 1 360 son adultos mayores (17 % de envejecimiento). Alrededor de 240 son jubilados.

Para entender una de las cuestiones asociadas a la calidad de vida de los adultos mayores (García-Viniegras 2000),[1] fue necesario el análisis de la calidad de sus redes de apoyo. Estas redes de relaciones sociales son vitales para el desarrollo de la integración y los vínculos sociales de este grupo etario. Por este motivo es significativo entender la manera en que se conectan con otras personas, en qué circunstancias suelen hacerlo, cuáles son las redes en las que ellos participan y qué dotación de capital social se mueve en estas redes. Cuando nos referimos a capital social nos referimos a las relaciones sociales que se conforman a partir de sentimientos de confianza, actitudes de cooperación y reciprocidad.

Como resultado de las exigencias contextuales actuales, el tema de cómo los adultos mayores construyen sus redes sociales, si estas varían con el tiempo y en qué circunstancias son más efectivas en su activación de capital social se erige como una necesidad de análisis. Es por esto que el presente trabajo profundiza en la conformación de capital social de adultos mayores jubilados y cómo estos utilizan sus redes de apoyo en su vida cotidiana y ante circunstancias de necesidad.

## Perspectiva teórica del envejecimiento, redes sociales y capital social

El envejecimiento es un proceso que abarca todo el ciclo vital y que guarda una estrecha relación con la vejez. Tanto el enve-

[1] La calidad de vida puede definirse como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos (condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales y otras) y subjetivos (nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas, y los logros obtenidos a lo largo de la existencia), que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad.

jecimiento como la vejez conforman un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos para los sujetos que lo experimentan y para la sociedad en general. En el año 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definía como un proceso fisiológico que se inicia al nacer y que va sufriendo cambios durante todo el ciclo de vida (OMS y Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2002).

Según la OMS (2015), una persona se considera adulta mayor cuando alcanza los 60 años de edad. Esta ha sido la categorización más extendida en los estudios sobre vejez y envejecimiento. Dicha delimitación de la edad tiene también un carácter administrativo, pues es la que representa generalmente el comienzo de la jubilación (aunque difiere según el sexo y el país), lo que supone la entrada a una vida económica pasiva y todo lo que ello significa en términos de vulnerabilidad y dependencia (Paz 2010).

Diversas teorías han entendido este fenómeno desde dos visiones distintas. Unas lo han analizado desde los procesos de integración social del anciano y de la apertura de nuevas redes de relaciones en esta etapa de la vida. Por ejemplo, la teoría de la actividad defiende la idea de que el momento de la jubilación no significa un retiro de todas las actividades, pues, a pesar de no realizar la misma profesión, existen muchas alternativas sustitutas que pueden hacer sentir útil al anciano (Delgado Pérez 2009). Del mismo modo, la teoría del envejecimiento productivo entiende a los adultos mayores como sujetos activos, que asumen nuevas funciones en la sociedad, que son capaces de contribuir al crecimiento económico y que consumen bienes y servicios.

La otra línea de análisis profundiza más en el envejecimiento como un proceso de desestructuración o desintegración social del anciano y de una participación más limitada en sus redes sociales. Tal es el caso de las teorías de la desvinculación, de la modernización y del vaciado de roles, las cuales explican la vejez a través de una invisibilización del adulto mayor en la sociedad debido a la disminución de la interacción de estos individuos con su entorno y de la pérdida de las funciones o responsabilidades que en otras etapas de sus vidas poseían.

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la incidencia favorable de las redes de apoyo en la calidad de vida de las personas mayores, no solamente por el mejoramiento que estas pueden ofrecer a sus condiciones objetivas, a través del despliegue y provisión de apoyos materiales e instrumentales,

sino también en relación al significativo impacto que los apoyos brindan en los ámbitos emocional y cognitivo.[2]

Las redes de apoyo resultan de gran importancia porque facilitan el aprender a envejecer, dada la incertidumbre que pueden ocasionar los cambios de la edad en la salud, el validismo, las ausencias de familia migrada, la jubilación, los retornos al hogar como una única rutina diaria o la inserción de nuevos espacios (aún por explorar), el emprendimiento de proyectos nuevos.[3]

Con respecto a las redes sociales, existen algunos aspectos que resultan consensualmente esenciales para definirlas; uno de ellos es la concepción de entenderlas no como unidades aisladas, sino como prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales, intergrupales y comunitarias que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que la afecten (Guzmán 2002, p. 43).[4]

Por tanto, «se entenderá por red a un conjunto de actores (personas, organizaciones, organizaciones de organizaciones, etc.), que se encuentran vinculados en relaciones sociales de interdependencia, que toman forma alrededor de una problemática en particular» (Dabas y Najmanovich 1995, p. 97). Esta implica un proceso de construcción permanente, tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y asincrónicamente. Además, estas redes potencian los recursos que poseen y crean alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida (Roqué 2010).

La red de un individuo se convierte en su red de apoyo cuando en ella circula una alta dosis de capital social. Este tipo de redes están conformadas sobre todo por los familiares, amigos, vecinos, etc., que brindan alguna ayuda o que podrían brindarla en caso de ser necesario. Los tipos de apoyos que pudieran intercambiarse en estas relaciones serían materiales, emocionales y cognitivos.

Algunas investigaciones han demostrado las clases de redes que existen atendiendo a la fuente de la que provienen (Estado, vecinos,

[2] Entrevista realizada a la máster en Sociología Aimée Gross Gutiérrez, por Yilian Albarello Fernández (La Habana, 12 de marzo de 2019).

[3] Entrevista realizada a la máster en Gerontología Social Teresa Orosa Fraíz, realizada por Yilian Albarello Fernández (La Habana, 19 de marzo de 2019).

[4] Esta idea también fue abordada por la máster en Sociología Aimée Gross Gutiérrez, en entrevista realizada por Yilian Albarello Fernández (La Habana, 12 de marzo de 2019).

amigos, familia). Se pudiera decir que hay cuatro clasificaciones de las redes de apoyo: las centradas en la existencia del cónyuge, las basadas en lazos familiares (hijos, nietos, hermanos, etc.), las de amigos, colegas, vecinos y las basadas en la participación/integración a organizaciones comunitarias (Fernández Peña 2005).

Por otro lado, la literatura hace una distinción en cuanto a las fuentes de apoyo; entre ellas se distinguen las fuentes formales y las informales. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico en áreas determinadas; en esta clasificación se incluyen las instituciones públicas o privadas. Por otro lado, el sistema informal está constituido por las redes personales y por las comunitarias no estructuradas como programas de apoyo; se incluye aquí a las familias, el círculo de amigos y los vecinos.

Al analizar la estructura de las redes resalta como una de las dimensiones esenciales el tamaño que poseen. Ello hace referencia al número de personas que las componen o al número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central (Lozares 1996). La densidad es otro componente de la dimensión estructural de las redes. Esta no es más que la interconexión entre los miembros de dicha red, independientemente del sujeto central (Montes de Oca 2000).

Según Granovetter (1974), los lazos en las redes sociales pueden ser fuertes cuando están constituidos por redes de tipo primario; estas se caracterizan por relaciones de estrecha cercanía, afecto y parentesco (en particular, la familia, los vecinos y los amigos), o débiles, cuando están conformadas por un conjunto de relaciones entre grupos de personas ligadas por intereses o experiencias comunes que no exhiben un grado tan alto de proximidad (compañeros de trabajo, conocidos). Ese conjunto de relaciones sociales constituye capital social cuando están caracterizadas por actitudes de confianza y comportamientos de cooperación y reciprocidad. Este punto de vista hace alusión a la dimensión normativa de las redes de apoyo dotadas de capital social.

Uno de los temas relevantes cuando se abordan las redes en las que intervienen los adultos mayores como actores centro tiene que ver con los apoyos y beneficios que resultan para estos de su participación en dichas redes. En la literatura científica para aludir a la potencialidad de la red de proveer de estos beneficios a sus integrantes se utiliza el concepto de capital social. En términos generales se puede afirmar que los primeros esfuerzos por definir y conceptualizar el capital social corresponden a

los trabajos de Pierre Bourdieu ([1980] 2007), James Coleman ([1990] 2011) y Robert Putnam (2003).

Pierre Bourdieu ([1980] 2007) entiende el capital social a través de las ventajas u oportunidades que ofrece a los individuos por pertenecer a determinadas redes sociales; funciona como un medio para alcanzar recursos. Es decir, este concepto hace referencia a aquellos bienes sociales, materiales e inmateriales, que son utilizados por las personas para tener cierta ventaja en los diferentes campos, y que poseen dos características fundamentales: ser escasos y valiosos. En la mayoría de sus obras identifica cuatro formas diferentes de capital: el cultural, el social, el simbólico y el económico. El grado de tenencia de estos es el que determinará la superioridad de los individuos en la sociedad y la posición social que ocupen.

Su idea de capital social está conectada con diferencias sociales más amplias, en particular las relacionadas con la clase social. Por esta razón es que parte de esta idea para plantear que el capital social es un recurso desigualmente distribuido entre los diversos grupos o redes que conforman la sociedad, por tanto, las relaciones que se crean son asimétricas (Bourdieu ([1980] 2007).

Al igual que Bourdieu, Coleman ([1990] 2011) entendió al capital social como un recurso mediante el cual se logran los intereses colectivos, pues se interesó en demostrar que en las redes comunitarias este funciona como un recurso para el desarrollo del capital humano de un individuo. Por tanto, se puede decir que la atención de este autor está dirigida al capital social en términos funcionales, es decir, no por lo que es, sino por las funciones que desempeña. Dichas funciones las identifica como el valor de ciertos aspectos de la estructura social que son ventajosos para los actores, en cuanto recursos que estos pueden usar para lograr sus intereses.

Otro autor que contribuyó en gran medida al auge de este concepto fue Richard Putnam (2003), quien basó sus estudios en cómo funciona el capital social a nivel regional, para sostener las instituciones democráticas y el desarrollo económico. Basa sus argumentos en su investigación sobre el desempeño de los gobiernos regionales italianos, que a su juicio es determinado precisamente por el nivel de compromiso cívico y las características de las redes sociales en cada región. Lo define como la confianza, las normas y las redes que facilitan la cooperación en beneficio mutuo.

Para Putnam (2003), al igual que para Coleman ([1990] 2011) y Bourdieu (2000), el capital social también se funda en las redes de relaciones sociales que tengan los individuos, a través de las cuales estos obtienen diversos recursos a su conveniencia y se

favorecen mutuamente, aunque el primero basó su análisis en cómo funciona el capital social en los gobiernos regionales que lo poseen.

En definitiva, pudiera pensarse que estos autores de manera general entienden el concepto de capital social como la disponibilidad y uso de redes de relaciones en las que participan los actores, como medio o activo que facilita determinadas oportunidades para los miembros de dicha red. Por su parte, estas redes poseen una dotación de capital social con una alta capacidad de movilización de recursos que favorecen a dichos miembros en determinados momentos.

Desde estos tres enfoques el concepto de capital social aparece ligado con la noción de redes de relaciones entre los individuos y grupos. Las redes son imprescindibles y constituyen el patrón estructural del capital social, pues favorecen la cooperación y la reciprocidad entre los actores.

Se puede afirmar que los adultos mayores atraviesan en su tránsito hacia la vejez una transformación de las redes sociales de las que forman parte. En esta nueva etapa se solidifican o refuerzan, modifican o desaparecen vínculos sociales, y nuevos actores comienzan a manifestarse. En otro sentido, estas redes sociales en la vejez acentúan su carácter de apoyo social, levantan la problemática de su capital social como un atributo significativo y complejo de las condiciones de vida de este grupo.

## Redes de apoyo de los adultos mayores en Fontanar

Por las particularidades que pueden presentar las redes de apoyo de las personas mayores en dependencia de su edad, se concibió pertinente dividir la muestra analizada durante la investigación (diecisésis personas jubilidas) en dos subgrupos. El primer grupo está conformado por personas entre 60 y 75 años de edad, los llamados *viejos-jóvenes;* el segundo, por individuos de más de 75 años, identificados como *viejos-viejos*.

El primer grupo etario estuvo formado por seis mujeres y cuatro hombres; el segundo, por tres mujeres y tres hombres. Del total, siete se encuentran reinsertados laboralmente actualmente: dos en el sector privado y cinco en el estatal. Se constató que todos los recontratados pertenecen al primer grupo etario, es decir, todos tienen menos de 75 años de edad.

Atendiendo al color de la piel de los adultos mayores, predominan las personas blancas, lo cual representa la mitad de la muestra (ocho), es decir, el 50 % del total, seguido por el color de piel mestizo (cinco), lo que representa el 31 %, y por último el

color de piel negro (tres), que sería el 19 %. Se observa que estos parámetros en cuanto al color de la piel de las personas de la tercera edad entrevistadas se corresponden proporcionalmente con los encontrados a nivel nacional en el censo realizado en el año 2012 (ONEI 2016).

Los resultados en esta investigación arrojaron que el nivel educacional de los entrevistados es elevado, pues se encontró que el más representado es el nivel superior, con la mitad de los adultos mayores (ocho) (50 %), luego le sigue el técnico medio con cuatro (25 %), la secundaria básica con tres (19 %) y la primaria solo con una (6 %).[5]

Por otro lado, se encontró con respecto al estado civil de estos ancianos que siete del total estaban casados (44 %), cinco eran viudos (31 %), tres eran solteros (19 %) y solo una estaba divorciada (6 %).

Para poder entender las condiciones de vida de los adultos mayores y la funcionalidad de sus redes de apoyo, fue importante conocer cuáles eran los motivos por los que estas personas de la tercera edad se encontraban recontratados en la actualidad. En los casos 3, 4 y 13 respondía a la necesidad económica, pues las pensiones de la jubilación no les alcanzan para satisfacer sus necesidades básicas y los ingresos están por debajo de los gastos que tienen mensualmente. Estos declaran tener problemas de salud y no sentirse en condiciones para realizar esos trabajos, pero los realizan para poder subsistir.

En los casos 12, 14 y 16 las razones para reinsertarse laboralmente fueron salir de la casa, hacer vida social, sentirse útiles y productivos para la sociedad. Solamente en el caso 15 el motivo fue la satisfacción personal. Este entrevistado refirió sentirse bien en el trabajo, pues considera a sus compañeros como sus amigos y se refiere a ellos como una familia.

Es preciso mencionar en este punto la importancia otorgada a la calidad de estas redes, pues se percibe una diferencia entre los jubilados que se encuentran recontratados por placer y satisfacción, y aquellos que lo hacen para poder subsistir. En el caso de los que trabajan para mejorar sus condiciones de vida, sufragar sus necesidades principales y tener una vida más digna, se observa que son personas que no reciben remesas del exterior, los hijos no se ocupan de su manutención y

[5] Estos comportamientos demográficos en la muestra, sin pretensiones de estandarización o generalización, permiten validar hasta cierto punto la información y los análisis respecto de los casos estudiados.

las amistades y familiares más cercanos se encuentran en iguales condiciones materiales que ellos, por lo que no constituyen un apoyo en términos monetarios y de recursos.

De manera general, se puede afirmar que la recontratación parece una práctica común entre los adultos mayores del primer grupo etario (60-75 años de edad), sea por razones económicas o emocionales de integración social. En la actualidad, de la muestra seleccionada, siete se encuentran vinculados laboralmente. De los nueve jubilados restantes, a pesar de no estar reinsertados laboralmente, se encontró que cinco de ellos se recontrataron cuando se jubilaron.

La composición del hogar de los mayores escogidos fue predominantemente nuclear (37 %). Le sigue la familia unipersonal (25 %), la familia extensa (19 %) y, finalmente, la familia compuesta (19 %). Algunos de los adultos mayores que viven solos necesitan una atención especializada debido a que presentan una serie de enfermedades, tienen que acudir a consultas médicas y no son capaces de realizar algunas de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD),[6] pero todavía son capaces de efectuar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).[7]

En cuanto a las condiciones de las viviendas en que habitan estas personas de la tercera edad, se puede apreciar que sus hogares son de concreto, tienen paredes de bloques, techos de mampostería y pisos de losa y granito; pero el 50 % señala que el estado constructivo no es bueno, pues las paredes necesitan reparación porque se han agrietado con el tiempo y los techos tienen cierto grado de deterioro y se filtran.

Se evidenció en todos los casos que no existían problemas de hacinamiento dada la cantidad de habitaciones y el número de miembros que residían en los hogares. Todas las viviendas tenían bien delimitados la sala, el comedor, el dormitorio, la cocina, el baño, etc. Al analizar la tenencia de equipos electrodomésticos, hubo cinco casos que poseían solamente los indispensables, mientras que los once restantes poseían no solo los necesarios, sino también otros para mayor comodidad y bienestar, por lo que tienen mejores condiciones materiales de vida.

6 Entre las labores consideradas como AIVD están preparar comida caliente, manejar su propio dinero, visitar al médico, la iglesia, etc., sin compañía, hacer las compras y los quehaceres domésticos ligeros, llamar por teléfono y tomarse las medicinas (Lara *et al.* 2012).

7 Entre las habilidades clasificadas como ABVD están bañarse, vestirse, usar el servicio sanitario, comer (Lara *et al.* 2012).

Con respecto a la instalación de los servicios sanitarios y de drenaje, así como el abastecimiento de agua, gas y electricidad, catorce de los dieciséis ancianos entrevistados declaron que en sus hogares tenían buenas condiciones. Solo dos manifestaron tener dificultades en este aspecto por la antiguedad de sus apartamentos.

Se constató, con relación a los ingresos, que un número considerable de los adultos mayores de la muestra reciben remesas y productos, de forma sistemática o esporádica, enviados por familiares desde exterior del país. En el caso de los reinsertados laboralmente, además de las remesas u otras ayudas que puedan recibir, mensualmente perciben las chequeras de pensiones por jubilación laboral y los salarios del actual trabajo. Asimismo, cuatro del total de adultos mayores tienen como única fuente de ingreso las pensiones por la jubilación.

Muy vinculado al tema de los ingresos y los recursos económicos que reciben los sujetos investigados está el de la alimentación. Es importante resaltar que luego de los 60 años la gran mayoría padece de enfermedades crónicas y degenerativas, por lo que requieren de hábitos alimenticios adecuados para mejorar su salud, lo cual constituye una de sus prioridades fundamentales. Prácticamente todos los entrevistados aseguraron que la alimentación constituye el mayor gasto que tienen, a excepción de tres que apuntaron que los gastos en medicamentos y alimentos resultaban equiparables.

En el plano de la salud se aprecian enfermedades mayormente crónicas no transmisibles y degenerativas, en comparación con las transmisibles (Fleitas Ruiz 2013), tales como hipertensión, diabetes mellitus, gastritis, enfermedades cardiovasculares, cáncer hematológico (leucemia), así como otros padecimientos comunes, como los altos niveles de triglicéridos, colesterol, etc. Todos estos problemas de salud llevan consigo tratamientos específicos, dieta médica y medicamentos especiales. El 75 % de los entrevistados padece al menos una de estas enfermedades.

Algunos mayores, a pesar de poseer adecuadas condiciones materiales de vida, demostraron una insatisfacción con las condiciones espirituales, pues en ciertos casos se evidencia el síndrome del nido vacío, así como otros fenómenos, como la viudez y la jubilación, que provocan sentimientos de soledad e insatisfacción.

En general los tipos de actores identificados en las redes de estos adultos mayores fueron fundamentalmente familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, así como conocidos e instituciones. Sobresale la familia como el actor con el que se sos-

tienen los lazos más sólidos y de apoyo incondicional. Destacan los hijos, parejas, hermanos, sobrinos y nietos como los sujetos que más intervienen en la red de apoyo de estos individuos. En un segundo plano se encuentran los amigos cercanos. Estos, a pesar de no estar unidos por lazos consanguíneos con los centros de la red, mantienen relaciones muy estrechas con los adultos mayores, por lo que constituyen un soporte material y emocional importante en sus vidas.

Los actores principales de la red de apoyo son adultos de más de 60 años, también jubilados. Son viudos, solteros o divorciados, y viven sin compañía de hijos, porque no tuvieron o porque estos migraron. Esto significa que el estado civil, la edad, la composición del hogar y la situación laboral son factores que pueden estar incidiendo en la estructura y conformación de estas redes.

Según la teoría, la estructura de la red de los adultos mayores cambia a través del proceso de la jubilación. Sin embargo, en esta muestra se aprecia que las personas cuando se jubilan tienden a recontratarse, por tanto, la red tiende a sufrir algunas variaciones, que se vuelven más significativas a partir de los 75 años de edad, etapa en la cual estas personas por razones de salud o condiciones adecuadas de vida tienden a no estar empleados. Los casos que se jubilan y no se vinculan nuevamente al ámbito laboral se afectan sobre todo emocionalmente, pues tienen que cambiar sus costumbres cotidianas, las actividades que realizan, los lugares que visitan, las personas con las que se relacionan. Además, al retirarse relativamente jóvenes, sienten que podrían ser útiles para la sociedad.

Resultó relevante en este estudio tomar el espacio físico como un aspecto esencial en la conformación de estas redes, pues en la mayoría de los casos el área de configuración de estas relaciones es el barrio, es decir, Fontanar. La avanzada edad de los sujetos analizados no les permite salir de sus domicilios, por tanto, las relaciones que establecen son con sus vecinos y amistades de muchos años que en ocasiones tienen sus mismas edades.

Las redes de apoyo analizadas en esta investigación son, de cierta forma, homofílicas. Al respecto, la teoría plantea que la homogeneidad forma parte de la dimensión estructural de algunas redes sociales. Esta característica hace referencia a la semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc. Algunos autores señalan que las personas que forman parte de redes homogéneas tienen interacciones más reforzantes (Fernández Peña 2005).

Al realizar el trabajo de campo se obtuvo que entre las personas mayores y sus familiares se crean las relaciones más confiables y recíprocas, donde se dan los intercambios de recursos más valiosos y de mejor calidad. Esto constituye, además, un apoyo moral importante para estos sujetos.

Tanto de las entrevistas realizadas a los adultos mayores como de las aplicadas a los miembros de su red de apoyo, resultó que la mayor movilización de recursos proviene de este capital familiar, el cual se activa de manera más frecuente por la confianza que existe entre ellos. Donación de dinero, intercambio de alimentos, asistencia ante enfermedad, consejos para resolver algún problema personal, entre otros, destacan como las recursos más comunes a los que recurre la familia para ayudar a sus ancianos.

Otro tipo de relaciones estrechas en cuanto a confianza e intercambios desinteresados son las que se forman con los amigos cercanos. Generalmente estas son relaciones sistemáticas, estables, recíprocas y creadas desde hace muchos años. En un número significativo de casos los amigos sustituyen el apoyo que algunos familiares no brindan; por ejemplo, hijos que no se ocupan de sus padres; o hijos que, ante la lejanía de la vivienda de sus progenitores, se ven imposibilitados de cubrir las necesidades materiales y espirituales de estos.

Los vecinos constituyen también un sostén primordial para los jubilados, tanto en la solución de problemas cotidianos, como en cualquier emergencia que se presente. Por tanto, los intercambios están relacionados también con donativos (alimentos, sobre todo), consejos, asistencia ante enfermedades.

Con los compañeros de trabajo, en los casos que están reinsertados laboralmente, las relaciones se basan fundamentalmente en el desinterés, el respeto, el apoyo moral, la solidaridad y la comprensión. A través del trabajo de campo se constató que este capital social se activa fundamentalmente en determinadas circunstancias como, por ejemplo, ante problemas personales y de salud.

Algunos autores señalan que para que una red social sea efectiva no solo es necesario que exista desde un punto de vista estructural, sino también que las personas/nodos que formen parte de la red tengan habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte, de lo cual deriva que no todos los nodos serían operativos para la provisión de este (Fernández Peña 2005).

La capacidad de las redes de proveer ayuda emocional, material, cognitiva, etc. tiene una estrecha relación con el tamaño,

la densidad, los lazos, la calidad, la efectividad, las normas, la reciprocidad y la disponibilidad de recursos ante determinadas situaciones que presentan sus miembros.

En este estudio se constató que hay personas cuyas redes tienen una alta calidad, lo que les permite encontrar la vinculación laboral solamente con el propósito de sociabilizar; las personas con una red de apoyo débil buscan empleo como estrategia de sobrevivencia.

Para la muestra seleccionada en esta investigación, el tamaño y el tipo de familia no constituyeron factores que incidieran en la efectividad del capital social. Por este motivo se podría plantear que la calidad de la familia como red de apoyo no depende necesariamente de la cantidad de miembros que esta posea o de la convivencia o no en la misma residencia del adulto mayor, sino del cuidado, la abnegación y el esmero con el que este es atendido, y de que exista entre los miembros habilidad, conocimiento y motivación.

Con respecto al alcance de los beneficios que dicha red abre, se pudiera plantear que en algunos casos es alto en términos de mejoramiento. Dicho de otro modo, son relaciones que desde el punto de vista material y económico fomentan mejoras en la vida de estos ancianos. Por tanto, una manera de entender la efectividad del capital social es ver la calidad y forma de ese capital, a través de la cual los adultos mayores pueden sostener una manera de organizar y de administrar, por ejemplo, sus gastos. Aunque también se evidencia en términos de los bienes materiales de quienes reciben remesas del exterior y compran y consumen frecuentemente alimentos costosos.

La efectividad del capital social se orienta no solo hacia el consumo, desde una óptica material y de las condiciones de vida, sino también desde el placer y la satisfacción personal por realizar determinadas actividades con personas que comparten la misma manera de pensar y de actuar de los ancianos.

Desde el punto de vista simbólico, la pertenencia a grupos abre espacios para el desarrollo de actividades de ocio y recreativas para los adultos mayores, lo que eleva su autoestima, estatus social, prestigio y beneficio espiritual. Es un lugar donde expanden sus redes de relaciones con personas de su misma edad y con características similares, organizan acciones para mantenerse activos y útiles, plantean sus opiniones, inquietudes, asisten a reuniones, comparten con un grupo de iguales cuestiones que son de mutuo interés, participan en excursiones, etc.

## Conclusiones

Esta investigación constituyó un gran desafío, pues indagó en un tema con escaso desarrollo en el país: las redes de apoyo de las personas mayores. La vejez suele ser una etapa de incertidumbre para los ancianos, ya que supone cambios en sus vidas, que repercuten en sus redes de participación social, y, por ende, en su bienestar social. Está caracterizada, además, por el deterioro de la salud, la no adaptación, la idea de dependencia física y económica de los hijos, el hecho de no poder realizar las mismas actividades de antes, el fallecimiento de seres queridos. Por tanto, en ocasiones se incrementa la posibilidad de perder las habituales redes de apoyo emocional e instrumental que formaban parte de etapas anteriores.

En este caso se pudiera afirmar como idea conclusiva que estas redes de relaciones, a pesar de extenderse a otros ámbitos geográficos, tienen al barrio donde residen los actores centro como el espacio más proclive para conformarse.

Se pudo concluir que hasta los 75 años de edad las redes se comportan sin muchas variaciones en cuanto a sus miembros. Después de esta edad, se restringen y se enclaustran mucho más. Ello se debe a que la persona cuando alcanza cierta edad cambia aún más sus rutinas diarias por enfermedad, cansancio, la no participación en actividades de integración social, etc., y de alguna forma tiende a relacionarse más con personas que se encuentran en su círculo más cercano, ya sea geográfico o afectivo. Además, después de los 75 años sus redes también se limitan por la migración de familiares al extranjero o el fallecimiento de seres queridos, razón que generalmente tiende a cambiar la estructura de la red del adulto mayor.

Al analizar la dimensión estructural de este capital social, se obtuvo que existe una concentración de lazos entre el anciano y sus familiares, amigos y vecinos, mientras que con los compañeros de trabajo, conocidos e instituciones las relaciones son más dispersas y más débiles. Al respecto se apreció que las redes establecidas con personas del entorno laboral están compuestas por personas que presentan características similares a los ancianos o se encuentran en iguales condiciones de vida.

A pesar de no ser siempre efectivas, se evidenció que en la estructura de cada red cada miembro cumple un papel diferente en el mejoramiento de la calidad de vida de los mayores. Los resultados arrojaron que, de manera general, las relaciones entre el anciano y los miembros de su red se han creado fundamentalmente por la cercanía geográfica y por el lazo y la permanencia en el tiempo.

## Bibliografía


Amaro, María del Carmen (2016). «El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética». *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, vol. 6, n.º 2, pp. 1-24.

Bourdieu, Pierre ([1980] 2007). «El capital social. Notas provisorias». En *Campo del poder y reproducción social. Elementos para un análisis de la dinámica de las clases*, pp. 203-206. Córdoba: Ferreyra Editor.

Bourdieu, Pierre (2000). *Las formas del capital. Capital económico, capital cultural y capital social*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.

Coleman, James ([1990] 2011). *Fundamentos de teoría social*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Dabas, Elina; Najmanovich, Denise (comps.) (1995). *Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. México: Paidós.

Delgado Pérez, Ailyn (2009). «La representación social de un grupo de estudiantes universitarios acerca de la vejez» [tesis de diploma]. La Habana: Universidad de La Habana, Departamento de Sociología.

Fernández Peña, Roser (2005). «Redes sociales, apoyo social y salud» [en línea]. *Perifèria Revista d Investiació i Formació en Antropologia*, vol. 3, n.º 2. [Consulta: 2019-3-3]. Disponible en https://doi.org/10.5565/rev/periferia.149

Fleitas, Reina (2013). *Familias pobres y desigualdades de género en salud: el caso del barrio San Isidro*. Buenos Aires: Clacso.

García-Viniegras, Carmen Victoria (2000). «La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales». *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 16, n.º 6, pp. 58-59.

Granovetter, Mark (1974). *Getting a Job. A Study of Contacts and Careers*. Massachusetts: Harvard University.

Guzmán, José Miguel (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Cepal.

Lara, Roxana Alejandra; López, Miguel Ángel; Espinoza, Elena del Carmen; Pinto, Cecilia (2012). «Actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores atendidas en la red de Atención Primaria de salud de la comuna de Chillán Viejo-Chile» [en línea]. *Index de Enfermería*, vol. 21, n.os 1-2, pp. 23-27. Disponible en https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100006.

Lozares, Carlos (1996). *La teoría de redes sociales*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Montes de Oca, Verónica (2000). «Relaciones familiares y redes sociales». En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, pp. 289-326. México: CONAPO, Cámara de Diputados, Senado de la República.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2016). *El color de la piel según el censo de población y viviendas de 2012*. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde).

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2017). *El envejecimiento de la población cubana*. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (Cepde).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Reclamo de políticas sociales para el envejecimiento poblacional*. Madrid: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS); Oficina Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *Envejecimiento activo: un marco político. Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS*. Madrid: OMS.

Paz, Jorge (2010). *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe*. Ginebra: OIT.

Putnam, Robert (2003). *El declive del capital social. Un estudio internacional sobre las sociedades y el sentido comunitario.* Barcelona: Galaxia Gutenberg.

Roqué, Mónica (comp.) (2010). «Capítulo 6: Trabajo en red. Redes sociales». En *Manual de Cuidados Domiciliarios. Cuadernillo n.º 3. Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos*, pp. 95-106. Mar del Plata: Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Tellería, Danilo (2018). *Informe Adulto Mayor. Programa del adulto mayor del municipio Boyeros.* La Habana: Dirección Municipal de Salud, Boyeros. Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social, Discapacidad, Salud Mental y Adicciones.

# III. Otros actores en el cuidado al adulto mayor

# Sector privado y cuidado del adulto mayor dependiente. Estudio de caso de una institución residencial privada en La Habana

DIANELYS LOURDES LLORCA CAMACHO / ANGELA PEÑA FARIAS

## Introducción

Los procesos demográficos se desarrollan en estrecha relación con la evolución histórica de los modelos de organización de la sociedad, sus normas y condiciones socioeconómicas. El escenario cubano actual, específicamente el envejecimiento demográfico que atraviesa, impone importantes tensiones en la organización y sostenimiento de un sistema de política pública de cuidado a los adultos mayores y a la reconfiguración del mercado de trabajo que se impulsa en el país asociado a la transformación del régimen de bienestar (Peña 2017).

Estas tensiones se evidencian sobre todo en el tratamiento social o distribución de las cargas que implica el aumento de la esperanza de vida para los mayores de 75 años, cuando estos se enfrentan a su vez a la dificultad de realizar las actividades regulares de la vida cotidiana y se vuelven dependientes de cuidados (Seco 2015). Según Patricia Cossani (2014), cuando se habla de cuidado, se trata de

> una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. El cuidado comprende actividades materiales que implican dedicación de tiempo y un involucramiento emocional y afectivo, y puede ser realizado de forma remunerada o no. Así, la acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria –bañarse, comer, movilizase, etc.–, con el objetivo de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio (p. 11).

La definición de dependencia, a su vez, está fuertemente asociada a la capacidad funcional de las personas para desarrollar sin ayuda

las acciones básicas e instrumentales de la vida diaria (AIVD y ABVD, respectivamente)[1] (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Imserso] 2005).

Una institucionalidad de atención hacia la dependencia parte de las políticas que regulan y establecen las diferentes formas o arreglos para llevar a cabo la labor de cuidar, en tanto estas norman la distribución de responsabilidades y competencias de los distintos actores en el despliegue institucional. Sin embargo, los espacios para la actuación de cada actor en este ámbito no se fijan solamente con base a lo que las políticas públicas norman, sino también según los espacios vacíos, ausencias y desregulaciones que estas pueden adolecer en la práctica.

En general, las áreas de bienestar que no cubren las políticas, así como los sectores poblacionales excluidos de estas, son de hecho cubiertas por otros espacios como son el mercado o la familia. Igualmente, el Estado puede establecer por medio de la política pública mecanismos de regulación e interconexión con el sector privado, cooperativo o familiar para complementar el cuidado al adulto mayor.

Respecto a esta problemática, amparado por el marco legislativo vigente en el país, el Estado cubano fomenta la participación de sectores no estatales en la atención al adulto mayor, no solo enfocada al ámbito de los servicios, sino también a la organización del empleo y el financiamiento de la seguridad social, entre otros. Sin embargo, en el actual contexto, el marco de acción de la actividad privada en este sector no se orienta desde lo legal en la regulación del servicio como parte de la ampliación normativa de la política pública del cuidado hacia actores no estatales, sino más bien está enmarcada en el impulso a la reforma laboral que viene desarrollándose en los últimos años en el país. Es por esto que al estudiar cómo se están comenzando a organizar las experiencias del sector privado no podemos desligar del análisis las relaciones que estas tienen con las dimensiones laborales y los marcos regulatorios del mundo del trabajo vigentes.

En función de esta complejidad, el presente análisis se dirige a valorar desde un estudio de caso el desarrollo de la inserción de este sector en el ámbito del cuidado a los adultos mayores, tanto

[1] Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado, movilidad, a la capacidad de entender, ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y que le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Las AIVD son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, requieren un mayor nivel de autonomía personal (Imserso 2005).

desde el punto de vista de su organización y oferta de servicio como desde la perspectiva de las relaciones y condiciones laborales específicas que establece dicha organización. En esta integración el estudio centra la atención en una institución residencial de cuidado de adultos mayores de La Habana. El interés en este tipo de experiencia se da por su complejidad organizativa. Esta se manifiesta en un conjunto integrado de arreglos formales e informales en pos del cumplimiento de su meta social y rentabilidad económica.

Sería necesario preguntarse cómo el desempeño de esta institución, en tanto servicio que responde a una demanda social, se relaciona con los mecanismos implementados para su sostenimiento empresarial, y cómo se organizan las relaciones laborales a su interior según el marco normativo laboral de la sociedad cubana al momento de la investigación.

Es por esto que la estrategia investigativa seguida para esta aproximación fue el estudio de caso, tomando, además, en cuenta que gran parte del análisis y los datos, aparentemente casuísticos, que aquí se exponen, están denotando los retos que enfrenta el tránsito hacia una política multiactoral del cuidado de los adultos mayores actualmente en el país.

En esta oportunidad el estudio que da pie al presente texto se basó en el análisis exploratorio y cualitativo fundamentalmente, con un enfoque de estudio de caso. El caso seleccionado de manera intencional constituye un ejemplo de cómo se organizan en este sector las acciones y estrategias para su sostenimiento en el actual contexto. Se aplicaron entrevistas en profundidad a los diferentes actores que forman parte de la experiencia examinada, la observación no participante del servicio y la revisión documental de todas aquellas normativas que en el contexto cubano dan cobertura legal o enmarcan la existencia de este tipo de experiencias.

El número final de sujetos fue solo limitado por el criterio de saturación de información: nueve cuidadores, incluyendo la jefa del hogar, cinco familiares de los ancianos y cinco ancianos que los cuidadores ayudaron a escoger según el grado de lucidez, a los que se suman informantes claves como médicos del área de salud y expertos.

La información se analizó por medio de la aplicación de código semicerrado, el cual propicia la apertura a aquellos aspectos de los discursos no previstos en el análisis, pero acotados a las categorías esenciales previamente estructuradas. Por las implicaciones legales de la información analizada,

toda referencia identificativa de dicha institución ha sido eliminada por motivos éticos, se garantiza así confidencialidad y anonimato de los involucrados, pero ajustando el foco a los mecanismos del funcionamiento de la organización.

## Marcos institucionales para la participación del sector privado en el cuidado al adulto mayor dependiente en Cuba

El continente latinoamericano atraviesa una fase de experimentación, donde las políticas públicas se abren al sector privado-cooperativo. Indiscutiblemente en la región el mayor peso del cuidado de personas ancianas dependientes recae sobre la familia y sus niveles de ingresos, debido, sobre todo, a la falta de coherencia entre los diferentes sectores que intervienen en el cuidado social. El caso cubano, en específico, no escapa a estas problemáticas.

En Cuba el Estado tiene un papel esencial en el cuidado, a través del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Este se compone de tres subprogramas[2] en los que participan diferentes ministerios como el de Salud Pública (Minsap) y el de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). Otras instituciones no estatales, como las religiosas y fraternales, también tienen una participación en el sistema público de cuidado. Estas se suman a las ofertas estatales que, aun así, no cubren el nivel de demanda existente.

Hoy día, en el contexto de actualización del modelo de desarrollo, uno de los temas fundamentales es el envejecimiento demográfico y las demandas de cuidado, por lo cual se ha aumentado el presupuesto para la creación y reparación de casas de abuelos, hogares de ancianos, sistemas de servicios, pensiones etc., que descansan mayormente en la intervención directa del Estado.

Al mismo tiempo, dicha actualización implica el fortalecimiento de la multiespacialidad laboral con la que se formaliza la apertura al sector privado mediante la licencia de cuidador de enfermos, personas con discapacidad y ancianos (MTSS 2013). Este permiso permite a quien lo posea –su titularidad es individual– hacerse cargo de una o más personas y recibir una retribución económica por ello, para lo cual puede utilizar su propia vivienda, arrendar un inmueble o utilizar la casa del propio paciente. Este reconocimiento implica también obligaciones tributarias y contribución directa a la Seguridad Social.

[2] Subprograma de Atención Comunitaria, Subprograma de Atención Institucional y Subprograma de Atención Hospitalaria.

Para el otorgamiento de esta licencia lo único que se exige al cuidador es ser ciudadano cubano, poseer condiciones físicas saludables que permitan ejercer el cuidado y no ser profesional de la salud. Este procedimiento abre oportunidades de arreglos Estado-familia-mercado, sin que llegue aún a romperse con el familismo en el cuidado, ni tampoco se transite hacia la privatización de los servicios. Por el contrario, la visión integral de este proceso es el tránsito hacia una política multiactoral del cuidado en el país (Peña y Gross 2018). Sin embargo, esta licencia de cuidador no tiene regulada un tipo de capacitación mínima, ni instrumentos de evaluación de calidad, que permitan detallar requisitos y competencias estandarizadas en esta actividad. Asimismo, cualquier arreglo laboral desarrollado al respecto queda fuera de los marcos legales.

La exposición que sigue se divide en estas dos dimensiones: la organizativa y funcional del servicio, su accesibilidad, control y calidad, entre otros aspectos; y la organizativa y funcional de la entidad laboral, dado el marco regulatorio de la actividad cuentapropista en el contexto cubano actual.

## Estructura y organización de una institución residencial de cuidado al adulto mayor en el sector privado en La Habana

Al momento de la investigación, años 2016-2017, en la institución residencial se encontraban 25 ancianos, cuyas edades oscilaban entre los 70 y 98 años. Todos tenían piel blanca y de ellos solo cinco eran hombres. Más del 70 % de los adultos mayores dependientes alojados en la institución residencial tenían algún tipo de discapacidad mental. Enfermedades como diabetes, accidentes cardiovasculares, hipertensión arterial, entre otras, caracterizaban su perfil de salud. Otro aspecto de la dependencia de estos ancianos se relacionaba con que la mayoría de ellos tenía problemas para la locomoción; algunos incluso se encontraban postrados y encamados.

El tipo de servicio ofertado en esta residencia de ancianos se halla sujeto tanto al pago que hacen los familiares según el nivel de dependencia, como a la modalidad de residencia de que se beneficie cada anciano: la de cuidado diurno, la de cuidado temporal (se refiere a la residencia de lunes a viernes) y la permanente. La oferta de estas modalidades se rige por un horario riguroso que se aplica según la utilización de los espacios de los que dispone la institución. Además de los ancianos residentes, se encuentran en el local entre cinco y seis cuidadores directos y el resto del personal (dos cocineras, dos de limpieza, un médico, uno de mantenimiento) y los familiares de la dueña del servicio que habitan en la vivienda.

A pesar de la necesidad de ampliar los espacios en la institución, las áreas de cuidado están bien distribuidas y diseñadas: un ranchón con sillones para cada anciano –donde pasan todo el día y realizan sus actividades– cocina, comedor, dormitorios y baños. Todas las áreas cuentan con el equipamiento necesario para realizar adecuadamente el cuidado. Presentan un buen estado técnico-constructivo y una buena higiene. Para facilitar la labor que se despeña, se construyeron rampas y otros aditamentos apropiados. En el recinto se realizan actividades que son ejecutadas por una especialista en cultura física, y hay un variado programa, donde se mezclan lo cognitivo con lo cultural-recreativo, el aprendizaje y las actividades físicas, regido todo por un horario estrictamente definido.

Los ancianos reciben seis comidas diarias y las variaciones en los menús no responden al monto pagado por cada anciano/familia por el servicio, sino a los requerimientos de salud individuales. Tampoco existen notables diferencias en la atención de acuerdo al sexo de los ancianos, salvo en el horario nocturno, cuando estos se dividen en habitaciones-dormitorios para mujeres y para hombres, cada uno con un cuidador específico y estable con el fin de evitar confusión y crear confianza, dados los problemas mentales que muchos presentan.

En sentido general, los ancianos beneficiarios del servicio no dependen de las pensiones estatales para garantizar su acceso. En realidad, todos los adultos mayores que están en esta institución sufragan completamente su estadía, o reciben colaboración para ello, a partir de la recepción de remesas provenientes de familiares residentes en el exterior del país. Sin convertirse esta relación con la emigración en un requisito de acceso, sí constituye una posibilidad para afrontar el pago del servicio, el cual puede oscilar de acuerdo a la modalidad y al nivel de dependencia entre los 100 y los 300 CUC[3] mensuales. Lógicamente estos precios resultan prohibitivos para la mayor parte de las pensiones y/o salarios de las familias cubanas.

El pago de estos altos precios permite no solo que desde el punto de vista infraestructural y organizativo el servicio cuente con condiciones adecuadas, sino que también oferte prestaciones de calidad a sus beneficiarios. En este aspecto, de acuerdo a sus necesidades y perfiles de salud, dentro de la institución se garantiza la presencia de enfermeros, quienes trabajan allí en la condición de

[3] Téngase en cuenta que, en el momento de la investigación, antes del reordenamiento monetario, 100 CUC, equivalentes a 2 400 CUP, y 300 CUC, equivalentes a 7 200 CUP, eran sumas muy altas.

cuidadores. También un médico visita el hogar de lunes a viernes en los horarios de las mañanas, y en las noches permanecen en la residencia al menos dos enfermeros que se distribuyen la vigilancia de los dormitorios.

Sobre el diagnóstico y tratamiento de las condiciones de salud, se exige a los familiares una información detallada del estado físico y mental, los medicamentos que deben tomar, las necesidades alimentarias y características individuales del adulto mayor. De la misma manera se hace un contrato impreso donde los familiares delegan en los cuidadores la responsabilidad sobre la vida de los ancianos. Las consultas y otros servicios especializados se garantizan a partir de relaciones personales de la dueña con personal de la salud. También son informales los servicios prestados por el médico que participa: «aquí viene un médico todos los días, menos los fines de semana, que examina a los ancianos, pero si nosotros observamos algún abuelito con un comportamiento o padecimiento que no sabemos, igual se lo decimos a él» (cuidador del hogar).

Según alega el Dr. Alberto E. Fernández Seco, jefe del departamento del Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental del Minsap, «se tiene conocimiento que este servicio se está desarrollando en Cuba, aunque no se conoce el lugar, ni quiénes participan en él, pero sí hay conocimiento que este tipo de servicio se está desplegando, por lo tanto, las instancias del control para la calidad del mismo deben surgir».[4] Ante esto, el control, aseguramiento y monitoreo de la actividad de cuidado y la atención que reciben los ancianos se reducen a la vigilancia continua de la dueña del hogar y a los familiares que pagan por la calidad de este.

Otro aspecto relacionado con la calidad del servicio tiene que ver con las inversiones y gastos que tiene la institución por concepto de artículos e insumos para el cuidado especializado, como son los colchones antiescaras, orinales, bastones, instrumental médico para medir el azúcar, sueros, agua oxigenada, sillas de ruedas que facilitan la movilización, y de otros bienes, como sábanas, toallas, productos de limpieza, medicamentos y papel higiénico.

Una parte de las razones por las cuales se sostienen precios elevados está relacionada con que los fondos para sostener la inversión constante provienen de las contribuciones por pago que hacen los ancianos y sus familias. Esta situación tiene que ver directamente con el carácter informal que adquiere la

[4] Entrevista realizada a Alberto E. Fernández Seco, el 20 de febrero 2017, en La Habana.

organización de este servicio con respecto a la institucionalidad del sistema de cuidados, el cual, al no reconocer formalmente la existencia de este tipo de institución, no cuenta tampoco con mecanismos para apoyar su sostenimiento o abaratar costos y precios.

## Organización de la institución residencial habanera como entidad laboral privada

El marco que posibilita la existencia de esta institución residencial es el reconocimiento legal de la figura del cuidador por cuenta propia. En este caso, aunque la ley reconoce a los cuidadores como autoempleados, para la institución son de hecho empleados contratados. Esta relación particular delimita en la organización posiciones jerárquicas claramente definidas. Un punto aparte merece la situación laboral del médico y otros especialistas de la salud vinculados al servicio, quienes no cuentan con el respaldo legal para ofrecer sus habilidades profesionales en el sector privado; o las cocineras y trabajadores de limpieza y mantenimiento, quienes carecen también de cualquier mediación formal en su vínculo laboral.

A pesar de esta situación, la vinculación como cuidador de la residencia pasa por la obtención de la licencia, lo cual exime a la dueña de responsabilidades como contratista ante el MTSS. Más del 50 % de los cuidadores tienen nivel universitario y conocimientos adecuados de la actividad, pero la entidad se caracteriza por una alta fluctuación laboral; esto a pesar de los salarios que reciben los cuidadores, los cuales son competitivos en el mercado de trabajo cubano. Respecto a estos honorarios, cada uno recibe un pago diferenciado de acuerdo a la cualificación, responsabilidad y función dentro de la residencia. Los enfermeros tienen mayor remuneración que el resto; de igual modo pasa con los cuidadores que hacen guardias en las noches y con la licenciada en Cultura Física, encargada de las actividades de recreación.

Según se constató, el pago a los trabajadores tiene una frecuencia mensual y se relaciona con la cantidad de ancianos que cuide cada empleado directamente. La cuantía exacta de este pago individual se concierta en el contrato inicial, el cual se entabla en todos los casos de forma verbal. Con respecto a esto, un cuidador entrevistado el día 3 de marzo de 2017 expresó: «cuando yo entré aquí la jefa me dijo cómo eran los mecanismos y cuánto se me iba a pagar por mi trabajo, pero yo no sé cuánto paga cada anciano aquí». Asimismo, desconocen el monto de los ingresos que recibe la dueña y los gastos de la institución.

Estas opiniones no solo están reflejando las condiciones salariales de estos empleados; también evidencian relaciones de trabajo de un comportamiento empresarial privado típico, en el cual la administración o los patronos no transmiten información relacionada sobre el funcionamiento y la administración del negocio al resto de los trabajadores.

Sin dudas, el aspecto más interesante de estos arreglos laborales son los relativos a la seguridad ocupacional, ya que la institución no adquiere ningún compromiso ante el trabajador en caso de que este deba ausentarse temporalmente. Desde el punto de vista de la dueña de la residencia, en la medida en que el objetivo fundamental es garantizar la calidad y estabilidad del cuidado, es imperativo en estas situaciones contratar un nuevo empleado, y es su competencia determinar la preservación del puesto de trabajo o rescindir el contrato.

A pesar de estas condiciones que aluden a la flexibilidad e irregularidad del proceso de contratación y seguridad ocupacional, los trabajadores adquieren ante el Estado la obligatoriedad del pago de tributos por la licencia (Consejo de Estado 2011). Las obligaciones contraídas «garantizan» su seguridad social y reconocimiento legal a su situación de trabajadores, pero esta se desdibuja por los arreglos fácticos que tienen lugar al margen del sistema formal de tributos y contribuciones (Asamblea Nacional del Poder Popular [ANPP] 2014).

## Conclusiones

A partir del análisis del caso estudiado, es posible señalar algunas contradicciones y potencialidades que entraña para el contexto cubano la construcción de una política de cuidado multiactoral, en la que se le abre paso al sector privado en la oferta de servicios. La primera cuestión que resalta como una contradicción en relación a la organización del servicio es su alto costo para los beneficiarios, que lo hace prohibitivo para un segmento considerable de ancianos y familias.

En cuanto a la calidad de los servicios, si bien se ha demostrado en este caso la intención de un diseño e implementación de excelencia en el cuidado, la ausencia de mecanismos formales que lo reconozcan, lo controlen y lo apoyen en su desempeño no permite garantizar la estabilidad en el tiempo de este desempeño. La falta de estos mecanismos no solo atenta contra las garantías de calidad en las acciones de cuidado, sino también en lo que refiere a procedencia legítima de medicamentos, servicios de salud, alimentación y otros insumos que

en el servicio de cuidado a los adultos mayores dependientes resultan necesarios.

Se hace evidente, no obstante, una relación estrecha entre el diseño e implementación de los servicios de esta empresa con el sector de la salud. Sin embargo, dichos vínculos corren a expensas de las vías formales universales y gratuitas del sistema cubano, y se sostienen de manera informal a partir de conexiones personales no reguladas. Se desvirtúa así la esencia de la colaboración intersectorial e interinstitucional: a falta de un mecanismo de interacción sectorial formal, esta se establece de manera informal y espontánea, como parte de una gestión proactiva en la solución de las demandas que impone el cuidado a la organización.

Resulta también evidente la ambigüedad formal-informal que prevalece en la constitución de la institución como entidad laboral, a la que se añaden las contradicciones que en el plano de la relación ingresos-impuestos-contribuciones y estatus laboral legal-seguridad ocupacional se experimentan.

A pesar de las contradicciones apuntadas, el interés en reconocer estas experiencias radica sobre todo en su capacidad para una gestión de la calidad del servicio, así como en su potencialidad como generadora de empleos con remuneración competitiva en el mercado de trabajo.

## Bibliografía

Albala, Cecilia; Lebrão, Maria Lúcia; León Díaz, Esther María; Ham-Chande, Roberto; Hennis, Anselm J.; Palloni, Alberto; Peláez, Martha; Pratts, Omar (2005). *Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe en 2000*. La Habana: Centro de Estudio de la Población y el Desarrollo.

Alonso Seco, José María (2015). «Instrumentos de valoración y determinación de las situacioes de dependencia». En *Actas del Seminario Proceso de Envejecimiento y Efecto Económico de la Atención a los Adultos Mayores*, pp. 1-5. La Habana: Programa de Intercambio de Expertos Cuba/Unión Europea/PNUD.

Asamblea Nacional del Poder Popular (ANPP) (2014). «Código de Trabajo de la República de Cuba». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, n.º 29, La Habana, 17 de junio.

Casado, Davida; Rico, Ana; Sabes, Ramón (2002). «Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España». *Documentación Social*, n.º 127, pp. 247-276.

Consejo de Estado (2011). «Decretos Ley 284, 278 (edición actualizada), 285 y 234 (edición actualizada)». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, n.º 28, La Habana, 6 de septiembre.

Cossani, Patricia (2014). «Cuidados como sistema. Propuesta de un sistema de cuidados en Uruguay». En Friedrich Ebert Stiftung, *Actas del Taller sobre Políticas del Cuidado*, pp. 1-64. La Habana: Mides/DNPS.

Fariñas Acosta, Lisandra; Céspedes Hernández, Lauren (2015). «Cuba envejece: ¿éxito o problema? (II)» [en línea]. *Granma*, 11 de mayo. [Consulta: 2015-2-13]. Disponible en http://www.granma.cu/cuba/2015-05-11/cuba-envejece-exito-o-problema-ii

Gamble Sánchez-Gavito, Ana Luisa (2000). *Manual de prevención y autocuidados para las personas adultas mayores.* México D. F.: Gobierno del D. F.

Huenchuan, Sandra; Fassio, Adriana; Carlos, Sergio A.; Osorio, Paulina; Worobiej, Ariel; Batthyány, Karina; Barriel, Fernando; Carbajal, María; Ciarniello, Maité; Lladó, Mónica; Paredes, Mariana (2010). *Enevejecimiento, género y políticas públicas.* Uruguay: Lucida Ediciones.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Imserso.

Maynzt, Renate (1967). *Sociología de la organización*. Madrid: Alianza Editorial.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) (2013). «Resolución Nº. 42/2013». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, extraordinaria, Nº. 27, La Habana, 26 de septiembre.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) (2016). *Panorama económico y social.* La Habana: ONEI.

Peña Farias, Angela (2017). Regímenes de bienestar y pobreza familiar en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.

Peña Farias, Angela; Gross, Aimée (2018). «La política del cuidado en Cuba. Retos y perspectivas para un diseño multiactoral de cuidado con énfasis en los adultos mayores» (inédito). La Habana: Universidad de La Habana.

Pineda Duque, Javier A. (2013). *Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento.* Bogotá: Universidad de los Andes.

# Envejecimiento y organización del servicio del cuidado al adulto mayor dependiente por la Orden de las Carmelitas Descalzas en el hogar San Francisco de Paula

KENIA SIGLER JIMÉNEZ / DAYANÉ PROENZA GONZÁLEZ

## Introducción

El envejecimiento poblacional impone hoy desafíos importantes. Ante el aumento de la población de 60 años y más, se ha puesto un interés marcado en el funcionamiento de los sistemas de cuidado hacia este sector de la población y, sobre todo, se habla de la necesidad de fortalecer las políticas públicas relacionadas con este grupo poblacional. Estudios llevados a cabo en diversos países afirman que las personas consideran que la responsabilidad de que las personas mayores disfruten de condiciones de vida dignas depende de la familia, en menor medida del Estado, y muy lejanamente del propio individuo (Huenchuan 2009, pp. 3-4).

La familia y el sector comunitario se reconocen hoy como las principales figuras para el soporte del bienestar en relación al tema del cuidado, aunque el Estado y el sector privado también desempeñan un papel relevante. El nuevo horizonte exige la colaboración entre estos actores y el conjunto de instituciones, la coordinación entre los recursos existentes, su distribución equilibrada en el territorio, determinadas garantías en la calidad del servicio que se ofrece y la participación del sector público y privado (Torres Egea 2007, p. 26).

Poco se encuentra en la bibliografía sobre el tema a propósito del desempeño de las instituciones u órdenes religiosas en relación al cuidado de los adultos mayores, aunque lleven desarrollando esta labor meritoria por siglos. La Iglesia católica ha constituido dentro del cuidado un actor significativo en algunas sociedades, aunque la literatura consultada no da cuentas de su trabajo en dicho sentido; solo hace referencia a las donaciones que aporta. La mayoría de sus instituciones se encuentran incluidas en el

llamado tercer sector. El conjunto de sus obras es amplio y alcanza no solo a las instituciones u órdenes religiosas femeninas, sino también a su acción pastoral: fundaciones, asociaciones religiosas o de laicos, y Caritas, como las más significativas (Torres Egea 2007, pp. 46-47).

En el caso de nuestro país se reconoce que han desempeñado un papel sumamente importante en el cuidado a niños y jóvenes con algún tipo de discapacidad, a personas con adicciones, y que dan atención diferenciada a delincuentes o reclusos. No obstante, no se ha advertido la labor desempeñada con respecto al cuidado de los adultos mayores.

Para las instituciones religiosas la ayuda al prójimo es considerada una pauta de comportamiento a seguir. Esto incluye no solo a la familia o los amigos, sino también a todo aquel que pudiera necesitarla. Por este motivo ofrecen servicios de cuidados asistencial e integral a personas mayores en situación de dependencia. Para este sector se reconoce que el cuidado debe ser llevado a cabo de manera general, es decir, no solamente preservando parámetros físicos; tienen también en cuenta la atención sanitaria y las necesidades espirituales, así como los derechos que tienen los ancianos de sentirse valorados y respetados.

El artículo que proponemos es un pequeño acercamiento al trabajo meritorio realizado por la Orden de las Carmelitas Descalzas en el hogar San Francisco de Paula, a partir de una investigación realizada durante el periodo 2018-2019. Sirvan estas páginas para reconocer el papel que desarrolla actualmente esta institución en el cuidado a los adultos mayores.

## Estructura y funcionamiento del hogar San Francisco de Paula bajo la dirección de la Orden de las Carmelitas Descalzas

Uno de los principios que rige la Orden de las Carmelitas Descalzas y determina su accionar es la incondicionalidad a Dios y al prójimo. Su acción evangelizadora incluye la puesta en marcha de proyectos solidarios, sustentados, sobre todo, en la defensa de los derechos humanos, la justicia, la paz y la atención diferenciada a los más pobres y vulnerables.

En el caso de Cuba, la Orden comenzó su labor en 1702. Inicialmente se situaron en el Convento de la Habana Vieja y poco después, hacia 1928, se desplazaron a una casa ubicada en El Vedado (Calcines 2008). Esta residencia era considerada un santuario para la oración y el silencio. Posteriormente se trasladaron a las periferias, y, finalmente, iniciaron su labor asistencial en el hogar San Francisco de Paula en 2013. Dieron

así continuidad a la labor que realizaban allí, desde 1910, las Hermanas de la Caridad.

El hogar San Francisco de Paula celebró en el año 2018 sus 350 años de labor asistencial. Es una institución especializada en la atención a los adultos mayores, específicamente mujeres. Este centro posee un espacio físico relativamente amplio. El inmueble se encuentra exactamente al lado de la iglesia del mismo nombre. Dentro del hogar se encuentra la casa donde residen las hermanas que dirigen el centro, además de una pequeña capilla para realizar sus oraciones diarias.

Posee una totalidad de siete salas, las cuales se identifican por nombres de santos: San Francisco de Borjas, La Caridad, San Antonio, Sagrado Corazón de Jesús, Santa Luisa, San Vicente y San José; este último recinto no está brindando servicios en la actualidad, debido a que se está reparando. Respecto a los seis locales que se encuentran actualmente activos, cinco poseen capacidad para recibir hasta veinte ancianas internas, y uno (San Vicente) está en condiciones de recibir hasta doce ancianas, además de que se admiten hasta tres ancianas de servicio externo por local.

La sala San Vicente se caracteriza por estar ocupada por adultas mayores que no presentan problemas para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y que se encuentran en plenas condiciones mentales. En este espacio cada una posee su propio cuarto y dos baños comunes. Cada cuarto está equipado con una cama personal, un ventilador, un sillón y un escaparate.

En la mayoría de los casos, las ancianas de esta sala se encargan de la limpieza de sus habitaciones y de la higiene de algunas de sus prendas de vestir. En este local no hay enfermera fija, pues, como las señoras se encuentran válidas, no se considera que sean necesarias. No obstante, las enfermeras de La Caridad deben permanecer al pendiente de estas longevas. Esta sala es elegida precisamente por ser la más próxima a San Vicente.

Las restantes cinco estancias poseen características muy similares entre sí: tienen capacidad para veinte ancianas y están constituidas por diez cubículos, cada uno para dos ancianas. Estas piezas no presentan el mismo nivel de independencia que los cuartos de la sala San Vicente; sin embargo, los recursos son muy similares. Diariamente en cada sala trabajan dos asistentes, una enfermera y dos cargadores que funcionan para todas las áreas.

El hogar tiene espacios destinados al desarrollo de la diversidad de actividades a realizar, pero uno de los lugares fundamentales es la enfermería, la cual está dispuesta con cuatro camas

y muy buenas condiciones higiénicas. Este salón está equipado con todo lo necesario para brindar servicios similares a los de la terapia intermedia. El principal objetivo es asistir a las adultas mayores y evitar trasladarlas a hospitales. Este departamento cuenta con una variedad de equipos, incluso los de hacer electros y ultrasonidos.

La responsabilidad de este centro recae sobre las hermanas carmelitas, quienes dirigen y organizan el cuidado. Ellas han creado sus propias estrategias para tener un control más estricto respecto a lo que sucede en el hogar, y para ello se dividen las labores. La hermana Cecilia, como madre superiora, es la que posee mayor potestad respecto a la toma de las decisiones. Se encarga de la organización administrativa, posee un control estricto respecto a los recursos que les son asignados. Junto a la geriatra, es quien coordina y entrevista a aquellas ancianas que solicitan ingresar en el hogar, así como a sus familiares. Tiene una función fundamental en la elección del personal interesado en trabajar en el centro, pues los evalúa y dialoga con ellos para ver si son aptos para ocupar la plaza.

La hermana Cristina es responsable de la sala Santa Luisa, con el apoyo de los asistentes de los pacientes. Su labor está relacionada con el ejercicio del cuidado en su nexo con la necesidad de una recreación sana. Cada jueves se llevan a cabo actividades de este tipo, por ejemplo, juegos de bingo, de dominó, de naipes. También se hacen reuniones en la sala San Vicente para tomar café o té, ver películas o hacer manualidades.

Ana María es la mayor de las hermanas de las carmelitas descalzas; sobrepasa los 70 años. Se encarga de las tareas un poco más cercanas al ejercicio de la religión católica, por ejemplo, el rosario de los lunes. Ese día de la semana, por un tiempo de aproximadamente media hora, se realiza la lectura de oraciones, de fragmentos de la Biblia, o se tararean canciones que expresan lo importante de tener fe y de la concreción de la compasión y misericordia con los pobres y marginados.

Respecto al personal que allí labora, según testimonio de la hermana Cristina, «el hogar cuenta con un poco más de ochenta trabajadores, entre asistentes al paciente –que así se nombran estas trabajadoras–, cargadores, doctoras, enfermeras, veladoras, cocineros, costureras, recepcionistas, personal de economía, de lavandería y de mantenimiento». Estas plazas se encuentran distribuidas entre hombres y mujeres, pero con una evidente división sexual del trabajo según el género, ya que labores como las de asistentes al paciente, doctoras, enfer-

meras, veladoras, costureras, recepcionista y lavandera están completamente representadas por mujeres; y labores como las de cargadores y de mantenimiento, que requieren de fuerza física, están a cargo de hombres.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta este centro es la escasez de personal capacitado para ejercer el conjunto de labores, de modo que muchas veces los individuos contratados no cumplen con las condiciones ideales para ejercer el cargo. Se procura tener completo el personal, aunque ello requiera un tiempo de entrenamiento para la función asignada; ello no implica que el hogar deje de ser lo más riguroso posible en el cumplimiento de determinados requisitos. Este centro y los de su tipo se caracterizan por tener reglas de contratación diferentes a las que habitualmente encontramos en los centros estatales, pues es una institución que se autofinancia y que funciona bajo sus propias reglas.

San Francisco de Paula posee tres doctoras: una especialista en geriatría y gerontología, una especialista en medicina física y rehabilitación y una estomatóloga, con especialidad en periodontología. Son mujeres que sobrepasan los 60 años de edad, lo cual evidencia que con el progresivo envejecimiento poblacional cuidadores y beneficiarios comparten un mismo grupo etario. Por otra parte, esta responsabilidad cae principalmente sobre las mujeres. Están jubiladas y permanecen contratadas en este sitio. La labor que realizan es completamente asistencial. Ellas tienen el control de cada paciente a través de historias clínicas donde queda registrado el estado de salud de las longevas.

El hogar cuenta con diecisiete asistentes al paciente, quienes perciben un salario de 503 CUP, sufragado por Salud Pública. Además, el propio centro les asigna un módulo de comida para estimularlas en el ejercicio del cuidado. Sus labores están organizadas por horarios. Tienen bajo su responsabilidad veinte ancianas internas y tres externas.

La institución cuenta con dieciséis enfermeras, cuyos honorarios dependen en buena medida de si son jubiladas o no. Por parte del hogar reciben una jaba con algunos alimentos básicos. Cada sala dispone de una enfermera. Esta trabaja, en días alternos, durante doce horas. Su labor consiste en velar a tiempo parcial por las ancianas. Cada mañana deben suministrar medicamentos, hacer curaciones y supervisar el estado de salud de cada longeva. Deben estar atentas a cualquier eventualidad y ofrecer primeros auxilios en caso de ser necesario. Si hay alguna complicación contactan con la doctora especialista en geriatría.

Están facultadas para llevar a cabo determinados procedimientos, como poner inyecciones para dolores, sueros, sedantes, aerosoles indicados por la doctora. Cuando hay ancianas que se encuentran delicadas de salud se trasladan a la sala de enfermería, donde reciben atención especializada por las propias enfermeras del centro. Cada enfermera debe tener un control del estado de salud de las adultas mayores de la sala que le corresponde, pero si en algún momento alguna llegase a ausentarse, las demás deben asumir su labor. Antes de que se cumplan sus doce horas de trabajo deben dejar listos los medicamentos que en la noche las enfermeras del turno siguiente han de suministrar.

Son dos las enfermeras que trabajan el turno de la noche en función de todo el hogar y son las encargadas de suministrar medicamentos y de auxiliar a las ancianas y asistentes ante cualquier eventualidad.

Los cargadores y veladoras forman parte del personal que trabaja directamente con las longevas, aunque el centro cuenta con pocas personas para desempeñar estas labores. Hay cinco veladoras, las cuales trabajan en las noches, una por sala, y organizan su trabajo en horarios al igual que las asistentes.

Actualmente San Francisco de Paula cuenta en total con cuatro cargadores, todos ellos hombres. Dos trabajan durante el día y uno en la noche, no en una sala, sino en todo el hogar. Generalmente se encuentran dispersos por el centro a fin de abarcar todas las zonas y cuando se les necesita se les informa a través de un sistema de audio. Esta plaza se caracteriza por tener continua circulación de personal y, según una de las hermanas carmelitas, la principal causa es el desgaste físico que requiere la labor.

Otros trabajadores, como los cocineros, personal de lavandería y de mantenimiento, contribuyen con el cuidado desde el correcto desempeño de sus labores. Aunque no se observó un acercamiento directo a las adultas mayores, ello no implica que no las auxilien cuando lo necesiten.

## Servicio de cuidado proveído desde el hogar San Francisco de Paula a los adultos mayores dependientes

La dedicación de las religiosas a la atención de las personas mayores se ha producido mucho antes de que la sociedad civil haya tomado conciencia de su necesidad. La reflexión bíblica y teológica siempre ha puesto de manifiesto la relación terapéutica y misericordiosa de Cristo con los enfermos y necesitados (Álvarez 1998). La Iglesia desde sus orígenes asumió el mandato

de cuidar, curar y asistir a los enfermos, y ha considerado esta misión como un derecho y un deber inalienables.

En el hogar San Francisco de Paula se admiten solo mujeres, independientemente de su raza, credo, asociación religiosa o política. Como ha sido dicho, el proceso de admisión se lleva a cabo por la madre superiora y la geriatra del centro, a partir de que previamente las adultas mayores se hayan anotado en una lista de posibles casos a ingresar en la institución. Este tipo de hogares, al ser sustentados económicamente por la Iglesia católica, posee la potestad de admitir o no a las personas que permanecen a su cuidado. La política del hogar consiste en aceptar aquellos casos que realmente lo necesiten. Tienen prioridad las mayores de 65 años con familias que no puedan ofrecer los cuidados necesarios, ancianas solas sin ninguna o con limitadas redes de apoyo, o familiares de sacerdotes, diáconos y casos considerados sociales.

Se han admitido pocas personas postradas o no válidas, en los últimos años, bajo la idea de no sobrecargar al personal de trabajo, dado el número de ancianas a ser atendidas en cada sala. No es la generalidad, pero se aceptan ancianas que son dependientes para las ABVD cuando se percibe que no poseen la capacidad de protegerse ellas mismas o porque no tienen familiares, y en los casos de ancianas que tienen familia son recibidas cuando hay una sola persona capaz de proveer cuidados desde el hogar y a su vez es el sustento monetario.

Los trabajadores del hogar defienden la teoría de que los adultos mayores deben permanecer en el medio que conocen y estar rodeados por sus seres queridos, en caso de tenerlos. Los cambios pueden ocasionar depresiones y el aceleramiento de los procesos de alzhéimer y de demencia senil, ya que las ancianas se ven obligadas a adaptarse a un espacio desconocido.

Las personas que ingresan al hogar deben aportar el 70 % del dinero que reciben de su pensión, en caso de tenerla, y el restante 30 % se le entrega a ellas o a sus familiares. En aquellos casos donde la beneficiada no trabajó de manera formal y, por lo tanto, no recibe pensión por jubilación, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) paga el 100 % del costo para que permanezca en la institución.

Inicialmente las ancianas admitidas pasan por un proceso de adaptación. Primero, permanecen en el centro durante el día, y en las tardes la persona responsable las regresa a su casa. Este proceso dura aproximadamente entre quince días y un mes, aunque puede variar en dependencia del comportamiento de las longevas y de las condiciones de vida de los familiares, pues en los

casos de ancianas impedidas se torna complicado moverlas a diario y más si los parientes no cuentan con un medio de transporte idóneo para moverlas.

Actualmente el hogar cuenta con 112 ancianas entre internas y externas. Más del 90 % presenta deterioro cognitivo, lo que implica una alta dependencia. Aun así, el trabajo se realiza correctamente. No todas son dependientes en el mismo sentido, pues algunas, por ejemplo, no son capaces de caminar o de encargarse de su higiene personal, pero se alimentan solas.

Las enfermedades más frecuentes que poseen son hipertensión arterial, diabetes mellitus, fracturas de huesos, especialmente de cadera, accidentes cerebrovasculares, problemas en el miocardio y asma. Algunas están postradas por situaciones de alzhéimer o demencia senil, que han desembocado en que hayan dejado de realizar las actividades de movilidad o de reconocer a las personas.

Una de las principales actividades de cuidado es la alimentación. En este sentido se torna indispensable respetar horarios, lo cual permite ganar en orden y estabilidad. Se ofrecen seis comidas diarias: desayuno, merienda, almuerzo, merienda, cena y luego otra merienda. Las comidas varían según los recursos que estén disponibles; hay productos que escasean y, por tanto, no son tan frecuentes en la dieta, tal es el caso de los vegetales. Se procura que sean los mismos alimentos para todas las ancianas, a excepción de aquellas que presenten alguna alergia alimentaria. La nutrición es una de las actividades que requiere mayor planificación, precisamente por la importancia que posee y por las dificultades para acceder a determinados productos.

Otras de las actividades de cuidado son las asociadas a la higiene. Cuando las ancianas van a ingresar en el hogar reciben por parte de la orden todo lo necesario para mantener una adecuada higiene; es decir, se les concede un módulo de ropa, toalla, aseo personal, etc. Mensualmente se les abastece de todos los materiales gastables (jabones, desodorantes, pasta de dientes, papel higiénico, champú, cuchillas de afeitar). Aquellas ancianas que se encuentran aptas para administrar estos recursos se responsabilizan por ellos, y en los casos donde no son capaces de esto, se les entrega a la asistente de la sala, la cual dispone de estos productos según las necesidades de la longeva. Las asistentes reciben, además, artículos como pañales desechables y los va empleando en la medida en que haya necesidad. También administran el papel higiénico y los productos que les son entregados para la limpieza de la sala

y los cubículos. En los casos de las ancianas que son incapaces de bañarse solas, las asistentes como parte de su trabajo las higienizan diariamente.

Las sábanas y las ropas se cambian diariamente, cuantas veces sea necesario, pues lo que se procura es mantener a la anciana lo más limpia posible y así evitar escaras, quemaduras en la piel, incluso, enfermedades como la sarna. La eficacia de esta labor depende en gran medida de quien la ejecute. La calidad humana y el compromiso con las personas dependientes desempeñan un papel importante en la realización de esta actividad, ya que mientras mayor sea la identificación con la labor mejor será realizada. Sin embargo, las hermanas controlan cuidadosamente que el personal asista, cumpla con su trabajo y mantenga a las ancianas en perfectas condiciones higiénicas.

Diariamente las adultas mayores son visitadas y controladas por la geriatra, la cual supervisa el trabajo de las enfermeras, a la vez que hace un seguimiento del estado de salud de aquellas ancianas que presentan dificultades. Además, la fisiatra y la estomatóloga hacen rondas diarias para saludar a las pacientes y ayudarlas a mejorar su calidad de vida desde sus disciplinas. Por otra parte, se trabaja en elevar la excelencia del servicio de atención y para ello cada cierto tiempo se gestiona la visita de podólogos, psicólogos, cardiólogos, etc.

Puede afirmarse que la estructura y funcionamiento de la institución responde a criterios de organicidad y sobre todo de supervisión del servcio. A pesar de estar la responsabilidad en los hombros de dos hermanas, la dinámica cotidiana da cuentas de la limpieza, el mantenimiento del estado constructivo de las salas, la preocupación de que se haga el trabajo, y que se haga con la calidad requerida, incluso el sentido de pertenencia de sus trabajadores con el hogar.

## Relaciones entre el hogar San Francisco de Paula y otras instituciones

San Francisco de Paula está catalogado como una organización no gubernamental (ONG), por el propio personal que allí labora. Lo cierto es que esta institución no posee fines de lucro y que el gobierno no tiene potestad para intervenir en las decisiones de sus responsables, a menos que estas afecten a los beneficiarios del servicio que allí se ofrece.

Como los restantes hogares religiosos y fraternales, tiene un funcionamiento muy peculiar. Su principal base económica proviene de la denominación religiosa a la que pertenecen (Carmelitas

Descalzas), pero más específicamente de la Iglesia católica y el Arzobispado de La Habana. Este último atiende directamente al centro y le concede una asignación mensual, que es la principal vía de sustento para el ejercicio de la labor del cuidado.

El hogar recibe del Estado un grupo de recursos a fin de apoyar una labor que beneficia al país debido a su progresivo envejecimiento poblacional y a su escasez de recursos, de personal e instalaciones que se dediquen a la atención de la población adulta mayor. Esta institución, al igual que las restantes de su tipo, debe respetar las leyes vigentes en el país, de ahí que su obra no pueda ser meramente privada. Precisamente, por la responsabilidad que requiere, no se concibe la existencia de una unidad de salud que funcione totalmente independiente, para lo cual se procura trabajar de conjunto con el Estado y sus respectivos ministerios, especialmente con el de Salud Pública (Minsap). El centro posee como documento rector para su funcionamiento el Reglamento General de Hogares de Ancianos en su Resolución Ministerial n.º 33 (Minsap 2013); este orienta la forma en que se debe brindar el cuidado asistencial a los adultos mayores.

A partir de la investigación realizada se pudo conocer que el hogar, como otros de su tipo, es monitoreado y asesorado por el Minsap y por el Partido Comunista de Cuba (PCC). Estos organismos se encargan de asesorar política y metodológicamente el servicio que brinda el centro, con la finalidad de controlar que la labor asistencial sea llevada a cabo correctamente, aunque no poseen la potestad para implicarse en temas administrativos, ni para controlar el empleo que se hace de los recursos.

Anualmente el Minsap concede un presupuesto que es empleado para adquirir medicamentos, alimentos subsidiados, lencería y aseo. Dicho importe es muy similar al que reciben los hogares de ancianos y casas de abuelos que tienen un carácter estrictamente estatal; incluso el gobierno se encarga del pago de los salarios de quienes trabajan dentro del hogar, a excepción de las tres hermanas de la Orden de las Carmelitas Descalzas, quienes desempeñan sus labores como acto de solidaridad y de incondicionalidad con Dios, la Iglesia y el prójimo.

El presupuesto estatal es empleado para la compra de medicamentos que se adquieren a través de Salud Pública a precios subsidiados. El dinero proveniente del Estado también se utiliza para la compra de alimentos, aunque el estudio realizado dio cuenta de que no resulta suficiente, por lo que debe utilizarse capital proveniente de otras vías. Además, el gobierno se responsabiliza del pago de la electricidad, el agua, el combustible y el teléfono. Las

relaciones entre el Estado y la institución religiosa se basan en la complementariedad, pues cada cual desde su arista contribuye a que la labor de cuidados se desarrolle con la calidad requerida.

En la Cuba actual se han ido extendiendo diferentes vías de ofertar y recibir servicios, de modo que el sector formal y el informal se han ido entremezclando con la finalidad de resolver necesidades inminentes. El hogar no se encuentra ajeno a esta realidad, sino que hace uso de esta como cualquier otra entidad.

Este centro procura contratar a instituciones o a sujetos que desarrollen sus labores desde la lógica de la formalidad, ya sean trabajadores o instituciones estatales o que pertenezcan al sector de trabajadores por cuenta propia (TCP). Sin embargo, esto no siempre es posible. Se reconoce que una de las causas fundamentales es la escasez de personal dispuesto a trabajar en hogares de ancianos, por los bajos salarios que se perciben.

Las relaciones que el hogar ha establecido con el sector informal han estado enfocadas a mejorar la calidad del servicio que se brinda a las adultas mayores, además de que han tenido como objetivo encontrar alternativas y soluciones a problemas que se han presentado y que desde el sector formal y la denominación religiosa no han podido solucionar. La fluctuación de personal es una de las problemáticas que más afecta al hogar.

Para San Francisco de Paula lo primero es brindar un servicio de cuidado con calidad, por lo cual requieren de personal capacitado, aspecto que no siempre se logra en su totalidad. En momentos que han presentado escasez en el personal asistencial, la administración se ha visto forzado a contratar personal de manera informal para así garantizar que las ancianas estén acompañadas y debidamente supervisadas, aunque consideran que no es lo ideal.

El centro posee relaciones con múltiples instituciones y esto contribuye a que el servicio que se ofrece se caracterice por la calidad y eficiencia. Con estas relaciones las carmelitas descalzas pretenden extender el mensaje de la solidaridad y la compasión por el desamparado y el desvalido. Se trata, entonces, de incentivar la coordinación y articulación entre sectores, que implique valorar a las personas mayores como ciudadanos con derechos, sobre la base de la igualdad y el respeto a su dignidad.

## Logros y desafíos a los que se enfrenta el hogar San Francisco de Paula en el cuidado de los adultos mayores dependientes

A lo largo de estos cinco años de labor mantenida en el hogar San Francisco de Paula, la Orden Carmelitas Descalzas ha conseguido

un sinnúmero de éxitos, pero igualmente ha enfrentado desafíos en relación con la calidad del servicio que ofrece.

Se han logrado mantener óptimas condiciones constructivas y han acogido a más de cien ancianas. El hogar posee las condiciones de ventilación y ambientación idóneas para que este grupo poblacional se sienta a gusto. Al respecto, el desafío más inmediato que tiene el centro es finalizar las reparaciones para ampliar su capacidad y poner sus servicios a disposición de veintitrés adultas mayores más.

Un beneficio del servicio es el precio, el cual es asequible porque se ajusta a las pensiones o de lo contrario es asumido por el MTSS. Otro logro de la institución, como se mencionó, es el apoyo metodológico que reciben por parte del Minsap, quien pacta las normativas de cómo llevar a efecto el servicio de cuidado.

Para los responsables de la institución un reto sobre el que se debe continuar trabajando es el relacionado con la selección y contratación del personal. Su fluctuación está directamente relacionada con la labor a desempeñar y con los bajos salarios percibidos. En este sentido, a pesar de presentar inestabilidad en el personal, constituye un mérito del hogar contar con la presencia de especialistas altamente calificados, dígase médicos y enfermeras, con años de experiencia y compromiso en el ejercicio de su labor. Los elevados niveles de capacitación del personal médico facilitan el servicio de asistencia a las ancianas con la máxima calidad.

Cuando las hermanas carmelitas comenzaron su labor en San Francisco de Paula, solo tenían tres enfermeras y, con el tiempo, han logrado incrementar esta cantidad hasta llegar a dieciséis. Muchos de los trabajadores del hogar, exceptuando médicos y enfermeras, son personas con bajos niveles educacionales e incluso con antecedentes penales por delitos menores. El hogar trabaja particularmente con ellos para estimular sentimientos de pertenencia con la institución y la labor que realizan.

El reto es trabajar la sensibilidad de los empleados y hacerles comprender que para algunas de las adultas del hogar ellos son lo más parecido a una familia y que en algún momento llegarán a la edad de esas ancianas, en iguales o peores condiciones de dependencia. Por ello deben cuidar como les gustaría que los cuidaran o como les gustaría que cuidaran a cualquier familiar.

La labor de las hermanas carmelitas descalzas en el hogar San Francisco de Paula ha estado lleno de logros y desafíos. Constituye un gran mérito que tres hermanas consigan administrar una institución con ciento doce ancianas y más de ochenta trabajadores. Ellas se mantienen al tanto de todo lo que ocurre en el centro,

se enfocan en administrar adecuadamente los recursos y en que las adultas mayores sean el centro de atención de los empleados. Fomentan el sentido de pertenencia tanto en las ancianas como en los trabajadores, y promueven los valores humanos de equidad, solidaridad y amor por los desfavorecidos.

## Conclusiones

El envejecimiento poblacional impone desafíos importantes para aquellas instituciones que a lo largo de los años se han responsabilizado del cuidado a este sector poblacional. La familia, el Estado y la esfera privada han sido históricamente las más reconocidas, sin embargo, no son las únicas. Las instituciones y órdenes religiosas cumplen una función relevante en el cuidado de los adultos mayores, pues funcionan a través de hospitales y hogares de ancianos que brindan servicios asistenciales e integrales.

San Francisco de Paula constituye un ejemplo de la colaboración de la Iglesia católica con la realidad que transcurre en la Cuba actual, aunque su labor se realiza desde ya hace algunos años. El cuidado de adultas mayores en el centro ha sido un reto al que se han enfrentado tanto las hermanas de la orden como los propios trabajadores. El presente estudio ha puesto sobre la mesa un servicio del que poco se conoce, quizás por la discreción con que es llevado a cabo.

La Orden de las Carmelitas Descalzas desarrolla su vocación de servicio comunitario a partir de un compromiso permanente con la búsqueda de la paz, la justicia y la igualdad social, bajo el precepto de seguir el ejemplo de Cristo en el servicio al prójimo. Asistir a las ancianas desde asociaciones religiosas es una labor enfocada en la fe, no hay fines de lucro y se trabaja intensamente en forjar sentimientos de bondad, compasión y solidaridad con los desprotegidos.

El servicio de cuidado de esta institución presenta una organización particular que comienza desde que las ancianas son aceptadas para formar parte del hogar. Se presta especial atención a la alimentación balanceada, la esmerada atención médica y la higiene, lo cual facilita el desarrollo de un entorno propicio y favorable para el disfrute de los que allí conviven.

Entre las tareas de cuidado que se ofrecen en el hogar está el proveer asistencia médica a las ancianas las 24 horas del día. Se procura que el servicio sea lo más personalizado posible. El horario es un aspecto esencial, ya que se planifica debidamente cada labor y se organizan las actividades en momentos determinados para crear estabilidad en la cotidianidad de las ancianas.

El trabajo de las hermanas carmelitas en el hogar es admirable, sin embargo, carece de reconocimiento social. La satisfacción para quienes dirigen este centro es saberse comprometidas con los desamparados y actuar desde una mentalidad solidaria. Aunque el hogar es dirigido por solo tres hermanas, es posible notar organicidad, respeto y atención. A pesar de que está sujeto a las mismas dificultades que enfrenta cualquier institución de este tipo en el país, aun así el servicio se reconoce como de calidad, porque se basa sobre todo en el respeto a la dignidad del ser humano.

## Bibliografía

Álvarez, Francisco (1998). *Salud y ancianidad en la vida religiosa: ¿ocaso o plenitud?* Vitoria-Gasteiz: Editorial Frontera.

Calcines, Argel (2008). «San Francisco de Paula, su último secreto» [en línea]. *Opus Habana*, vol. XI, n.º 2, abril. [Consulta: 2018-11-21]. Disponible en http://www.opushabana.cu/index.php/articulos/36-articulos-casa-de-papel-1251-

Huenchuan, Sandra (2009). *Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores* [en línea]. Santiago de Chile: Cepal/Celade-División de Población. [Consulta: 2018-11-22]. Disponible en http://repositorio.cepal.org/handle/11362/6988

Ministerio de Salud Pública (Minsap) (2013). «Resolución Ministerial n.º 33, 2013» [en línea]. [Consulta: 2018-12-14]. Disponible en http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=296

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2009). *Envejecimiento de la población. ¿Quién se encarga del cuidado?* [en línea]. Work and Family Information Sheets del Programa sobre las Condiciones de Trabajo y Empleo (TRAVAIL), Oficina Subregional para el Cono Sur y para Centroamérica, Series OIT Trabajo y Familia. [Consulta: 2019-1-8]. Disponible en http://www.ilo.org/americas/publicaciones/notas-trabajo-y-familia/WCMS_184715/lang--es/index.htm

Torres Egea, María Pilar (2007). «Institutos religiosos femeninos y atención gerontológica: valores, misión y compromiso con la sociedad» [tesis de doctorado] [en línea]. Barcelona: Universidad de Barcelona. ISBN: 9788-4692-26452. [Consulta: 2018-10-15]. Disponible en http://hdl.handle.net/2445/43012.

# Sobre los autores

### Aimée Gross Gutiérrez

LA HABANA, 1981

Máster en Sociología por la Universidad de La Habana (2011). Profesora auxiliar e investigadora del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana desde el año 2004.

### Alina C. Alfonso León

LA HABANA, 1957

Doctora en Ciencias Económicas por la Universidad de La Habana (2009), diplomado en Population and Sustainable Development de la Universidad de Botswana (1998), licenciada en Ingeniería en Informática de la TH Carl Schorlemmer, Merseburgo, Alemania (1980). Investigadora auxiliar del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

### Angela Peña Farias

LAS TUNAS, 1978

Doctora en Sociología por la Universidad de La Habana (2014), máster en Trabajo Social por la Universidad de Bodø, Noruega (2005). Profesora titular del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana. Coordinadora del Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (GICAM).

### Danay Díaz Pérez

PINAR DEL RÍO, 1984

Máster en Sociología (2014) por la Universidad de La Habana. Profesora auxiliar de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba) de la misma universidad.

### Dayana Mercedes Moret Muñoz

LA HABANA, 1994

Licenciada en Sociología (2017) por la Universidad de La Habana. Especialista en Relaciones Académicas Internacionales, Dirección de Relaciones Internacionales de la Universidad de La Habana.

**Dayané Proenza González**

LA HABANA, 1978

Doctora en Ciencias Sociológicas (2015) y máster en Sociología (2008) por la Universidad de La Habana. Profesora titular e investigadora del Departamento de Sociología.

**Dayma Echevarría León**

PINAR DEL RÍO, 1973

Doctora en Sociología (2008) y máster en Consultoría Empresarial (2000) por la Universidad de La Habana. Profesora titular del Centro de Estudios de la Economía Cubana, de la Universidad de La Habana.

**Dianelys Lourdes Llorca Camacho**

ARTEMISA, 1993

Licenciada en Sociología (2017) por la Universidad de La Habana. Instructora en Metodología de la Investigación (2019). Especialista en Organismos Internacionales y Cooperación Bilateral de la Sociedad Civil Patrimonio Comunidad y Medio Ambiente (2019-actualidad).

**Jessica Valdés Fuentes**

LA HABANA, 1995

Licenciada en Sociología en 2018 por la Universidad de La Habana. Actualmente es especialista de la Organización y Comunicación Institucional de Etecsa.

**Kenia Sigler Jiménez**

LA HABANA, 1996

Licenciada en Sociología (2019) por la Universidad de La Habana. Especialista en Organismos Internacionales y Colaboración Bilateral de la Dirección de Cooperación Internacional de la Oficina del Historiador de la Ciudad de La Habana. Vinculada al Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam), primero como estudiante y en la actualidad como colaboradora.

**Magela Romero Almodovar**

LA HABANA, 1982

Doctora en Sociología (2016), licenciada en Derecho (2010), máster en Género (2009), licenciada en Sociología (2009) por la Universidad de La Habana. Profesora titular del Departamento de Sociología de esta universidad. Coordina la Red Cubana de Estudios sobre Cuidados.

## Mariana Muñoz Rodríguez

CAMAGÜEY, 1979

Máster en Trabajo Social Comparado (2006) de la Universidad de Bodø, Noruega. Licenciada en Sociología (2001) de la Universidad de La Habana. Profesora auxiliar del Departamento de Sociología.

## Maydelin Souto Roda

PINAR DEL RÍO, 1981

Máster en Sociología (2011) por la Universidad de La Habana. Labora como profesora auxiliar del Departamento de Sociología de esta universidad desde el 2004. Miembro del Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam) y de la Red Cubana de Estudios sobre Cuidado.

## Niuva Avila Vargas

LA HABANA, 1983

Doctora en Ciencias Sociológicas (2021), máster en Demografía (2011), licenciada en Sociología (2006) por la Universidad de La Habana. Profesora auxiliar y profesora principal de las asignaturas Sociología de la Prevención Social y Sociología de la Familia en la misma universidad.

## Rachel del Corral Diéguez

LA HABANA, 1996

Licenciada en Sociología (2019) por la Universidad de La Habana. Investigadora adiestrada del Instituto de Filosofía. Miembro del Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam).

## Rafael Valdivia

LA HABANA, 1995

Licenciado en Sociología (2019) por la Universidad de La Habana. Especialista en Trabajo y Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

## Teresa Muñoz Gutiérrez

CAMAGÜEY, 1954

Doctora en Ciencias Filosóficas, en 1988, en Kiev, Ucrania. Licenciada en Historia, en 1977, por la Universidad de La Habana. Profesora desde 1977. En la actualidad es profesora titular del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana y presidenta del Tribunal Nacional de Grados Científicos en Ciencias Sociológicas.

**Yanet Rodríguez Pérez**

PINAR DEL RÍO, 1993

Licenciada en Sociología por la Universidad de La Habana en el año 2018. Actualmente trabaja en Parque Nacional Viñales como adiestrada de ese centro.

**Yenisei Bombino Companioni**

SANTA CLARA, 1974

Máster en Sociología (2006) por la Universidad de La Habana. Profesora e investigadora auxiliar del Departamento de Sociología de la misma universidad. Colaboradora del Centro de Estudios sobre la Juventud (CESJ). Pertenece al Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam).

**Yilian Albarello Fernández**

LA HABANA, 1996

Licenciada en Sociología (2019) por la Universidad de La Habana. Especialista en Educación Ambiental en el Grupo de Trabajo Estatal Bahía Habana (GTE-BH), vinculada al Grupo de Investigación sobre Cuidado a Adultos Mayores (Gicam), primero como estudiante y actualmente como colaboradora.

Esta edición
de *El cuidado al adulto mayor en escenarios cubanos. Lecturas en clave sociológica,*
de Angela Peña Farias (coord.),
se terminó en 2021.

Para su composición
se emplearon las tipografías
*Noto Serif*
–en sus variantes Thin, Regular, Italic,
Medium, Mediun-Italic,
Bold y Bold-Italic–,
de Google Inc. y Monotype Imaging Inc.;
y *Fira Sans*
–en su variante Condensed–,
de los diseñadores alemanes
Erik Spiekermann y Ralph du Carrois.

**EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR EN ESCENARIOS CUBANOS**
**Lecturas en clave sociológica**

El aumento de la esperanza de vida, si bien es un logro de las políticas sociales de cada nación, constituye también una problemática por los impactos globales e individuales que trae consigo el creciente envejecimiento poblacional. No se trata solo de vivir más años, sino también de vivirlos con calidad, y para ello hay que tener en cuenta a las instituciones y personas que acompañan a los ancianos en su proceso de envejecimiento. Con tal fin, el Grupo de Investigaciones sobre Cuidado al Adulto Mayor, perteneciente al Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana, propone el título *El cuidado al adulto mayor en escenarios cubanos. Lecturas en clave sociológica*, un compendio de estudios que analizan el rol de los actores que participan en las labores de cuidado en la sociedad cubana, con mayor o menor reconocimiento: el Estado, la familia, las redes de apoyo, la Iglesia y el mercado. El texto presenta los logros y dificultades que han acumulado en su misión de servicio, y muestra alternativas y experiencias consumadas para responder acertadamente a las necesidades materiales y espirituales del grupo demográfico constituido por los adultos mayores.

ISBN: 978-959-7265-15-3