

Inequidades de género en los costos de la dependencia hacia el final de la vida

Gender inequalities in dependence costs at the end of life

Nélida Redondo
Universidad ISALUD
INDEC

Resumen

Los últimos datos censales de la Argentina muestran que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la tasa de internación en hogares geriátricos de las mujeres de 80 y más años duplica a la de los varones de la misma edad. El presente artículo se basa en resultados inéditos de un estudio empírico efectuado entre pacientes dependientes que reciben cuidados de atención médica en domicilio. Tales resultados proporcionan evidencias sobre inequidades de género que perjudican a las mujeres en los costos de la atención de la dependencia en los domicilios. Por otra parte, muestran que los hijos/as, yernos o nueras de la persona dependiente son, comparados con otros cuidadores, quienes significativamente experimentan el mayor estrés. Las conclusiones de la investigación empírica sugieren la existencia de diferencias de género en la provisión y recepción de cuidados que afectan negativamente las opciones de las mujeres de edad extrema dependientes de permanecer en sus hogares.

Palabras clave: mujeres, cuidados personales, edad extrema, internación geriátrica.

Abstract

Data from the last Argentinean censuses show that in Buenos Aires City, for the population 80 and older, women's internment rate in geriatric institutions duplicates that of males. This article is based on unpublished empirical results from a study performed in dependent patients that receive in residence medical cares. These results provide evidence about inequities against women in the costs related to the attention of the dependence at home. Additionally it shows that being a son/daughter or son/daughter-in-law of the dependent person significantly increases stress, when compared to other type of caregivers. The empirical investigation shows gender differences in the provision and reception of cares that negatively affect dependent women's options to remain in their homes in the extreme age.

Key words: gender, elderly care, extreme age, institutional internment.

Introducción

La población de la Ciudad de Buenos Aires es la más envejecida del país. En el año 2010 su composición de edades era similar a la de las poblaciones con mayor envejecimiento del planeta (Kinsella y Velkoff, 2001). Desde hace ya más de tres décadas, la población porteña inició el proceso de envejecimiento desde la cúspide de la pirámide debido al descenso de la mortalidad en las edades avanzadas. Como resultado de este proceso, se produjo el aumento de la cantidad y proporción de personas de 80 y más años.

En este artículo se presentan los principales hallazgos inéditos¹ de la investigación “Los costos de la dependencia: costos y beneficios de los servicios domiciliarios para personas mayores dependientes”, llevado a cabo entre los meses de diciembre de 2007 y abril de 2009 en la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo principal de esa investigación fue analizar la estructura básica de servicios que se prestan en el domicilio a personas mayores en situación de dependencia, los costos que estos cuidados generan y los resultados que se obtienen en los niveles de bienestar personal y familiar en poblaciones asociadas privadamente a dos centros de atención médica integral para personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires. Como todo estudio de caso, sus conclusiones solo son válidas y confiables para el universo estudiado, pero proporcionan evidencias empíricas que podrían explicar los diferentes comportamientos según sexo en la internación geriátrica, y, por su importancia, deberían servir de hipótesis a ser investigadas en estudios más amplios sobre este mismo tema.

58

Año 6

Número 10

Enero/

Junio 2012

La edad extrema y la dependencia

El envejecimiento de las poblaciones y, más recientemente, el aumento de la cantidad de personas de edad extrema –mayores de 80 años– produjeron un incremento en la proporción de personas que padecen algún tipo de discapacidad. Las discapacidades aumentan debido a que el avance de la edad condiciona, hasta el momento, la aparición de enfermedades degenerativas, trastornos metabólicos celulares o disfuncionalidades sensoriales. Sin embargo, en la actualidad, en la mayor parte de los países industrializados con elevado envejecimiento demográfico, se registran alentadores descensos de incidencia de esas patologías a medida que a estos grupos de edades ingresan generaciones que han tenido mejores oportunidades educativas y que, a lo largo de su ciclo de vida, consolidaron hábitos más adecuados para el cuidado de la salud (Manton, Corder y Stallard, 1997).

En América Latina existen, hasta el momento, muy pocas investigaciones sobre las implicaciones socioeconómicas de la dependencia. Es común en la región suponer que se trata de un problema privado, resuelto en el ámbito de la familia. La situación se está

1 Estos resultados se presentan en el manual –aún en prensa– *Elgar: International Handbook on Ageing and Public Policy*, editado por Sarah Harper and Kate Hamblin, Oxford Institute of Ageing. Allí se incluye un artículo de la autora que hace referencia a estos datos, entre otras evidencias empíricas referidas al tema más amplio de las políticas públicas para la dependencia en los países del Cono Sur del continente americano.

modificando en los países del Cono Sur del continente en los que, debido a la composición por edades de sus poblaciones, ya comienzan a ponerse de manifiesto en el seno de las familias las tensiones asociadas a la satisfacción de las necesidades de sus integrantes dependientes.

En todas las sociedades, cualquiera haya sido su estructura de edades, han existido personas mayores que en los años previos a su muerte necesitaron la ayuda de otros para su subsistencia cotidiana. La novedad que introduce el aumento de la esperanza de vida es el crecimiento de la proporción de personas de edad extrema que acarrear discapacidades físicas, con la consecuente pérdida de independencia para desempeñar un conjunto de actividades imprescindibles para la vida diaria y el cuidado personal. En el nuevo escenario demográfico, la situación de dependencia puede extenderse durante largos períodos, ocasionando costos de atención que, por su duración, llegan a ser catastróficos para las personas mayores y sus familias.

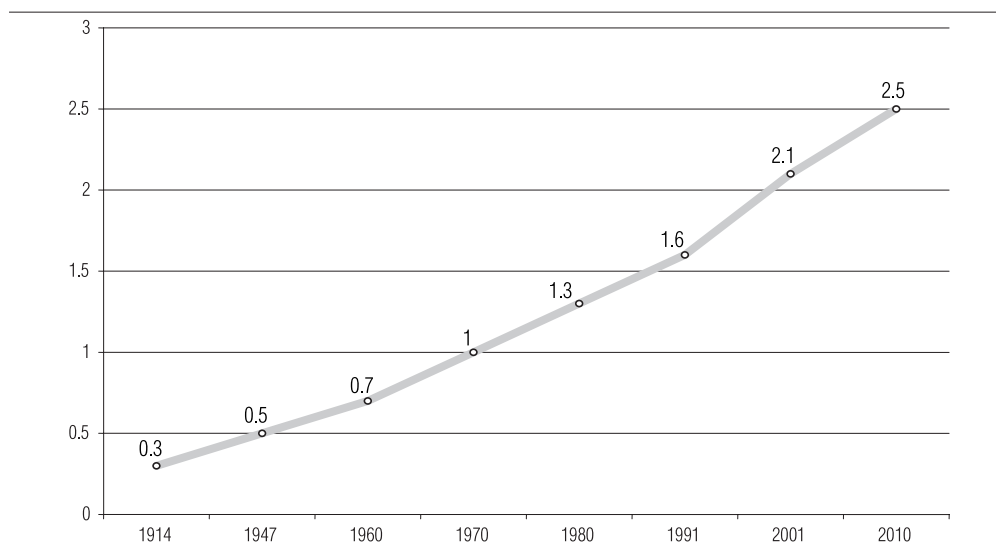
En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE –u OECD según sus siglas en inglés–), en la década de 1990 comenzó la preocupación estatal por la disponibilidad de servicios de atención y ayuda de las personas mayores que, a causa de la evolución de enfermedades crónicas, perdían la autonomía en su mantenimiento cotidiano (Hennessy, 1995). El pronunciado aumento de la demanda de plazas de internación en hogares geriátricos constituyó un llamado de atención para los gobiernos de los países con poblaciones envejecidas. Hasta esos momentos, las políticas públicas se concentraban en ofrecer soluciones institucionales, hospitales u hogares, para personas mayores indigentes, en tanto que la atención de la amplísima mayoría de personas frágiles y dependientes se basaba en el esfuerzo de los familiares, más específicamente de las mujeres, que proveían cuidados personales sin costo para el presupuesto público pero con una enorme carga para ellas mismas.

Progresivamente, tanto en los países europeos como en los de América del Norte, Oceanía y Japón, se robusteció la perspectiva crítica acerca de la limitada oferta de servicios dirigidos a las personas de edad avanzada dependientes. Se generaron, entonces, alternativas innovadoras, con perfiles de prestaciones diversificadas, tanto de base institucional como comunitaria y en domicilio, que en la actualidad se proponen confluir de manera integrada para proporcionar el mayor bienestar posible a las personas que requieren ayuda en su vida diaria.

En todos los países con poblaciones envejecidas hoy se debate en torno al costo de estos servicios de larga duración y acerca de quién es el responsable de su financiamiento. Los costos de la dependencia y el bienestar de las personas dependientes es un tema candente para los sistemas sociosanitarios, para las familias y para las mismas personas mayores.

La posibilidad de “envejecer en casa” se sostuvo como premisa central en la Segunda Conferencia Internacional sobre Tercera Edad de las Naciones Unidas (UN-MIPAA, 2002). Sin embargo, existe robusta evidencia empírica que indica que el cuidado intensivo, continuado, informal puede afectar adversamente la salud física y mental de los cuidadores

Gráfico 1
Porcentaje de personas de 80 y más años. Argentina. Años censales 1914-2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base de: Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo III; IV Censo Nacional de la Nación, 1947, Tomo Población; Censos Nacionales de Población y Viviendas 1960, 1970, 1980 y 1991; y Censos Nacionales de Población, Hogares y Vivienda 2001 y 2010.

familiares (López Gil *et al.*, 2009; López-Casanova, Rodríguez-Palma y Herrero-Díaz, 2009; Giraldo M. *et al.*, 2005). Es decir, el bienestar de las personas dependientes puede conllevar el desasosiego de las mujeres de edad madura y mayor que son quienes casi siempre se hacen cargo del cuidado de esas personas de manera informal. La oferta de servicios de cuidados personales en domicilio se propone aliviar estas tensiones pero sus costos no están al alcance de todos los hogares.

La edad extrema y la dependencia en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires

En la Argentina, el aumento del porcentaje de personas de 80 y más años ha sido sostenido a lo largo del siglo pasado y hasta el presente. El Gráfico 1 permite observar que el incremento fue leve durante la primera mitad del siglo xx (fechas censales: 1914 a 1960), pero que, a partir del Censo de 1970, se observa un franco ascenso que se hace más notorio en la última década del siglo xx y en la primera del siglo xxi.

Entre los años 2001 y 2010, fechas de los últimos censos nacionales de población, el grupo de personas de 80 y más años registró el mayor crecimiento anual del total de la población argentina (Cuadro 1).

El aumento de la población de edad extrema es la consecuencia del progreso socio-sanitario argentino. Las personas nacidas antes de 1930 asistieron a una mejora sin precedentes históricos en sus condiciones de vida, fundamentalmente en los aspectos vinculados al acceso a la educación, a las mejoras ambientales y a las viviendas, a la adquisición de hábitos saludables de vida y a cuidados oportunos del sistema de atención médica.

Cuadro 1
Crecimiento Anual Relativo 1991-2001 y 2001-2010 de la población argentina por grandes grupos de edades. Argentina. Años 1991-2010

Grupos de edades	Crecimiento anual relativo	
	1991-2001	2001-2010
Total de la población	1.1	1.2
Población 0 a 14 años	0.3	0.0
Población 15 a 64 años	1.3	1.7
Población de 65 años a 79 años	1.9	1.1
Población de 80 años y más	4.2	3.6

Notas: Crecimiento Anual Relativo 1991-2001= (población último censo-población censo anterior) / población censo anterior x 100/ 10,51. Crecimiento Anual Relativo 2001-2010 = (población último censo-población censo anterior) / población censo anterior x 100/ 8,95

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población y Viviendas 1991 y de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Cuadro 2
Porcentaje de población de 80 y más años sobre el total de la población por sexo. Total del país y Ciudad de Buenos Aires. Año 2010

Provincia	Porcentaje de población de 80 y más años (1)		
	Total	Varones	Mujeres
Total país	2.5	1.7	3.2
Ciudad de Buenos Aires	5.1	3.3	6.6

Notas: (1) Población de 80 y más años sobre el total de la población por cien. El indicador ilustra el proceso de envejecimiento de la población adulta mayor.

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

La Ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción del país que posee el envejecimiento poblacional más pronunciado del país y, además, el mayor porcentaje de personas de 80 y más años sobre el total de su población (Cuadro 2).

El mayor envejecimiento de la población femenina es el resultado de la mortalidad diferencial por sexo que beneficia a las mujeres en todas las edades, pero principalmente en los segmentos de edades más avanzadas.

La internación en instituciones de larga estadía, en la Argentina denominadas comúnmente “hogares de ancianos”, es una de las dimensiones que permite observar el impacto de la dependencia sobre las condiciones de vida de las personas de edad extrema.

En la Ciudad de Buenos Aires, según datos del Censo 2001,² la tasa de internación en hogares geriátricos aumenta significativamente en la población de ambos sexos de 80 y

2 Hasta el momento de la presentación de este trabajo no estaban disponibles los datos de internación en hogares de ancianos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Cuadro 3
Cantidad de personas de 65 y más años y porcentaje internado en hogares de ancianos por sexo y grupos de edades. Ciudad de Buenos Aires. Año 2001

Grupos de edad y sexo	Población de 65 y más años	Porcentaje en hogar de ancianos
Total	478,445	3.5
65-79	157,123	1.6
80 y más	125,742	9.0
Varones	170,385	2.1
65-79	956,890	1.3
80 y más	35,275	5.1
Mujeres	308,060	4.3
65-79	560,928	1.8
80 y más	90,467	10.5

Fuente: INDEC, *Adultos mayores: hogares y población. Serie 5. Grupos poblacionales 5.1*, Buenos Aires, INDEC, 2005.

más años, pero la incidencia es más notable entre las mujeres: algo más de 10 por cada 100 mujeres de edades extremas se hallaban internadas, mientras que para los hombres de esas edades esa proporción era de 5 de cada 100 (Cuadro 3).

En el presente trabajo se argumenta que la diferencia por sexo en el porcentaje de personas en edades extremas internadas en hogares de ancianos puede ser atribuida a diferencias en el costo de la dependencia que perjudican a las mujeres y que generan inequidad hacia el final de la vida porque les restringen –justamente a ellas, que dedicaron al cuidado buena parte de su tiempo biográfico– las posibilidades de permanecer en sus hogares cuando necesitan recibir cuidados.

El estudio de caso³ efectuado en la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2008-2009 en una muestra de población de personas mayores dependientes que reciben servicios médicos en los domicilios proporciona evidencia empírica acerca de los costos erogables y no erogables (servicios y ayudas que no se pagan con dinero) diferenciales que ocasiona la dependencia según sea el sexo de la persona dependiente. Los hallazgos de esa investigación permiten plantear como hipótesis que las referidas diferencias subyacen en la mayor probabilidad registrada para las mujeres de ser internadas en instituciones de larga estadía cuando alcanzan la edad extrema.

Datos y metodología del estudio de caso

La investigación sobre los costos de la dependencia relevó datos sociodemográficos, médicos, contables, de gastos familiares y de percepción de bienestar en una población de

3 Los datos que se presentan forman parte de los resultados del proyecto de investigación multicéntrico “Los costos de la dependencia: costos y beneficios de los servicios de cuidados domiciliarios en las personas mayores dependientes”, que se financió mediante la Beca Carrillo Oñativia 2008, del Programa “Salud Investiga” del Ministerio de Salud de la Nación

personas de 60 y más años dependientes que reciben servicios de cuidados personales y sanitarios en sus domicilios. Se trata de personas mayores residentes en la Ciudad de Buenos Aires que están asociadas a planes privados de salud en dos hospitales de excelencia. Estos centros son los únicos de esa ciudad que implantaron programas de atención médica domiciliaria de aquellos asociados que presentan persistente dependencia de terceros para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) o de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) debida a enfermedades crónicas discapacitantes con más de noventa días de evolución.

La población estudiada no es representativa de la población adulta mayor de la Ciudad de Buenos Aires dado que, casi en su totalidad, pertenece a los estratos sociales medios y medios altos. Los datos relevados por el estudio permitieron observar que estas personas mayores y sus familias no poseen, en general, restricciones de recursos materiales para proporcionar los servicios personales y médicos que satisfacen sus preferencias. Por este motivo, los costos que estas personas mayores o sus familias informaron a la investigación deben ser considerados valores testigos para obtener servicios sociosanitarios “óptimos” o “subóptimos” en la ciudad. Dado su condición de estar asociadas a planes de atención médica integral, la variable “calidad de cuidado de la salud” estuvo controlada. Es decir, no hay desvíos en la evolución de la dependencia, en los costos familiares o en la demanda de servicios que pudieran ser atribuidos a diferencias personales en el acceso oportuno a las prestaciones médicas o en la calidad de las mismas. Finalmente, la confianza de los pacientes y de sus familiares en sus médicos de cabecera fue la condición clave para prestar su colaboración en este estudio y, fundamentalmente, para generar el interés que pusieron de manifiesto por completar con precisión los datos que les fueron requeridos a lo largo de los doce meses que duró la investigación.

Se aplicaron técnicas de evaluación clínica, de análisis contable, de análisis demográfico y de investigación social para estudiar la relación entre las características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas, los grados de dependencia evaluados en múltiples dimensiones, los gastos familiares, los costos y la facturación hospitalaria y la percepción de bienestar. En la primera etapa del análisis, se utilizaron estadísticas descriptivas para conocer el comportamiento de la población estudiada según las distintas variables de funcionalidad que se midieron: la escala de Katz (Katz *et al.*, 1963), la escala de Lawton y Brody (ELB) (Lawton y Brody, 1969), la escala Mini-Mental State Examination (MMSE) o Minimental Test de Folstein (MM) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) y la escala Geriatric Depression Score (GDS) (Yesavage, 1988). Asimismo, se aplicaron los tests estadísticos Two-Sample T-Test y el de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de la distribución de los *scores* y su relación con las variables demográficas básicas de sexo y edad.

La investigación procuró explicar la relación existente entre el incremento de la dependencia funcional y el aumento de los gastos familiares y de la sobrecarga de los cuidadores familiares. Sobre la base del análisis descriptivo de datos categóricos, se formularon modelos de regresión binaria logística por pasos, en los que se incluyeron las variables que habían mostrado asociación. Los modelos elaborados se propusieron ratificar o refutar la hipótesis que guió el estudio: *los costos de la dependencia se incrementan a medida que*

aumentan los niveles de severidad en la pérdida de autonomía. Para verificar la hipótesis, el estudio buscó identificar las variables o los factores que explican, entre otras dimensiones, el aumento en el gasto familiar y la sobrecarga de los cuidadores familiares. El sexo y la edad de las personas dependientes y de los cuidadores familiares fueron consideradas variables de control en todos los análisis efectuados.

Mediante este enfoque se realizaron modelos diferenciados para explicar el aumento del gasto total familiar y de sus componentes por encima de la mediana y el puntaje tres o más en la frase resumen 22 del test de Zarit de sobrecarga del cuidador familiar. Como se verá, los modelos proporcionan evidencia que sugieren inequidades de género en la recepción y provisión de cuidados informales a personas mayores dependientes.

Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada

Las unidades de análisis fueron personas mayores de 60 años asociadas a los planes de atención médica de los dos centros operativos en los que se llevó a cabo esta investigación y que residían en la Ciudad de Buenos Aires. Se excluyeron los pacientes que estuvieran en cuidados domiciliarios de tipo paliativo (exclusivamente terminalidad de enfermedades oncológicas) y los que fueran egresos de internaciones agudas que no cumplieran con noventa o más días de evolución en domicilio.

En el estudio participaron 153 pacientes,⁴ 56 del Hospital 1 y 97 del Hospital 2. En el Hospital 1, la cantidad total de personas incluidas en el programa de cuidados en domicilio fue 146, por lo que la muestra estudiada representa el 38.4% de ese universo total. En el Hospital 2, el número de personas incluidas en el programa de servicios en domicilio fue de 262, por lo que la muestra estudiada representa el 37% de ese universo total. A lo largo de los 12 meses, fallecieron 9 pacientes –2 pacientes del Hospital 1 y 7 pacientes del Hospital 2–. Los datos que se presentan en este artículo corresponden a los 144 pacientes sobrevivientes, sobre los que se captaron los datos anuales. Según sexo, la población se distribuye en 72% de mujeres y 28% de varones. La media de edad de la población total es de 85 años y la mediana se ubica también en los 85 años.

Los varones que forman parte de la muestra son más jóvenes que el total de la población bajo estudio: la media de edad es de 83 años y la mediana de 84 años. Las mujeres conforman el grupo más envejecido: presentan un promedio de 85 años y una mediana de 86 años.

Principales resultados

Los servicios y prestaciones que ambos hospitales ofrecen en los domicilios están dirigidos tanto a personas que viven en hogares particulares como a personas que residen en instituciones de larga estadía. Una de las condiciones indispensables para ser incluido en el programa de servicios médicos en domicilio es que los pacientes dispongan de una

4 El universo de 153 pacientes fue seguido a lo largo de 12 meses mediante la aplicación de los tests médicos, y se obtuvieron los costos y facturación hospitalarios; pero no todos los pacientes que participaron del estudio aceptaron proporcionar datos a las encuestas sociodemográficas de gastos familiares y de percepción del bienestar.

vivienda adecuada a sus necesidades y que reciban en el domicilio apoyo suficiente para su cuidado personal. En esta investigación, el universo total de los entrevistados en los domicilios que aceptaron responder a los cuestionarios sociodemográficos quedó conformado por 114 personas de ambos sexos. El nivel de dependencia para las AVD se midió a través del Índice de Katz (IK). El IK oscila entre 0 (no desempeña ninguna AVD) y 8 (desempeña todas las AVD indagadas). La aptitud para realizar las AIVD se midió a través de la escala de Lawton y Brody (ELB). La escala oscila entre 0 (no realiza ninguna AIVD) y 8 (realiza todas las AIVD indagadas). El grado de deterioro cognitivo se estableció mediante la aplicación del Minimental de Folstein (MM). El puntaje del MM oscila entre 0 (deterioro cognitivo severo) y 30 (> a 24 pts.: sin deterioro cognitivo). El tipo de hogar particular o institucional es una variable clave para determinar el monto y la composición del gasto erogable y no erogable familiar.

Nivel de dependencia, gastos familiares y ámbitos de residencia

La investigación indagó la información sobre los gastos familiares efectuados para el cuidado de la salud de las personas dependientes a través de dos cuestionarios: en uno de ellos se anotaba el gasto diario durante un mes completo; en el otro, los pagos mensuales a servicios contratados durante el mismo período. Las familias tuvieron a su cargo la anotación exhaustiva de los gastos referidos exclusivamente al cuidado de la salud y la concurrencia a servicios sociales de la persona dependiente que formaba parte de la muestra. En los domicilios particulares se excluyeron del relevamiento la totalidad de los gastos de los servicios de la vivienda, los gastos en alimentación y otros gastos cotidianos del hogar no relacionados directamente con la salud.⁵

Los gastos consignados en forma diaria y mensual por las familias fueron anualizados y convertidos a valores de dólares corrientes en el momento de efectuado el gasto. La magnitud expresa, en consecuencia, el gasto total anual en dólares corrientes en el momento en que la información fue relevada.⁶

El promedio y la mediana de gastos totales familiares aumentan en las personas dependientes que residen en instituciones de larga estadía. La causa del incremento relativo es el monto destinado al pago de la cuota mensual de la institución. Sin embargo, la institución de larga estadía proporciona alimentación y permite ahorrar el costo oportunidad del mantenimiento de la vivienda, gastos que no se consideraron en los hogares particulares. Por ello, es conveniente ser cauto en la evaluación de los gastos familiares diferenciales que demandan las personas dependientes según vivan en hogares particulares o en instituciones.

5 Esto se debe tener en cuenta al analizar en forma comparada los gastos familiares realizados en instituciones de larga estadía y en hogares particulares, debido a que la cuota de la institución de larga estadía incluye alimentación y otros gastos.

6 Debe aclararse que la muestra de quienes respondieron a la pregunta sobre gastos familiares se redujo a 92 pacientes. Los restantes pacientes se mantuvieron a lo largo del estudio, pero rechazaron registrar sus gastos familiares, por lo que solo se dispone de los costos/facturación hospitalarios.

Cuadro 4
Mediana del gasto familiar total y por rubros en domicilio y en institución de larga estadía
(anual en u\$s). Ciudad de Buenos Aires. Abril de 2009

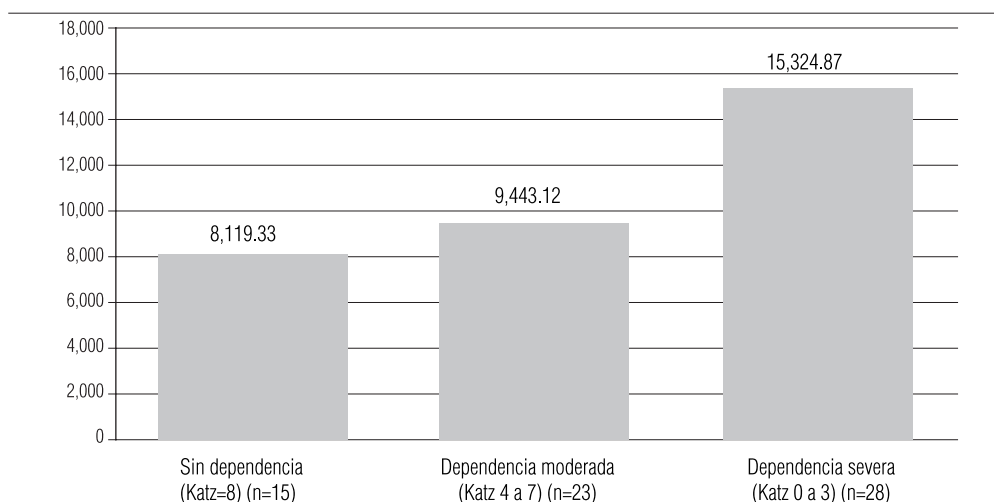
Tipo de hogar	Gasto total	Insumos y coméstica	Servicio de cuidados personales	Servicios doméstico	Servicios de atención médica	Medica- mentos	Cuota plan de salud	Institución de larga estadía	Cuidado informal no erogable
Hogar unipersonal	11,948	383	3,646	768	341	869	2,110	0	178
Hogar de pareja sola	12,541	475	571	2,376	561	1,030	1,921	0	496
Hogar multigeneracional	9,293	566	0	713	207	1,060	2,020	0	349
Institución de larga estadía	15,448	666	0	0	136	625	1,818	10,831	560

Fuente: Estudio multicéntrico "Los costos de la dependencia: costos y beneficios de los servicios de cuidados domiciliarios en las personas mayores dependientes" (inédito).

A su vez, las magnitudes del gasto total de las familias varían en los distintos tipos de hogares particulares de las personas dependientes. En los hogares de pareja sola y multigeneracionales aumenta la proporción de gasto no erogable de cuidados familiares informales que, al ser expresados en valores monetarios por la investigación, explican el mayor gasto relativo de los hogares de pareja sola con respecto a los hogares unipersonales. Los gastos no erogables relevados incluyeron, principalmente, horas de cuidados personales proporcionadas por familiares, transporte a servicios de salud o sociales en vehículos de los familiares y horas dedicadas a la realización de compras y trámites vinculados a la atención de la salud. En el hogar de pareja sola, la mayor carga de cuidado informal (no erogable) suele recaer en el/la cónyuge de la persona dependiente. En el Cuadro 4 se puede observar la mediana de los gastos familiares para cada uno de los rubros mencionados y en cada tipo de ámbito de residencia. Se optó por presentar la mediana de los gastos familiares –“el gasto típico”– debido a que la existencia de pocos valores muy altos (*outlying*) elevaba el valor de la media. Mientras que en las instituciones de larga estadía la mayor proporción del gasto se destina al pago de la cuota de las instituciones, en los hogares unipersonales y de pareja sola (dos personas mayores solas) los rubros que concentran más frecuencia son cuidados personales en el primero y servicio doméstico en el segundo. En el domicilio en el que reside la persona dependiente sola con su cónyuge (pareja sola), la mayor erogación está dirigida al apoyo para la realización de las tareas domésticas. Los gastos en cuidados personales, en cambio, se reparten entre el pago a personal contratado y las horas de cuidado familiar sin retribuciones monetarias. Por su parte, en la casi totalidad de los casos de los hogares en que la persona dependiente vive sola (unipersonales), los cuidadores personales contratados conviven con ella día y noche.

Por el contrario, en los hogares multigeneracionales, es decir, aquellos hogares en los que alguno de los integrantes es un menor de 60 años, solo se registran gastos en personal de apoyo para los quehaceres domésticos y no en cuidadores personales contratados. Según los datos producidos por este estudio, el hogar multigeneracional es el más eficiente para el cuidado de personas dependientes. Sin embargo, en las muestras estudiadas no viven personas con deterioro cognitivo severo en este tipo de arreglo residencial; es decir,

Gráfico 2
Mediana del gasto total en los hogares particulares según el nivel de dependencia de AVD
(anual en u\$s). Ciudad de Buenos Aires. Abril de 2009



Fuente: Estudio multicéntrico "Los costos de la dependencia: costos y beneficios de los servicios de cuidados domiciliarios en las personas mayores dependientes" (inédito).

según los datos de esta investigación, parecería que no todas las formas de dependencia son compatibles con la vida en el seno de la familia extensa.

Los gastos familiares según el nivel de dependencia de las AVD (Índice de Katz) y gasto total familiar

En el nivel de dependencia severa para el desempeño de AVD, la mediana del gasto casi duplica al de la categoría dependencia leve, tal como se puede observar en el Gráfico 2.

Debe mencionarse que la mediana del gasto familiar de las personas con dependencia severa que viven en hogares particulares es un valor similar a la del gasto de las familias de las personas mayores dependientes internadas en instituciones de larga estadía. Si se tiene en cuenta que el valor consignado en los domicilios particulares no incluye la alimentación y gastos de vivienda sí incluidos en las instituciones, queda claro que los costos de la dependencia en los niveles más severos son más elevados cuando las personas permanecen en sus domicilios.

En la mediana del gasto, la diferencia entre el valor máximo de IK (8) y el valor mínimo (0 a 3) es de casi el 50%. Los aumentos del gasto en la dependencia severa se registran principalmente en el rubro de cuidados personales formales, que demanda el mayor esfuerzo monetario. En segundo lugar, aumentan los gastos en botiquín e insumos, derivados de la utilización de pañales y de otros elementos de apoyo. El gasto en medicamentos también se eleva, pero, en cambio, no se modifican o descienden los gastos en prestaciones médicas y en el gasto no erogable del esfuerzo de cuidadores informales. El Cuadro 5 presenta las medianas del gasto familiar en hogares particulares para cada uno de los rubros según los tres grandes grupos de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria.

Cuadro 5
Mediana de gasto anual (erogable y no erogable) por rubros de pacientes en hogares particulares
según nivel de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz).
Ciudad de Buenos Aires. Mayo de 2008 a abril de 2009

Grado de dependencia de AVD (Katz)	Mediana de gasto familiar en hogares particulares por rubro anual en u\$s corrientes (1)						
	Insumos y cosmética	Servicio de cuidados personales	Servicio doméstico	Servicios de atención médica	Medicamentos	Cuota plan de salud	Cuidado informal No erogable
Sin dependencia (Katz=8)	71.5	0	644.85	108.31	853.48	2,104.11	471.24
Dependencia moderada (Katz = 4 a 7)	481.96	264.65	2,179.5	222.04	1153.3	2,021.71	351.56
Dependencia severa (Katz = 0 a 3)	854.96	5,507.04	894.03	536.59	1,065.85	2,021.71	256.51

Nota: (1) Dólares estadounidenses a precios corrientes.

Fuente: Estudio multicéntrico "Los costos de la dependencia: costos y beneficios de los servicios de cuidados domiciliarios en las personas mayores dependientes" (inédito).

Es interesante mencionar que, en el universo estudiado, el cuidado informal de los familiares es más intensivo en las personas sin dependencia de AVD. Este comportamiento fortalece la hipótesis de que, a medida que aumenta la dependencia en las AVD, el cuidado familiar tiende a formalizarse y se prefiere⁷ la contratación de asistentes.

El índice de Katz, la escala de Lawton y Brody y el Minimental de Folstein como predictores del gasto total familiar en hogares particulares

Con el propósito de estudiar la relación de niveles de dependencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y grado de deterioro cognitivo con la magnitud de los gastos familiares, se efectuó la regresión logística de cada uno de los puntajes totales obtenidos a través del IK (AVD), la ELB (AIVD) y el Minimental Folstein (MM), considerados junto con la variable sexo y la variable edad como variables independientes y el gasto total familiar como variable dependiente. Debido a que no se pudo suponer linealidad, se optó por construir una variable dicotómica según el gasto total familiar estuviera por encima de la mediana (1) o por debajo de la mediana (0) para efectuar la regresión logística binaria.

Sobre la base de la información analizada en el punto precedente, se decidió realizar la regresión solo para la población residente en hogares particulares.

7 El estudio aplicó un cuestionario *ad hoc* mediante el cual se relevó información referida a la toma de decisiones con respecto al gasto familiar. Dado que se trató de un universo de nivel socioeconómico medio alto, es consistente que más del 70% de los encuestados manifestara que tales decisiones se tomaban de acuerdo con las preferencias de las mismas personas dependientes o de sus familiares responsables.

Debido a que la interacción entre las variables AVD, AIVD y MM (colinealidad) enmascara los resultados del modelo y hace disminuir su efecto, se decidió aplicar el procedimiento automático por pasos según razón de verosimilitud que, aunque no contempla el orden jerárquico, permite evaluar cuál o cuáles de estas variables incrementan el gasto total familiar por encima de la mediana. La regresión logística así estimada muestra que el puntaje obtenido a través del Índice de Katz (IK) es la única variable que tiene un efecto significativo en el incremento por encima de la mediana del gasto total familiar de las personas dependientes que residen en hogares particulares (no se muestra en cuadro).⁸

Nivel de dependencia y sexo e incremento de determinados tipos de gasto familiar en hogares particulares

El nivel de dependencia de AVD (Índice de Katz) explica la variación de dos tipos de gastos familiares: a) en artículos de botiquín, insumos y cosméticos; b) en salarios de cuidadores personales. Los dos rubros disminuyen a medida que aumentan el puntaje de la escala.

a) Artículos de botiquín, insumos y cosméticos

Los artículo de botiquín, insumos y cosméticos incluyen, entre otros rubros, los gastos en pañales, apósitos, suplementos dietarios y comidas dietéticas recetadas. El puntaje de AVD (IK) explica el gasto por encima de la mediana en botiquín e insumos. A mayor puntaje de AVD (IK), disminuye la probabilidad de que el gasto en botiquín aumente por encima de la mediana (no se muestra en cuadro).

b) Salarios de cuidados personales

El gasto en cuidadores personales incluye los salarios pagados al personal contratado que tiene a su cargo –entre otras funciones de apoyo personal cotidiano– las tareas de baño e higiene personal, paseos, alimentación y vestimenta. El gasto total en salarios pagados a cuidadores personales por encima de la mediana se explica, en primer lugar, por el puntaje IK (AVD) y, en segundo lugar, por el sexo de la persona que requiere cuidado. El puntaje IK (AVD) está inversamente asociado al gasto en cuidados personales. A su vez, los gastos ocasionados por las mujeres en cuidadores personales son superiores a los de los varones, aun controlando por IK. Ello se debe a que es más frecuente que las mujeres residan en hogares unipersonales, así como a la menor disposición de los cónyuges varones a prestar cuidados personales por sí mismos en los casos que residen en hogares de parejas solas.⁹

8 En otras palabras, a medida que aumenta la dependencia (es decir, disminuye el puntaje de IK), aumenta la probabilidad del gasto total familiar por encima de la mediana. En efecto, el coeficiente obtenido para IK es de -0.183, significativo al 0.05.

9 El coeficiente obtenido para el Índice de Katz es de -0.278, significativo al 0.001, y para sexo (mujer) es de -1.617, significativo al 0.05.

Los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes

En esta investigación, se definió como “cuidador familiar” a la persona de confianza, familiar, amigo o asistente personal, encargada de resolver regularmente los problemas de salud o económicos que no puede resolver por sí misma la persona mayor dependiente. La identificación del/de la cuidador/a estuvo a cargo de la misma persona mayor dependiente o, en caso de deterioro cognitivo, de la persona que figuraba como responsable en los registros médicos de los hospitales. Dada la definición, los cuidadores familiares comprendieron tanto familiares –principalmente hijos y cónyuges– como empleados contratados que tienen delegada la administración de los recursos y el cuidado de la persona dependiente en su domicilio.¹⁰

En este estudio, tal como se verifica en la experiencia internacional, entre los cuidadores de persona dependientes predomina el sexo femenino: 76,5% de mujeres y 23,5% de varones. La edad promedio de los cuidadores familiares fue de 58,7 años; es decir, los cuidadores son, en promedio, alrededor de 27 años más jóvenes que las personas dependientes a las que asisten. Sin embargo, se observa una distribución bimodal: a) una moda a los 55-60 años; b) otra moda a los 80-85 años. Ambos modos, reflejan la prevalencia de hijas/os y cónyuges como cuidadores familiares de las personas dependientes

La distribución de los sexos según la edad debe vincularse a las diferentes relaciones de parentesco que mantienen los cuidadores con la persona dependiente a la que asisten: la mayor parte de los hombres cuidadores son cónyuges e hijos, en tanto que las relaciones predominantes en las mujeres son hijas y empleadas (Cuadro 6).

70

Año 6

Número 10

Enero/

Junio 2012

En la investigación se midió el estrés del cuidador familiar mediante la aplicación autosuministrada del test Zarit.¹¹ El test Zarit presenta una escala de cinco opciones entre “nunca” (0 puntos) y “casi siempre” (5 puntos) para que el cuidador marque su sentimiento ante veintidós frases que expresan las impresiones que suelen tener quienes cuidan personas dependientes. La frase que acumuló el puntaje “típico” más elevado (5) –“casi siempre”– fue la número ocho: “¿Siente que su familiar/paciente, depende de usted?”.

Con el propósito de examinar la relación entre el aumento de la sobrecarga familiar, el nivel de dependencia, el grado de deterioro cognitivo, el sexo y la edad de la persona dependiente y las características de los cuidadores que mostraron asociación estadística, se estimaron dos modelos de regresión logística. En ambos modelos la variable dependiente fue el puntaje de la frase 22 del test de Zarit –que resume de manera global–: “En general, se siente muy sobrecargado al cuidar de su familiar/paciente”. Esta variable dependiente es dicotómica: 1 corresponde a un puntaje de Zarit 22 de 3 o más, y 0 corresponde a los

10 Los cuidadores familiares identificados, sobre los que se relevaron datos, fueron 104. Es necesario remarcar que, debido a que el cuestionario fue autosuministrado, no respondieron a todas las preguntas los 104 cuidadores familiares, motivo por el cual pueden aparecer diferencias en los subuniversos de cada uno de los cuadros que describen sus características.

11 Se dejó el formulario a la persona identificada como cuidador familiar para que lo completara por sí mismo después de una lectura a solas.

Cuadro 6
Cantidad y porcentaje de cuidadores familiares por sexo, según relación de parentesco con la persona dependiente. Ciudad de Buenos Aires. Abril de 2009

Relación con la persona dependiente	Sexo del cuidador		
	Varón	Mujer	Total
Cónyuge	10	19	29
Porcentaje	34.5	65.5	100.0
Hija/o	12	33	45
Porcentaje	26.7	73.3	100.0
Otros (1)	2	27	29
Porcentaje	6.9	93.1	100.0
Total	24	79	103
Porcentaje	23.3	76.7	100.0

Nota: (1) Incluye otros familiares y empleados.

Fuente: Estudio multicéntrico "Los costos de la dependencia: costos y beneficios de los servicios de cuidados domiciliarios en las personas mayores dependientes" (inédito).

puntajes 1 o 2. Debe destacarse que alrededor del 80% de los cuidadores informales marcaron 1 o 2 en su respuesta.

El primer modelo incluyó como variables independientes características del cuidador familiar que mostraron asociación estadística con las percepciones de estrés: a) sexo; b) edad (continua); y c) relación de parentesco (cónyuge, hijo/a, yerno o nuera, otra situación). Los resultados de este modelo indican que ser el hijo o la hija (nuera o yerno) de la persona dependiente que se cuida se asocia de manera significativa con un mayor nivel de sobrecarga (no se muestra en cuadro).¹²

El segundo modelo introdujo como variables independientes características de las personas dependientes que requieren cuidado: a) puntaje AVD total; b) puntaje MM total; c) sexo; y d) edad. En este modelo solo la variable MM aparece como marginalmente significativa, lo que sugiere que el deterioro cognitivo de la persona dependiente incrementa el estrés del cuidador/a (no se muestra en cuadro).¹³

En síntesis, en la población estudiada, ser hijo/a de la persona dependiente explica el aumento de la probabilidad de sentirse sobrecargado al cuidar a su padre y/o madre dependiente. Debido a la mayor proporción de viudas, el estrés que sienten los hijos por prestar los cuidados personales a las personas dependientes afecta de manera particular a las mujeres y resulta consistente con el mayor gasto en cuidadores personales contratados para las mujeres dependientes que puso en evidencia el modelo.

12 El coeficiente obtenido para hijo, hija (yerno o nuera) es 1.679 al 0.01. Vale mencionar que ser "cónyuge" se muestra como marginalmente significativo.

13 El coeficiente es de 0.078, al 0.05.

Las evidencias empíricas de las inequidades de género hacia el final de la vida

Los resultados presentados ponen en tela de juicio la capacidad de la mayoría de las familias en Buenos Aires y de las propias personas mayores para soportar privadamente el costo de los servicios de larga duración de calidad. Dado que el estudio se efectuó sobre sectores sociales medios altos, cabe preguntarse cuál es la situación de las personas mayores de los sectores populares urbanos con respecto a la accesibilidad a este tipo de servicios y, en caso de no tenerlos, cuáles son las consecuencias en la supervivencia y en la calidad de vida de esas personas mayores y de sus familias.

Una pregunta que surge del análisis es cuál es la magnitud del gasto no erogable, en esfuerzo personal, que deben realizar las familias con limitaciones de recursos materiales para disminuir los gastos en dinero que afrontan las familias observadas en este estudio y cuáles son las consecuencias de ese esfuerzo en términos de deterioro de la salud física y mental de quienes tienen a su cargo prestar la ayuda.

En la muestra estudiada, más del 75% de los cuidadores familiares eran mujeres, un porcentaje que resulta similar a los que se consignan en la literatura nacional e internacional sobre el tema (López-Casanova, Rodríguez-Palma y Herrero-Díaz, 2009; IMSERSO, 2008; Espin Andrade, 2008; Pérez Peñaranda, 2006). Asimismo, los costos de la dependencia aumentaron en las mujeres mayores que residen en hogares particulares, debido al incremento del gasto en la contratación de personal para ofrecer cuidados personales. Ello se debe a dos factores asociados a los patrones de género: a) a la mayor sobrevivencia relativa de las mujeres y, en consecuencia, a su tendencia a residir en hogares unipersonales en los que se contrata personal de apoyo; y b) a que los hombres tienden a no suministrar los cuidados personales, por lo que, en caso de dependencia de la cónyuge mujer, se suele también contratar personal que los preste.

Por otra parte, la investigación mostró que los hijos e hijas autoperceben sobrecarga por prestar ayuda a sus padres o madres dependientes. Esta tensión subjetiva de los cuidadores familiares que son hijos/as afecta especialmente a las mujeres de edad extrema que en mayor proporción son viudas y, en consecuencia, no conviven con un cónyuge que pueda tener la responsabilidad por su cuidado aunque no preste los servicios por sí mismo.

Finalmente, la observación de los gastos familiares según el nivel de dependencia y el ámbito de residencia puso de manifiesto que en el nivel de dependencia severo los gastos familiares son más elevados en las viviendas particulares que en las instituciones de larga estadía. En el caso de las personas mayores que residen en hogares unipersonales, los costos fijos para el mantenimiento de las viviendas no se comparten con otros integrantes del hogar, por lo que resultan relativamente más altos.

Todos estos aspectos parecen estar en la base de la más elevada tasa de internación en instituciones geriátricas de las mujeres de edad extrema, tal como se evidencia en el cuadro con los últimos datos censales de internación en hogares geriátricos por sexo y edad en la Ciudad de Buenos Aires.

Las cuestiones de género asociadas a la dependencia merecen ponerse en discusión porque cristalizan una profunda inequidad en el final de la vida: las mujeres son las principales cuidadoras informales de las personas dependientes a lo largo de todo su ciclo de vida, pero ellas tienden a no recibir esos cuidados cuando su situación de dependencia los requiere. Los resultados del estudio de caso presentado en este trabajo proporcionan evidencias empíricas que robustecen la necesidad de incluir la “economía de cuidados” en la agenda de las políticas públicas latinoamericanas (Esquivel, 2001).

En los países de América latina, la organización familiar basada en la jerarquía patriarcal subyace a las marcadas desigualdades de género todavía características de la región. A partir de la segunda mitad del siglo XX, en esos países se establecieron diversas legislaciones tendientes a alcanzar mayor igualdad y equidad entre los sexos (Jelin, 2007). Sin perjuicio de ello, hasta el momento no se ha cumplido el objetivo de democratizar las relaciones entre los géneros: problemas de violencia doméstica, de inequidad en la división del trabajo, de asimetrías en el uso del tiempo para la provisión de cuidados son algunas de las dimensiones que están pendientes de resolución (Arriagada, 2007 a y b; Aguirre, 2009; Anderson, 2011).

Diversas encuestas sobre el uso del tiempo efectuadas en México (INEGI, 2004) y en el Uruguay (Aguirre, 2009) ponen en evidencia que las tareas de cuidados de niños y personas mayores dependientes están a cargo, fundamentalmente, de las mujeres. Sin embargo, el aumento de los niveles educativos femeninos, con el consecuente incremento de su participación laboral, ocasiona un déficit de cuidados que, en el caso de los niños, ha sido cubierto por el mercado o por el Estado. Por el contrario, como señala Aguirre (2007: 189), los cuidados para la dependencia han merecido menos atención, tanto por parte del Estado como del mercado o de la sociedad civil, quedando confinados al ámbito privado de las familias. En consecuencia, poco se sabe acerca de las actuales deficiencias. La autora pone énfasis, además, en el hecho de que, debido a la diferencial esperanza de vida entre los sexos, se ha producido una feminización de la población de edad extrema, principal demandante de estos cuidados. La cuestión es especialmente candente en los países del Cono Sur del continente americano –la Argentina, Chile y el Uruguay–, que poseen niveles avanzados de envejecimiento de sus poblaciones, particularmente de sus poblaciones de adultos mayores. En estos países, a medida que avanzó el proceso de envejecimiento demográfico, se establecieron sistemas de protección social a la vejez que, en la actualidad, son los más antiguos y extensos de la región. Como resultado de su amplia cobertura, las personas mayores son relativamente menos pobres que la población más joven (Cotlear y Tornarolli, 2011).

Pero, hasta el momento, los sistemas de protección social no incluyen políticas orientadas a intermediar los cuidados de la dependencia. Ana Sojo (2007) remarca la importancia de la tríada Estado, mercado y familia en las teorías de género y en las políticas públicas específicas. Esta autora se basa en los conceptos “desmercantilización” y “desfamiliarización” desarrollados por Esping-Andersen (1990), para referirse a la necesidad de políticas de cuidados que faciliten la conciliación entre el ámbito productivo y reproductivo en el que se mueven las mujeres latinoamericanas. Desde la perspectiva de Sojo, las

políticas de “desfamiliarización” relajan las tensiones de género que ocasiona la creciente demanda de cuidados generada por el envejecimiento de las poblaciones.

Como se puede apreciar, el énfasis de la literatura sobre el tema está puesto en las inequidades de género que se presentan en las etapas productoras de las biografías femeninas, debido a la coexistencia de los roles de trabajadoras, madres o hijas que exigen doble o triple jornada de trabajo. En cambio, poco o nada se han estudiado los efectos de la carencia de políticas de cuidados sobre la calidad de vida de las mujeres de edad avanzada, una vez que son ellas las que requieren apoyo de terceros por su situación de dependencia.

Es inevitable discutir acerca del papel del Estado en la promoción, la acreditación, la regulación y –eventualmente– la subvención de servicios integrales de larga duración para personas dependientes que poseen recursos materiales insuficientes para hacerse cargo por sí mismos del pago de estos servicios. La falta de intervención estatal en la materia deja librada la resolución de los problemas a las familias. La diversidad de respuestas y de recursos para enfrentarlos puede esconder significativas inequidades que perjudican a las mujeres en los años finales de sus vidas.

La estructura demográfica de la Ciudad de Buenos Aires, así como la de los grandes centros urbanos argentinos, exige la adecuación de los sistemas de atención médica. En primer lugar, es imprescindible que la atención médica geriátrica se oriente hacia la prevención de la dependencia. La aplicación sistemática de las escalas de valoración, por lo menos la ELB, el IK y el MM, es condición indispensable para identificar a las personas mayores dependientes y a sus cuidadores familiares y para protocolizar la modalidad de atención que permita detener o revertir la situación de dependencia. Por otra parte, la atención médica debe implementar una oferta de servicios prestados en los domicilios de las personas dependientes que incluya la capacitación y el apoyo a los cuidadores informales. La experiencia de los dos hospitales privados en los que se llevó a cabo el estudio muestra que este tipo de servicios son eficientes desde el punto de vista económico, que resultan eficaces para la correcta atención médica y que generan una elevada satisfacción en las personas dependientes que los reciben y en sus familiares.

Los servicios médicos y sociales destinados a la dependencia basados en la comunidad son una herramienta fundamental para que las personas mayores se mantengan en sus domicilios y así evitar las internaciones prematuras en instituciones de larga estadía.

Finalmente, es necesario destacar las restricciones del estudio que sirvió de sustento a este artículo debido a que está circunscrito a la Ciudad de Buenos Aires y a una muestra de tamaño reducido de población de clase media alta. La relevancia de los resultados obtenidos sugiere la conveniencia de encarar una investigación más amplia sobre el tema que permita ratificar o rectificar lo expuesto o que aporte nuevos conceptos a los hasta aquí discutidos.

Referencias bibliográficas

- AGUIRRE, R. (2007), “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas”, en J. Arriagada (coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- AGUIRRE, R. (coord.) (2009), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*, Montevideo: UNIFEM.
- ANDERSON, J. (2011), *Responsabilidades por compartir: la conciliación trabajo-familia en Perú*, Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- ARRIAGADA, I. (coord.) (2007a), *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2007b), “Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina”, en J. Arriagada (coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CASADO MARÍN, D. y G. López i Casanovas (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*, Barcelona: Editorial La Caixa, Colección Estudios Sociales, núm. 6.
- COTLEAR, D. y L. Tornarolli (2011), “Poverty, the Aging and Life Circle in Latin America”, en D. Cotlear (ed.), *Population Aging. Is Latin America ready?*, Washington D.C.: The World Bank.
- ESPIN ANDRADE, A. M. (2008), “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, en *Rev. Cubana Salud Pública*, vol. 34, núm. 3, Ciudad de La Habana: CNICM, julio-septiembre.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The Three worlds of Welfare Capitalism*, Princeton (N.J.): University Press.
- ESQUIVEL, V. (2011), *La economía del cuidado en América latina. Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*, Panamá: PNUD.
- FOLSTEIN, M. F., S. E. Folstein y P. R. McHugh (1975), “Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians”, en *J. Psych. Res.*, 12 (3), Elsevier, pp. 189-198.
- GIRALDO M., C. I., G. M. Franco A., L. S. Correa B., M. O. Salazar H. y A. M. Tamayo V. (2005), “Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol”, en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 23, núm. 2, Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia, julio-diciembre, pp. 7-15.
- HENNESSY, P. (1995), *Social protection for dependent elderly people: perspectives from a review of OECD countries*, París: OECD Publishing, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers núm. 16.

- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) (2008), *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia*, España: INE on line. Disponible en: <www.ine.es>. Acceso: 13/04/2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI) (2004), *Mujeres y hombres en México 2004*, Aguascalientes (México): Dirección General de Difusión.
- JELIN, E. (2007), "Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales", en J. Arriagada (coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- KATZ, S., A. B. Ford, R. W. Moskowitz, B. A. Jackson y M. W. Jafee (1963), *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*, Chicago (USA): JAMA.
- KINSELLA, K. y V. Velkoff (2001), *An aging world 2001*, Washington: U.S. Government Printing Office, U.S. Census Bureau, Series P95/01-1.
- LAWTON, M. P. y E. M. Brody (1969), "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living", en *The Gerontologist*, 9(3), Washington (USA): GSA, pp. 179-86.
- LÓPEZ-CASANOVA, P., M. Rodríguez-Palma y M. A. Herrero-Díaz (2009), "Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche", en *Gerokomos*, 20 (4), Madrid: SPA S.L. pp.167-171.
- LÓPEZ GIL, M. J., R. Orueta Sánchez, M. Gómez-Caro, A. Sánchez Oropesa, J. Carmona de la Morena y F. J. Alonso Moreno (2009), "El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud", en *Rev. Clín. Med. Fam.*, 2 (7), Albacete (España): SCAMFYC, pp. 332-334.
- MANTON, K. G., E. Corder y E. Stallard (1997), "Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994", en *Proceeding of the National Academy of Sciences. USA* 1997, vol. 94, Washington (USA): PNAS, pp. 2593-2598.
- PÉREZ PEÑARANDA, A. (2006), *El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental*, Salamanca (España): Universidad de Salamanca.
- SOJO, A. (2007), "Estado, mercado y familia: el haz del bienestar social como objeto de política", en J. Arriagada (coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- UNITED NATIONS (UN)-MADRID INTERNATIONAL PLAN OF ACTION ON AGEING (MIPAA) (2002), *II Asamblea Mundial del Envejecimiento*, Madrid: Naciones Unidas.
- UNITED NATIONS (UN) (2008), *Guidelines for national implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing*, Nueva York: Department of Economic and Social Affairs.
- YESAVAGE, J. A. (1988), "Geriatric Depression Scale", en *Psychopharmacol. Bull.*, 24, Manhattan Beach (CA), p. 709.
- ZARIT, S.H., P. A. Todd y J. M. Zarit (1986), "Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study", en *The Gerontologist*, 26(3), Washington: GSA, pp. 260-6.