

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA

MEMORIA DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN EN MODALIDAD SEMINARIO
PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935-1999) en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Estudiante:

María Fernanda Hernández Salas

Carné: A93050

Tutora:

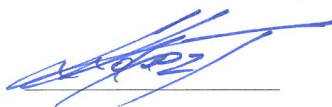
M.Sc. Rocío Loría Bolaños

Montes de Oca, marzo 2019

Ciudad universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica

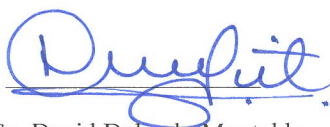
Trabajo final de graduación "Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935-1999) en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente".
Presentado públicamente y aprobado, el viernes 8 de marzo de 2019, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica.

TRIBUNAL EXAMINADOR



Dr. Luis Ángel López Ruíz

Presidente del Tribunal Examinador



M.Sc. David Delgado Montaldo

Profesor invitado



M.Sc. Rocío Loría Bolaños

Directora del Seminario



Dr. Allen Cordero Ulate

Lector del Seminario



M.Sc. Ester Serrano Madrigal

Lectora del Seminario



María Fernanda Hernández Salas

Sustentante

16 de abril de 2019

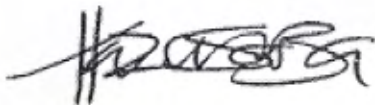
Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología

Estimados señores y estimadas señoras:

De la manera más atenta, se les comunica que he leído la Memoria del Seminario De Graduación sometida a consideración, como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Sociología, denominada: *Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935-1999) en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente*, elaborada por María Fernanda Hernández Salas, carné A93050.

Revisé y corregí el texto en lo relativo a la ortografía y puntuación, riqueza, propiedad y precisión léxica, adecuación morfosintáctica, uso de conectores y cohesión. En este sentido, el documento cumple con los requerimientos de presentación, pero la edición final del texto, que incluirá o excluirá las correcciones filológicas, queda bajo la completa responsabilidad de la clienta.

Cordialmente,



María Raquel Solís Barquero
Bachiller en Filología Española
Cédula: 1-1316-0233
Carné: 0070 ACFIL

Tabla de contenido

1) SECCIÓN I:.....	1
CAPÍTULO I. SÍNTESIS DEL DISEÑO DEL SEMINARIO: EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN APLICADA	3
Justificación	3
Problema de estudio.....	7
Objetivos:.....	7
Antecedentes investigativos:.....	8
Regulación referida a la población adulta mayor y al proceso de envejecimiento en Costa Rica	16
1.1) CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA	18
Connotación histórico-cultural del cuidado	18
La persona cuidadora y los tipos de cuidado	20
Respuesta social en torno al envejecimiento.....	23
La comprensión del envejecimiento y los cuidados desde la perspectiva sociológica	25
Imaginarios sociales sobre el envejecimiento y los cuidados	28
La transversalización de ejes como recurso metodológico para el estudio integral y relacional de los cuidados y de los procesos de envejecimiento	31
Tendencias epidemiológicas y sociodemográficas en el análisis.....	43
1.2) CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	46
Tipo de estudio: relación y desafíos desde un seminario de investigación	47
Delimitación territorial y temporal	49
Población de estudio (criterios de selección).....	50
Técnicas de recolección de información	52
Técnicas de procesamiento y análisis de la información: matriz relacional, categorías, preguntas generadoras y diseño de instrumentos	60
Etapas de la investigación	64
2) SECCIÓN II	69
2.1) CAPÍTULO IV. TENDENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	69

Consideraciones e indicadores sociodemográficos: transición y tendencias de la población adulta mayor	69
<i>Baby Boom</i> en Costa Rica durante el siglo XX y su incidencia en la conformación poblacional actual	75
Consideraciones e indicadores epidemiológicos de la población: enfermedades crónicas y degenerativas y los nuevos modelos de cuidados.	79
Perfil epidemiológico de la PAM en la actualidad.....	81
Síntesis capitular: Transición epidemiológica y demográfica como procesos dinámicos y sus implicaciones en las demandas de cuidados	86
2.2) CAPÍTULO V. TENDENCIAS EN LA REGULACIÓN SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	88
Caracterización y tendencias de la regulación internacional (1980-2015)	88
Regulación regional que incide en la normativa de Costa Rica.....	91
Respuesta institucional de Costa Rica (público-privada), un recorrido histórico	98
Sistemas de cuidados y programas y proyectos específicos para la PAM en Costa Rica.....	101
Retos, preocupaciones y oportunidades hacia el futuro próximo.....	107
2.3) CAPÍTULO VI. CAMBIO SOCIAL Y CULTURAL.....	111
Los imaginarios sociales como herramienta para el análisis de los procesos de envejecimiento y de cuidados.....	111
Las concepciones de persona adulta mayor en Costa Rica y sus cambios (tres décadas atrás): .	114
Concepciones de cuidado y cuidados en Costa Rica y los cambios en las formas de cuidar	122
Nuevos requerimientos en las formas de cuidados	127
Vinculaciones y desvinculaciones intergeneracionales	139
Poblaciones específicas: LGBTIQ, en situación de abandono y calle, migrantes y personas sin redes de apoyo familiar o comunal	144
Síntesis analítica de los cambios socioculturales sobre el envejecimiento y los cuidados	148
3) SECCIÓN III	150
3.1) CONCLUSIONES	150
3.2) RECOMENDACIONES:	155
3.3) RESUMEN DE POLÍTICA PÚBLICA.....	159
3.4) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169

3.5) ANEXOS.....	197
3.5.1) Nota aclaratoria del seminario de graduación.....	197
3.5.2) Anexo 2. Línea del tiempo de políticas sociales de protección para la población adulta mayor en Costa Rica.....	200
3.5.3) Anexo 3. Matriz histórica de revisión hemerográfica. Construcción de categorías y adjetivos, basado en imágenes, representaciones, estereotipos, significados.	201
3.5.4) Anexo 4. Memoria del I seminario investigativo: Género y envejecimiento: cuidado autonegado, masculinidades, población LGBTIQ	205
3.5.5) Anexo 5: Memoria del II Seminario investigativo: Autonomía de la persona adulta mayor desde el enfoque de los derechos humanos: autocuidado, violencia patrimonial y autonomía jurídica, discapacidad adquirida, autoridad y abuso de tutelaje.	216
3.5.6) Anexo 6: Memoria del III Seminario investigativo: Transformación del perfil epidemiológico de la PAM: respuesta de cuidado.....	228
3.5.7) Anexo 7: Memoria del IV Seminario investigativo: Crisis de los cuidados y cambio cultural: asignación social, demanda global y resistencias	241
3.5.8) Anexo 8: Instrumento de entrevista semiestructurada para la persona adulta mayor	252
3.5.9) Anexo 9: instrumento de entrevista semiestructurada para la persona prestataria de servicios	269
3.5.10) Anexo 10: Instrumento de entrevista semiestructurada para la persona cuidadora	283
3.5.11) Anexo 11: Formulario de consentimiento informado	305

Dedicatoria

A Marcelo,
corazón de león, guerrero del camino
con un halo de sol en sus pupilas,
la estrella más brillante de mi galaxia espiral.
Vuela libre, cumple tus sueños.

A mami, papi, María, Cami y Ronny
mi amada familia que me ha abrazado con raíces fuertes.

Agradecimientos

Un proceso de investigación tan largo y exhaustivo como este no hubiera podido culminarse sin la colaboración y participación de muchísimas personas que brindaron su ayuda desinteresada de múltiples formas para este proyecto.

Un profundo agradecimiento a quienes compartieron sus experiencias vinculadas con los cuidados dirigidos a las personas adultas mayores desde los diferentes ámbitos. A quienes amablemente accedieron a ser parte de los casos de estudio por medio de entrevistas; asimismo, a quienes aportaron su conocimiento científico y técnico durante la ejecución de los seminarios investigativos. Todos sus aportes fueron fundamentales en la construcción de este trabajo.

A la Universidad de Costa Rica, institución que me permitió vivir mis mejores años y me dio la oportunidad de estudiar de forma gratuita.

De manera muy especial, agradezco a la M.Sc. Rocío Loría Bolaños, científica social comprometida con la investigación en temas de salud y cuidados; por tantos años de aprendizajes, por la confianza que ha depositado en mí para asumir la labor de esta investigación y desafiarme para dar siempre un poco más. Desde sus cursos de práctica profesional surge este proyecto de graduación, por lo tanto es un gusto haber trabajado con su guía, atinada y que el tiempo dedicado a este proyecto pueda culminar en la generación de avances hacia una sociedad más inclusiva para todas las edades y más preparada para enfrentar los retos futuros. Muchas gracias Ro.

Al Dr. Allen Cordero Ulate, por todo su apoyo durante este arduo trabajo y sus importantes comentarios y recomendaciones.

A la M.Sc. Ester Serrano Madrigal, por asumir la tarea de lectoría del trabajo y apoyar la ejecución de este seminario.

Al todo el profesorado que acompañó mi formación, especialmente al Dr. Randall Blanco Lizano, por sus importantes aportes desde los talleres de investigación y durante el proceso de ejecución del seminario. También al Dr. Luis López Ruíz y al M.Sc. David Delgado Montaldo, como integrantes del tribunal examinador, por sus atinados comentarios y reflexiones durante la presentación pública de la investigación.

A Natasha Núñez, Jason Rojas y Bryan Porras por sus aportes en la elaboración de la propuesta de proyecto y en las etapas iniciales de este seminario.

Un agradecimiento especial al Lic. Iván Rodríguez Soriano, por su apoyo imprescindible para la realización de la base de datos hemerográficos de este trabajo, gracias por aceptar colaborar en tan titánica labor.

Un eterno agradecimiento a mi familia que se ha sacrificado conmigo y me ha acompañado en este largo proceso de formación académica. Primeramente, a Marcelo Vargas Hernández, mi hijo, por crecer conmigo y acompañarme con paciencia a tantas clases, sesiones de trabajo y actividades. Gracias por alentarme con amor a cumplir esta meta y tomarme de la mano para avanzar juntos en esta aventura de la vida.

A Roxana Salas Artavia, la mejor mamá del mundo, por su amor incondicional y el sacrificio realizado para alcanzar mi realización profesional. Ma, este es el inicio de muchas cosas buenas.

A mi hermana María José Hernández Salas, por su apoyo permanente e indispensable, por estar siempre dispuesta a cubrirme la espalda y brindarme su cariño.

A mi sobrina, Camila García Hernández, mi monita, por llenar de alegrías e ilusiones nuestra casa y llenarme de tanto amor sincero.

A las generaciones de luchadoras que me anteceden en mi línea materna: mis bisabuelas, mi abuela “Ita”, tía Lore, tía Maye, mami. Me siento profundamente agradecida por enseñarme a luchar por mis sueños, por transmitirme la fuerza y sabiduría necesarias para vivir.

A Ronald, a papi y a don Ale; por sus palabras de apoyo, por su cariño.

Finalmente, a mis amigas y amigos que tantas veces asumieron la importante tarea de levantar ánimos y compartir ratos de catarsis. Chela, Fran, Marí, Dani, Caro, David, Mau, Jiu, Hugo, Yis, Denisse, Deby, Mily, Sancar, Yer, Kinka, Galo: muchas gracias por acompañarme y apoyarme, que el viento siempre les empuje por la espalda hacia los mejores caminos.

Abreviaturas

AGECO	Asociación Gerontológica Costarricense
ASCADA	Asociación Costarricense de Alzheimer y Otras Demencias Asociadas
ASOCUPAM	Asociación de Cuidadores de Personas Adultas Mayores
CCP	Centro Centroamericano de Población
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CESTRA	Centro de Estudios e Investigaciones del Trabajo
CIPAC	Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos
CORV	Coordinación de Organismos Regionales de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe sobre Envejecimiento
FECRUNAPA	Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
IEN	Informe Estado Nación
IFA	Federación Internacional de Envejecimiento
IIDH	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales del gobierno de España.
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
Instituto WEM	Instituto Costarricense para la Acción, Educación e Investigación de la Masculinidad, Pareja y Sexualidad

IVM	Invalidez, Vejez y Muerte
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIPAM	Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (UNA)
PG	Programa de Gobierno
PIAM	Programa Integral para la Persona Adulta Mayor (UCR)
PND	Plan Nacional de Desarrollo
REDAM	Red Iberoamericana del Adulto Mayor
RNC	Régimen No Contributivo
SINATEC	Sistema Nacional Técnico para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor
SUPEN	Superintendencia de Pensiones
UCR	Universidad de Costa Rica
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNA	Universidad Nacional
EHPM	Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples

RESUMEN

La presente investigación analizó la demanda y respuesta social de cuidados dirigidos a la población adulta mayor en Costa Rica a partir de la Ley N° 7935 (1999), así como los desafíos y necesidades de las políticas que tienen relación con los cuidados de esta población según los indicadores demográficos, epidemiológicos y socioculturales de la actualidad. Se parte desde una perspectiva transversal que permitió el uso de diferentes disciplinas en la construcción de un marco argumentativo propio para la explicación del problema (economía de los cuidados, antropología, estudios de género y sociología), además de la utilización de tres ejes transversales para dar lectura a las especificidades del complejo fenómeno del envejecimiento y los cuidados, a saber: género, autonomía y personas cuidadoras.

El estudio se aborda desde un carácter descriptivo-comprensivo, en tanto realiza un acercamiento a las características de los diferentes sistemas de cuidados y la concepción del envejecimiento, reconociendo la multiplicidad de realidades en donde se desenvuelven los diferentes actores(as) que interactúan en los procesos de cuidados. Se indaga en el sentido de los cuidados como acción social orientada por deseos, valores y creencias, y proyectada hacia una respuesta futura que actúa en nuestro ámbito social.

Se siguió una metodología de tipo cualitativa con aplicación de cuatro técnicas que acompañan una relación metodológica consecuente con la modalidad investigativa: revisión bibliográfica y hemerográfica; seminario investigativo o alemán; y entrevistas semiestructuradas. Además, como parte de la revisión bibliográfica, se analizaron las bases de datos cuantitativos existentes que trazan las tendencias demográficas de la sociedad costarricense.

La investigación es de alcance nacional porque permitió conocer los cambios demográficos y socioculturales de la población adulta mayor en Costa Rica y la generación de mecanismos de resguardo y protección para la población adulta mayor a través de la generación de políticas públicas, así como los desafíos y necesidades actuales. Asimismo, se realizó la ejecución de trabajo de campo por medio de entrevistas semiestructuradas en tres zonas geográficas distintas (costera, rural y urbana) para el reconocimiento de los alcances diferenciados de las

políticas públicas, por lo tanto se eligió a Osa, Turrialba y Curridabat como los cantones representantes de cada una de las zonas.

Para la realización de entrevistas se plantearon estudios de caso, en tres modalidades, para cada uno de los cantones: cuidado familiar, cuidado público y, cuidado privado. Los casos fueron conformados por una persona adulta mayor con necesidades de cuidados o apoyos, la persona cuidadora y la persona prestataria de los servicios de cuidado y salud ofrecidos a la persona adulta mayor de cada caso. Además, se acudió a personas investigadoras o especialistas en temas vinculados con población adulta mayor para la ejecución de la técnica de seminarios investigativos.

El estudio aborda de manera retrospectiva el periodo comprendido entre el año de aprobación de la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor, es decir desde 1999 hasta el 2016, lo cual permite conocer los cambios en contenidos de política pública dirigida a la atención y protección de la población mayor. Así como para comprender los cambios socioculturales trazados a partir de la formulación de la Ley y los nuevos marcos de significados sobre cuidados y envejecimiento; también, se realizó un análisis hemerográfico por medio de una base de datos que recoge notas periodísticas desde 1980 hasta el 2016.

El procesamiento de la información se llevó a cabo por medio de la construcción de matrices de integración de los datos recabados mediante las diferentes técnicas, lo cual permitió un proceso de triangulación metódica para visibilizar la complementariedad de los insumos recabados y que derivó en la realización de un análisis crítico-relacional con el manejo de la amplitud de perspectivas consideradas durante la investigación.

Entre los hallazgos de este estudio, se destaca que: durante la última década el país ha realizado una importante inversión en infraestructura y recursos humanos orientados a la oferta de cuidados; sin embargo, esta atención se orienta primordialmente a la población infantil, esto evidencia una discordancia entre la realidad demográfica del país y la inversión social ejecutada. Costa Rica cuenta con la capacidad instalada para generar estrategias de trabajo con personas cuidadoras y familias, pero es necesario apostar por nuevas formas de interrelación de las personas mayores con su entorno.

Lo anterior, denota la prevalencia de una visión estereotipada del envejecimiento, visibilizada en el uso de adjetivaciones victimizantes e infantilizantes que forman parte del imaginario social y se vinculan con las limitaciones de la autonomía de las personas mayores y las

diferentes manifestaciones de violencia, situaciones que también afectan a las personas cuidadoras. Los procesos de socialización, basados en un sistema heteronormativo patriarcal, favorecen que las cargas de cuidado aún se centralicen en las mujeres, quienes muchas veces, relegadas al abandono junto con la persona mayor a quien brinda atención, en otras palabras, predomina la naturalización del cuidado por obligación o por afecto. Además, la oferta destinada a satisfacer servicios de cuidados, no está abarcando las especificidades de las poblaciones (las personas LGBTIQ, las poblaciones indígenas, las personas con enfermedades neurodegenerativas, migrantes y refugiadas).

Finalmente, se formuló un documento de resumen de política pública que permite generar un puente entre los resultados académicos y la aplicabilidad en el ámbito técnico-político, esta propuesta integra recomendaciones de adecuación y actualización a políticas existentes y está dirigido a instancias relacionadas con la toma de decisiones en materia de envejecimiento y cuidados en Costa Rica.

Palabras clave: persona adulta mayor, envejecimiento, cuidados, autonomía, género, persona cuidadora, seguridad social, política pública de cuidados

1) SECCIÓN I:

Introducción

En la actualidad Costa Rica vive un proceso de cambios a nivel demográfico, epidemiológico y cultural que, de la mano con factores socioeconómicos históricos, incide en la reestructuración de las familias y sus dinámicas. Dentro de esos factores se puede anotar la transformación del estado benefactor de la década de los ochentas a la ruta neoliberal que se asume hoy día, pasando entonces de mecanismos estatistas para dar respuesta a las necesidades de la población, a espacios donde las acciones del mercado y de las comunidades organizadas toman protagonismo.

En las últimas tres décadas se ha dado un progreso en cuanto a la incorporación de las mujeres al mercado laboral formal; por lo tanto, quienes eran las encargadas directas de las tareas de reproducción del hogar, incluyendo las labores de cuidados de otras personas, cada vez asumen menos estas labores. Esto conlleva a la articulación necesaria de los recursos estatales, los familiares y los privados para soportar los pesos del bienestar social de la población. Sin embargo, la delegación de las actividades domésticas y los cuidados sigue efectuándose sobre la base de la división sexual del trabajo, lo cual implica la ejecución de dobles y triples jornadas laborales de las mujeres para el funcionamiento de la sociedad tal como la conocemos.

Los indicadores y proyecciones demográficas que señalan el crecimiento poblacional en el segmento de personas adultas mayores, así como las transformaciones en el perfil epidemiológico nacional que deja atrás las enfermedades infecciosas para pasar a la predominancia de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales afectan directamente a la población adulta mayor (PAM), pues se generan desafíos de la cantidad de oferta de servicios y la necesaria especialización de estos al ser dirigida a una población con múltiples particularidades y, a su vez, implica cambios en las formas de cuidar.

En este contexto, surge la presente investigación en modalidad de seminario de graduación, inicialmente con un grupo conformado por cinco personas (Anexo 1). Tomando como punto de partida la necesidad de comprender las demandas y los desafíos en relación con el cambio demográfico, epidemiológico, las transformaciones socioculturales y su respectiva correspondencia con las políticas públicas existentes, todo esto ligado a la trayectoria histórica de los cuidados de la PAM en el país.

La investigación se desarrolla desde un enfoque descriptivo-comprensivo que permitió un acercamiento exhaustivo al fenómeno del envejecimiento y los cuidados, así como reconocer las diferentes interpretaciones y sentidos de la acción social dirigida a cuidar de las personas adultas mayores. Se tomó en cuenta un abordaje transdisciplinario considerando los aportes de la antropología, la economía de los cuidados, las teorías feministas, las teorías de políticas públicas y el paradigma de los determinantes sociales de la salud, aspectos que permiten construir una propuesta propia para el análisis del problema, la cual contempló tres ejes transversales aplicados a lo largo del proceso: género, autonomía y personas cuidadoras.

La memoria de este seminario contiene siete capítulos, divididos en tres secciones: la primera sección compuesta por tres capítulos, en los dos primeros se desarrolla la delimitación del objeto de estudio y la fundamentación de la investigación; en el capítulo número tres se explica la estrategia metodológica que fue construida de forma consecuente con la modalidad de seminario, abarcando cinco técnicas de recolección de información (revisión bibliográfica, seminarios investigativos, entrevistas semiestructuradas, análisis hemerográfico y análisis de datos cuantitativos existentes) para posteriormente integrar los datos mediante triangulación metódica.

La segunda sección incluye los capítulos del cuatro al seis donde se expone el análisis del material recabado, esta sección lleva el siguiente orden: el capítulo cuatro hace una caracterización histórica de la normativa internacional y nacional en materia de protección social para la población adulta mayor, aportando el diseño de una línea del tiempo gráfica que resume las tendencias desde una perspectiva histórica contemplando en este análisis más de tres décadas de regulación. El capítulo cinco explica el cambio sociocultural en relación con los imaginarios sociales de ser una persona adulta mayor, de las implicaciones de brindar cuidados y las nuevas formas de cuidar. Seguidamente, el capítulo seis expone los cambios sociodemográficos y epidemiológicos, así como las proyecciones de estas transiciones y sus impactos en las demandas de servicios.

Finalmente, la sección tres integra las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación y, al ser esta una investigación aplicada, el informe del seminario de investigación cierra con un resumen de política pública que es el principal aporte de la investigación, pues permite de una manera fundamentada hacer recomendaciones concretas, basadas en evidencia científica recabada, para el mejoramiento de la oferta de servicios a mediano y largo plazo.

CAPÍTULO I. SÍNTESIS DEL DISEÑO DEL SEMINARIO: EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN APLICADA

Justificación

El cuidado es una actividad inherente a la vida que responde a la necesidad social de promover, proteger y preservar la humanidad. El trabajo de los cuidados como objeto de estudio, en las ciencias sociales propiamente, deriva de la tensión social y de las crisis que en las sociedades de finales del siglo XX resultan de la demanda en la provisión del cuidado, por varios factores, tales como: el posicionamiento social y los nuevos roles de las mujeres, el cambio demográfico que conlleva al aumento en la esperanza de vida y del envejecimiento progresivo de la población, el cambio cultural respecto al acuerdo social de los cuidados. En la sociedad contemporánea, paralelo el aumento general de la esperanza de vida al nacer, incrementa la incidencia de enfermedades (crónicas y neurodegenerativas) que requieren atención a largo plazo, lo que deviene en demandas y cambios culturales que afectan la transferencia y el rol de quien asiste o cuida (Hochschild, 2001; Pérez-Orozco, 2005; Agrela, Martín y Langa, 2010; Vega, 2006).

Lejos de ser una actividad natural, los cuidados, su significado y las formas en que se expresan, están atravesados de manera interseccional por el género, la condición etaria y parental, la clase social y la adscripción étnico-geográfica de las personas. Los cuidados están siendo redescubiertos y forman parte de la producción científica reciente de varias disciplinas, llegando a su variabilidad en la definición y construcción como objeto de estudio que involucra a diferentes actores, instituciones, relaciones y enfoques (Letablier, 2007; Torns, 2008; Carrasquer, 2012; Daly y Lewis, 2000, citado por Setién y Acosta, 2010). Algunos los han situado en la intersección entre la familia y las políticas sociales, articulándose al mismo tiempo a los problemas de la ciudadanía y de la inclusión social.

Los cambios demográficos, sociales, culturales, así como los económicos y políticos de las tres últimas décadas, nos permiten comprender la llamada “crisis de los cuidados” dado que evoca un proceso de cambio social amplio, directamente afectado por el devenir del Estado de Bienestar. Este cambio obliga a dilucidar un trabajo imprescindible, desigualmente distribuido, que impacta y tiene consecuencias importantes sobre la vida cotidiana de quienes requieren cuidados, pero también de quienes lo ejercen. Es decir, la manera como la sociedad resuelve la demanda y la necesidad de los cuidados de los grupos poblacionales que lo requieren supone que se generen sistemas de recargo, con o sin reconocimiento, asignado en

pocas personas; o bien, un reparto justo y responsable en todos los niveles: familiar, comunitario, regional y nacional (Hochschild, 2001, CEPAL, 2009).

Asumir socialmente la complejidad del cuidado en sus relaciones y significados, y desde una lógica de derechos, presupone su reconocimiento como derecho universal. El enfoque de derechos considera el papel del Estado y la cadena de actores sociales involucrados en lo social y lo económico hacia la generación de políticas sociales conducentes a universalizar la responsabilidad, las tareas y los recursos necesarios para los cuidados según las especificidades en las diferentes etapas de la vida (Pautassi, 2010, Huenchuan, 2011).

Para Latinoamérica especialmente, y es el caso en Costa Rica también, esto ocurre en un proceso de cambio de la gestión y el estilo de desarrollo del Estado Benefactor. Posterior a la década de los ochenta, el Estado costarricense toma una ruta estatista para dar respuesta a las necesidades de asignación de recursos para el bienestar de la población, donde las mujeres, hasta entonces excluidas del mercado laboral formal e históricamente encargadas directas de las tareas de reproducción del hogar, incluyendo el cuidado de otras personas, dejan de ser el soporte único y principal de la labor de reproducción y cuidados. Con su incorporación al mercado laboral, paulatinamente algunas actividades serán delegadas a otras esferas, lo cual lleva a la necesidad de asignar y articular recursos del Estado, del mercado y los propios (los de las familias), para poder garantizar el bienestar social. No obstante, esta delegación continuará sobre la base de la división sexual del trabajo e implica que los regímenes de bienestar continúan sosteniéndose a partir de la ejecución de dobles y triples jornadas laborales de las mujeres (Martínez, 2005 y 2008).

En las décadas más recientes, el acelerado cambio socio demográfico ha provocado que la estructura poblacional en Costa Rica se modifique considerablemente, dando como resultado el aumento de la población adulta mayor y de la esperanza de vida, a la vez que advertimos un bajo crecimiento demográfico con disminución significativa de las tasas de mortalidad y fecundidad (Robles, 2005; Schkolnik, 2004 en Monge y Muñoz, 2008).

Ocurren así importantes transformaciones en las estructuras familiares dando paso a un cambio de roles, con nueva asignación o reasignación en particular para las mujeres, que comportan dinámicas de relacionamiento, convivencia y cuidado muy distintas a las experimentadas por la sociedad costarricense tres décadas atrás. Ello se evidencia en la recomposición familiar (pasamos de familias extensas a las monoparentales y nucleares), en la disponibilidad diferencial de la mano de obra (según composición por sexo y edad), así

como en el significado social relacionado con las tareas de cuidados, sobre todo de parientes y allegados. Tales dinámicas devienen en una cesión abrupta de la carga y de las tareas de cuidados al Estado y al mercado, especialmente de la persona adulta mayor, que la sociedad costarricense lentamente reconoce y enfrenta.

En 1999, hace apenas dos décadas, se creó la Ley N°7935 denominada: Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N°7935, 1999). Esta busca garantizar igualdad de oportunidades, vida digna en todos los ámbitos, protección y la seguridad social, así como la participación de las personas adultas mayores en las políticas y decisiones que les afecta. Tras una década de su implementación, instancias de representación como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), el Hospital Blanco Cervantes, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el Ministerio de Salud, así como los indicadores socioeconómicos y culturales, alertan sobre los vacíos de la política en cuanto a la respuesta social, de cara al aumento de esta población, y teniendo en cuenta las implicaciones del incremento en la esperanza de vida de poblaciones que hoy desafían su lugar en la sociedad, en cuanto a participación, reconocimiento y autonomía (INAMU, 2008; INEC, 2012; García-Jiménez, 2011, CCP & INEC, 2008; CONAPAM, 2013).

La sociedad costarricense apenas empieza a asumir el reto vinculado con las longevidades que perviven con discapacidad adquirida, enfermedades crónicas o enfermedades neurodegenerativas, con maneras muy distintas de percibir y llevar el envejecimiento. Esto nos lleva a la necesidad de reconstruir la historia del cuidado de las personas adultas mayores en el país, en donde se considere particularidades de género, etarias, de etnia y geográficas, que nos permitan comprender las demandas y los desafíos en relación con el cambio demográfico y sociocultural, y su respectiva correspondencia con las políticas públicas existentes.

Como sociedad, somos parte de una transición sociodemográfica significativa, sino que testigos de cambios importantes en la economía y en el mercado laboral. Experimentamos transformaciones culturales profundas en cuanto al significado del cuidado de los otros: hemos pasado de un modelo de cuidado familiar extenso, abnegado, culpabilizante en cierto sentido y, del tutelaje del otro por su dependencia, hacia formas de cuido remunerado (o no remunerado invisibilizado), institucional y socialmente devaluado, que deriva en el abandono

de las personas adultas mayores sin recursos económicos y sin redes socioafectivas (IMSERSO, 2004; Arriagada, 2007).

El programa de Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica, creado en 2012, marcó una transición y obligó a revisar la respuesta institucional. Tras 7 años de aplicación, tenemos indicadores de revisión de la misma, tales como proyecciones poblacionales, oferta institucional, oferta de servicios, demanda de cuidados, y que están relacionados con la propuesta realizada desde el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social en conjunto con la Vicepresidencia de la República de la administración Solís Rivera, para integrar los programas de cuidado de la persona adulta mayor en un Sistema Nacional de Cuidados que conjugue alternativas de cuidado para la niñez, la adultez mayor y las personas con discapacidad. Esto podría permitir trazar un carácter interrelacional entre grupos de edad y demandantes, para maximizar el aprovechamiento de recursos humanos y de infraestructura especializada, a la vez que nos estaríamos aproximando a procesos de cuidados compartidos, corresponsables e integrales, siendo un modelo que con más frecuencia se tienden a ensayar en países europeos y anglosajones (Citizens Information, 2010).

Los procesos de implementación de políticas neoliberales que se viven en la actualidad, favorecen la privatización de los servicios de salud y también de los cuidados. Las respuestas, en gran parte dadas por el mercado, cada vez gozan de mayor aceptación, por ejemplo, la atención de personas adultas mayores en centros permanentes o diurnos, la disponibilidad de una oferta de servicios profesionales de salud, cuidado y bienestar especializados (Bonanza Asistencia: <http://bonanzaasistencia.com>, Cuidados Especializados para el Adulto Mayor (CEAM): <http://cuidados-especializados-para-adulto-mayor.negocio.site/>, Verdeza: <http://www.verdeza.com>, entre otros) y de productos de seguros y pólizas diferenciados para esta población (Fernández, E., 9 de octubre 2016).

En ese sentido, la necesidad de investigar el cuidado de la población adulta mayor desde la sociología, supone lograr un abordaje relacional que desde múltiples perspectivas (enfoque de derechos, feministas y estudios en masculinidades, economía del cuidado y valor antropológico del cuidado), así como las dimensiones que nos permitan contextualizarlo y comprenderlo como problema social de consideración en la agenda política. Por ello, esta investigación que inicialmente se empezó a desarrollar desde la modalidad de seminario (Anexo 1), sigue su curso como investigación aplicada que apuesta a plantear propuestas y

recomendaciones en materia de cuidados, que precisan posicionarse en la política pública existente.

Problema de estudio

¿Las políticas públicas de cuidado de la población adulta mayor responden a las perspectivas demográficas y socioculturales en la sociedad costarricense que motivaron la promulgación de la Ley N° 7935, y las actuales (la Ley N° 9379, y la Ley N° 9325)?

Objetivos:

Generales	Específicos
1. Describir la demanda y la respuesta social, incluyendo la política pública, del cuidado de la población adulta mayor en Costa Rica, a partir de la creación de la Ley N° 7935 (1999) y a hasta la actualidad.	1) Identificar los cambios demográficos y socioculturales que trazaron la creación de la Ley N° 7935 (1999) en la sociedad costarricense y que han influido en la respuesta de cuidado de la población adulta mayor en Costa Rica. 2) Analizar las políticas públicas que responden al cuidado de la población adulta mayor desde 1999 hasta el 2016.
2. Examinar los desafíos y las necesidades de las políticas de cuidado de la población adulta mayor en la sociedad costarricense, según indicadores demográficos y socioculturales recientes.	3) Contrastar las políticas públicas dirigidas a la población adulta mayor con los desafíos de cuidado que han resultado de los cambios demográficos y socioculturales en la sociedad costarricense. 4) Determinar prioridades y adecuaciones a las políticas públicas de cuidado para la población adulta

mayor en Costa Rica.

Antecedentes investigativos:

Indudablemente, el tema de envejecer y el cuidado que esta etapa de la existencia humana supone, se debe de abordar desde la sociología contemporánea, pues como bien expone Sánchez (2011): “la vejez no es solo una etapa de la vida de acuerdo con un dato biológico o cronológico: es ante todo un constructo social y cultural” (p. 48).

Esta investigación aborda la situación de la población adulta mayor en relación al cuidado integral requerido, el cual comprende tanto la satisfacción de las necesidades básicas de la existencia como aspectos sociales, culturales, institucionales, de género, desde un enfoque de derechos humanos. Estos aspectos son parte del constructo social y cultural en donde está inmersa la población adulta mayor, que cambia en el tiempo y, por ende, conforman los ejes de interés para analizar la legislación relacionada, considerando aquellas demandas y desafíos que fundamentarían una política pública pertinente.

Actualmente, uno de los principales posicionamientos a nivel global en cuanto a la investigación en salud y específicamente en temas de cuidados tiene que ver con el concepto de *well-being* (bienestar). Este concepto hace referencia a las oportunidades y ventajas de acceder a las condiciones generadoras de bienestar por medio de oportunidades de vida, con las cuales se minimizan los niveles de angustia de la población. Así, existen factores del *well-being* que pueden tener efectos homogéneos en los miembros de un mismo grupo, pero otros pueden generar impactos heterogéneos, es decir, proveen oportunidades para algunas personas, pero limita y ocasiona niveles de angustia para otras (Durán, M. 2014; White, S. 2008).

Durante décadas, se ha escrito vasta literatura relacionada con el trabajo remunerado, esto desde distintas disciplinas, tales como la Antropología, la Economía, la Sociología, entre otras; y se han desarrollado numerosos instrumentos estadísticos relacionados con este tema. No obstante, hasta la década más reciente es que se desarrollan con mayor auge, las producciones técnicas y científicas inclinadas a visibilizar el peso del trabajo no remunerado referido a la tarea de cuidar a otros, no solamente para la economía de los países sino también para la sostenibilidad de los sistemas de salud y la oferta de cuidados (Rieznik, P. 2001; Durán, M., 2012).

María-Ángeles Durán (2014) describe tres tipos de trabajo no remunerado, a saber: a) forzado, b) no remunerado en los hogares y, c) voluntario. El trabajo remunerado y no remunerado se interrelaciona directamente con la concepción de *well-being* y ambos tienen efectos diferenciados tanto en las épocas de productividad laboral como en las posteriores a la edad productiva.

El trabajo no remunerado carece de las garantías que goza el empleo formal, como vacaciones o aguinaldo. En la búsqueda de disminuir tales desigualdades en países, como Irlanda, Reino Unido, Finlandia y Australia, se han implementado mecanismos para favorecer a las personas cuidadoras en diferentes aspectos: desde el económico al otorgar un subsidio a personas que cuiden a otras con discapacidad o a personas mayores, hasta en aspectos de apoyo especial, que remite a cuidados de “relevo”, consistiendo estos en ofrecer cuidados con familias alternativas o en espacios institucionales adecuados para dar atención a las personas con discapacidad para que sus familias o personas cuidadoras tengan un tiempo de descanso o vacaciones ya sea de periodos cortos o extendidos (Citizens information, 2010; González, L. s.f).

Específicamente en Finlandia, se ha discutido sobre la universalidad de los servicios públicos y sociales de cuidado en tres líneas: cuidado social para personas mayores, cuidado diurno de niños y niñas y, el cuidado de la salud. Estas discusiones tienen sus raíces en la búsqueda del alivio de la pobreza en la población, y se basa en un precepto de universalidad, esto ha conducido a la generación de un subsidio de asistencia dirigido a personas jubiladas que permite fomentar los cuidados domésticos y sufragar los gastos por enfermedad o discapacidad, sin que sus ingresos mensuales por jubilación se vean afectados (Comisión Europea, 2012).

Dado el vertiginoso envejecimiento de la población a nivel mundial, las investigaciones del periodo actual también ahondan en los diversos tipos de arreglos de vida de las personas mayores. En especial desde la producción intelectual europea y anglosajona se explica la necesidad de desarrollar alternativas de apoyo y vigilancia para las poblaciones de personas mayores que conforman familias unipersonales o que viven en compañía de otra persona adulta mayor (Huber et al., 2009).

Por medio las investigaciones consultadas, se establece el concepto de persona adulta mayor más allá de una concepción basada en la edad de la persona, Gómez (2003) argumenta que la edad cronológica no es el único aspecto para tomar en cuenta a la hora de comprender la

situación y definición misma de una persona adulta mayor. Castro et al. (2006) traen a colación la importancia de comprender a la persona adulta mayor como parte de contextos históricos, culturales, económicos y políticos particulares.

Acá se entiende a la persona adulta mayor como aquella con edad cronológica a partir de los 65 años, sujeta activa de derechos de cuidado y trato integral. Que una sociedad asimile y asuma esto, requiere políticas públicas de cuidados y apoyos, con el fin de promover cambios culturales dirigidos a la corresponsabilidad social de los cuidados desde la equidad de género hacia la construcción de una sociedad civil educada, formada y sensibilizada para afrontar los retos que conlleva el aumento de personas adultas mayores con nuevos padecimientos y necesidades.

El tema de la transición demográfica, a nivel global también ha gozado de la atención intelectual en los últimos años, debido al cambio en la pirámide generacional, que moviliza la tendencia hacia al envejecimiento de la población (Miró, 2003; CELADE, 2005; Robles, 2005; Arnold y Thumala, 2007; Alejo, 2009; Vaquiro y Stiepovich, 2010; Rosero y Jiménez, 2011; Rosero, s.f.; Artiles, s.f.; Gómez y Gonzales, s.f.).

A diferencia de las demás regiones del mundo, América Latina envejece de manera muy acelerada, mientras resulta ser la más desigual del mundo, donde se acoge una inmensa heterogeneidad que incide en la reproducción de desigualdades étnicas, etarias y de género que se interrelacionan y producen brechas en el acceso a la protección social, al mercado de trabajo, a la educación, a la tierra y a la seguridad, tanto a lo interno de los países como entre ellos.

En los últimos 50 años, la población de la región ganó 20 años de longevidad, logrando una esperanza de vida al nacer de 72 años para ambos sexos, en promedio. Costa Rica, no escapa de este fenómeno que en parte se debe a la disminución de la mortalidad infantil en los últimos 30 años. El descenso de la mortalidad infantil en la década de 1970 fue particularmente importante: en 10 años la mortalidad infantil disminuyó de 67 a 19,9 muertes por cada 1000 nacidos vivos (CEPAL, 2005). Actualmente la esperanza de vida para el continente americano es de 75 años, mientras que Costa Rica es el país latinoamericano con mayor esperanza de vida al nacer: 80.98 años (OMS, 2017).

La Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (2002), señala que los retos principales ante el

envejecimiento demográfico se agrupan en los siguientes: personas de edad y desarrollo, salud y bienestar en la vejez y entornos propicios saludables. Este plan se basa en los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad que son: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad (CEPAL, 2003).

Sin duda, la producción académica e investigativa de la CEPAL aporta antecedentes fundamentales para la contextualización del fenómeno del envejecimiento en América Latina; por ejemplo, Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez (2014) editan el título: “Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores”. Siendo el concepto de autonomía un eje fundamental en esta investigación, se comparte con las autoras la preocupación de cómo la situación de cuidado de las personas adultas mayores puede vulnerar su autonomía debido a las características propias de su edad, pero principalmente debido a las enfermedades que puedan afectarles en esta etapa de la vida, inmersas en lo que al menos en la sociedad costarricense deriva en la conformación social de procesos de tutelaje donde predominan relaciones verticales. Esto deviene en el decrecimiento de la autonomía, potenciado cuando esta población se desenvuelve en contextos de pobreza o marginalidad.

Etxeberria (2014) propone una “autonomía acompañada” en la que las capacidades que se mantienen compartan espacio con las que van mermando (más allá de las capacidades físicas y cognitivas las capacidades afectivas y morales, por ejemplo) mediante procesos de interdependencia que posibiliten el intercambio de dependencias e independencias en solidaridad, en la cual se está en disponibilidad de dar y recibir bienes diversos, tanto materiales como inmateriales, en estos procesos las personas cuidadoras estarían jugando un papel fundamental.

Por su parte, Rodrigo Jiménez (2014), reivindica la autonomía como la capacidad de tomar decisiones para dirigir los deseos para la vida cotidiana. Cuando esas decisiones no se respetan se incurre en violación de los derechos humanos, un tema en el cual las desigualdades de género se vinculan de manera estrecha, en especial cuando se toma en cuenta que las cargas del trabajo de cuidados recaen mayormente sobre las mujeres aun cuando en muchas ocasiones se les asigne el cuidado de la persona que ha sido su agresora (o inclusive que la continúa agrediendo).

Jorge A. Paz (2010) refiere que, según las tendencias proyectadas, en el año 2050 las personas mayores de 59 años de edad van a representar un 22.5% de la población mundial;

además, se estima que más del 4% de la población mundial estará conformada por personas de 80 años y más. De seguir el ritmo prevaleciente, la tasa de dependencia de personas adultas mayores en América Latina y el Caribe pasará de 6.6 en 1950 a 26.9 en el 2050.

En gran medida, la situación económica y la calidad de vida de las personas adultas mayores depende de su historia laboral; asimismo, hay que considerar que “los riesgos por discapacidad o por falta de capacidad para generar ingresos de los adultos mayores depende también del tipo de tareas que desempeñó en su etapa activa” (Paz, 2010, p. 32). Los ingresos por pensiones muchas veces no son suficientes para sobrevivir por encima de la línea de pobreza, mucho menos cuando de esos ingresos se deben sufragar gastos por cuidados especiales. Por eso, toda intervención pública que involucre medidas que propicien el trabajo decente en la vida adulta podrá tener un impacto favorable en un gran número de personas adultas mayores en la región.

Este documento es importante además porque permite visualizar las relaciones existentes entre el envejecimiento, el empleo y la protección social, vinculaciones que se han señalado como inseparables a la hora de generar política pública. Por otra parte, refleja que en la región se aplican las políticas públicas en gran medida por recomendaciones internacionales, dejando de lado diseños participativos que contemplen la realidad de cada población en particular (Paz, 2010).

Antecedentes investigativos en Costa Rica

La investigación vinculada a temas de envejecimiento y cuidados va en ascenso en Costa Rica. Además de tener un panorama poblacional que apunta inevitablemente al envejecimiento acelerado, existe la particularidad de ser uno de los cinco lugares en el mundo con una zona azul. Las zonas azules son zonas geográficas donde se concentra población altamente longeva (de más de cien años de edad), las cinco zonas azules conocidas hasta el momento son: Cerdeña, Italia; Okinawa, Japón; Loma Linda, Estados Unidos; Icaria, Grecia y la Península de Nicoya, Costa Rica (Presidencia de la República de Costa Rica, 10 de noviembre de 2017).

Justamente, entre el 16 y 18 de noviembre de 2017, Costa Rica fue sede del Encuentro mundial de zonas azules compartiendo experiencias con personas investigadoras de siete países en temas, como cultura, tradiciones, investigación y turismo vinculado con lo que se

denomina “bienestar azul”: los factores que coinciden en dichas poblaciones para alcanzar una alta longevidad (salud física y mental, tradición alimentaria, familiaridad, espiritualidad, acercamiento con la comunidad, entre otras) (Presidencia de la República de Costa Rica, 10 de noviembre de 2017).

Por otra parte, la Universidad de Costa Rica aporta en el año 2006, la Encuesta Nacional en Salud (Hernández y Sáenz, 2006) como un esfuerzo para sistematizar a nivel nacional registros en salud de la población. Este antecedente empata de manera efectiva con esta investigación por varias razones; en primer lugar, permite crear tendencias sociodemográficas de las poblaciones en estudio en diferentes países latinoamericanos donde la encuesta ha sido aplicada; en segundo lugar, ha permitido diseños de políticas públicas que han resultado exitosas; en último lugar, dentro de sus temas centrales contempla un módulo de preguntas para personas mayores de 60 años con datos sobre el uso del tiempo, obligaciones y problemas de esa población.

Ahora bien, con respecto al proceso de envejecimiento de la sociedad costarricense, el estudio realizado por Robles, Vásquez, Reyes y Orozco (2006) aborda el envejecimiento como un problema social que requiere de acciones urgentes por parte de la política pública. Según el I Informe de Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (2008): “Especialmente a partir del 2015, la tasa de crecimiento de la población de 65 años y más será muy elevada, por encima de 4%. Ello equivale a que la población se duplique aproximadamente cada 15 años” (p. 14).

Tales indicadores motivaron la realización de esta investigación, adentrarse en los antecedentes de la situación de la población adulta mayor, la situación sobre los cuidados, ya que una de las interrogantes fundamentales de este seminario ha sido dar cuenta de la forma en que la sociedad costarricense y las políticas públicas de cuidado han dado respuesta a las demandas de esta población.

Una de las razones por las cuales la sociedad costarricense tiende cada vez más a ser una sociedad envejecida, es resultado de un aumento en la esperanza de vida:

la esperanza de vida de la población costarricense de 80 años es excepcionalmente alta en el caso de los hombres y alta en el caso de las mujeres. Esta esperanza de vida a los 80 años es superior a la de países desarrollados en el caso de los hombres y similar a la de muchos países desarrollados en el caso de las mujeres. (Rosero, 2005;

tomado de: I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, p. 14)

Con respecto al comportamiento de la mortalidad infantil que tiene efectos en la composición de la población adulta mayor por el tema del estancamiento del crecimiento poblacional, Robles, (2005), y Rosero y Jiménez (2011), realizan dos de los estudios del Centro Centroamericano de Población, que apunta desde otra perspectiva la cuestión del envejecimiento en ascenso de la población costarricense que está en curso, como consecuencia precisamente de la explosión y el posterior freno del crecimiento de población.

En otras palabras, se afirma que el país pasará de un 3% de personas adultas mayores de 65 años en 1960 a un 25% de PAM en el 2060. Es importante notar que la PAM del 2060 nació antes de 1995; es decir, ya existía cuando se efectuó la proyección en 2008, por lo tanto hay un alto grado de certeza que en Costa Rica habrá aproximadamente 1,5 millones de PAM en el 2060, comparadas con las 45 000 que eran en 1960 o las 220 000 en el censo del 2000. (Rosero y Jiménez, 2011).

Además, para explicar las características de la población adulta mayor, contamos con el estudio de Brenes (2004), este caracteriza a la PAM como un grupo poblacional con un porcentaje de pobres relativamente alto con respecto al resto de la población: 31% de las personas con 65 años y más viven en hogares por debajo de la línea de pobreza, según la Encuesta Nacional de Hogares del 2002 (Brenes, 2004). Este porcentaje de PAM posee bajos niveles de escolaridad, algo vinculado al momento histórico en el cual se criaron y, entre otras dificultades, condujo a la no obtención de una pensión por jubilación.

En el país existen diferentes alternativas de extensión y acción social de aprovechamiento para las personas mayores. Algunas son ejecutadas desde las universidades públicas, tal es el Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de Costa Rica ejecutado desde 1986 (<https://piam.ucr.ac.cr/>) y el Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) de la Universidad Nacional desde 1996 (http://www.ceg.una.ac.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=53).

Este último destaca por integrar todas las áreas del quehacer universitario, como por ejemplo: docencia, investigación, extensión y producción, por medio del aprovechamiento de los recursos para propiciar encuentros intergeneracionales y de alcance comunitario, lo cual promueva el empoderamiento principalmente de las mujeres beneficiarias desde un enfoque

de derechos, y con ello se impacte directamente en el sentido de autonomía y de autogestión de las personas asistentes al programa, que en su mayoría son mujeres; muchas de ellas de bajos recursos económicos y con bajos niveles de formación, para constituir así una opción en mejora de la calidad de vida de estas personas, al asumir la tarea como un compromiso de todas las generaciones (León, M. 2011).

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) publica la colección denominada: Aprendo con igualdad y equidad, con un título especial dirigido a personal de enfermería y atención a pacientes principalmente, titulado Identidad de género y cuidado (2011), esto, como parte del tratamiento del tema que viene asumiendo la institución durante la década más reciente y que toma especial relevancia en la política de igualdad y equidad de género desarrollada por la misma instancia en 2018, donde el cuidado como responsabilidad social es abordado como el primer objetivo.

Desde la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica se publica una tesis de alto valor a esta investigación: Política social para la población adulta mayor en Costa Rica: un análisis desde la participación política (Araya et al., 2015). Las autoras relacionan la política pública para la población adulta mayor en Costa Rica con su participación en la misma política. Se trata de una Memoria de Seminario que aporta elementos teóricos centrales y ejes de discusión principalmente con el trazado histórico de las políticas gubernamentales, generando una línea gráfica del tiempo para facilitar la comprensión de las acciones políticas realizadas en el país.

Otra propuesta teórica que posibilita la comprensión de las complejas estructuras socio-simbólicas que permiten el ejercicio del poder por medio de la naturalización de legitimaciones e imaginarios tradicionalmente aceptados, es la ponencia de Blanco (2012) que enfatiza sobre la importancia de evitar el uso de generalizaciones en las investigaciones realizadas desde el marco de las Ciencias Sociales.

Del mismo autor, resulta relevante su lectura de Wellman respecto a la teoría de redes (2000, pp. 100-101, citado en Blanco, 2012), que concibe los espacios sociales como entornos de distribución desigual de los recursos y oportunidades, con especial énfasis en la importancia de visibilizar los procesos en que se mueven los recursos. Además, la acertada relectura del autor de la obra de Foucault sobre las relaciones de poder, amplía la perspectiva epistemológica de esta investigación para comprender que en todo espacio de dominación se entrecruzan múltiples formas de relaciones de poder sobre las cuales también se crean

resistencias; esta postura es de especial relevancia para analizar las representaciones sociales del cuidado y de las personas adultas mayores (Foucault, 1990, citado en Blanco, 2012, pp. 102-103).

Regulación referida a la población adulta mayor y al proceso de envejecimiento en Costa Rica

La población adulta mayor aumenta cada vez más en América Latina, a nivel nacional la tendencia demográfica es la misma, por lo que se promueven una serie de leyes, decretos, programas e instancias en nuestro país, cada uno de estos aspectos pretende fomentar la protección social, ingreso y prevención de la pobreza, el abandono, abuso y maltrato en contra de los adultos mayores, la participación social, la igualdad de oportunidades, la consolidación de derechos y la salud integral, entre otros.

En un primer periodo (1978-1998) se identifican acciones estatales generales, dirigidas a favorecer el vínculo entre las familias y las comunidades y las personas mayores, iniciando la creación de instancias como la Secretaría Técnica de la Tercera Edad. En un segundo periodo (1998-2006) se da la creación del marco normativo para la protección jurídica de las personas mayores y sus consecuentes códigos y programas dirigidos a su cumplimiento. Es para el periodo más reciente (2006-a la actualidad) que se generan acciones de impacto específico como lo es la Red de Cuido, la creación de políticas institucionales, el interés de abordar la salud mental como tema prioritario, así como otros recursos que complementan el marco regulatorio de protección (Anexo 2. Línea del tiempo de políticas sociales de protección para la PAM).

A nivel nacional se vienen gestando acciones dirigidas a la protección de las personas mayores desde 1978. Estas han estado fundamentadas en acuerdos y convenciones internacionales ratificados por el país, tales como la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Viena, 1982), la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, 2002), la Primera, Segunda y Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe (Chile, 2003 y Brasil, 2007 y Costa Rica, 2012 respectivamente).

Al final de la década de 1990, coincidiendo con la entrada del bono demográfico, identificamos un interés generalizado por crear y fortalecer la legislación correspondiente,

tras la aprobación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999) y su respectivo reglamento, decreto Ejecutivo N° 30438-MP, en mayo de 2002. Posteriormente, con la entrada del nuevo milenio se elabora el Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012 y la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021, actualmente vigente.

Previo a la creación de la Ley Integral, la normativa creada era menos en cantidad y de alcance general, sin abordar las necesidades específicas de la población, un ejemplo de ello es la iniciativa de crear un Sistema Nacional de Atención a la Familia, en la administración Carazo Odio 1978-1982; en la misma administración se conforma una Comisión Nacional sobre Política Gerontológica para impulsar acciones dirigidas a la población adulta mayor (Araya et al., 2015); sin embargo, no se contaba en ese momento con una entidad rectora que fiscalizara el cumplimiento de objetivos.

Pese a lo incipiente de las acciones dirigidas a la población adulta mayor para ese momento, se puede afirmar que Costa Rica fue pionera desde 1982 que se empezaron a trazar los primeros acuerdos de acción a nivel internacional, por medio de la Primera Asamblea Mundial de Viena. El segundo momento de importancia ocurre en la segunda mitad de la década de los 90, con el Programa Ciudadano de Oro de la Caja Costarricense del Seguro Social, en la administración Figueres Olsen 1994-1998; y durante la administración Rodríguez Echeverría 1998-2002, con la aprobación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N° 7935) y con la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento del 2002. Tales hechos impulsan a Costa Rica a establecer una serie de acciones y normativas más específicas en beneficio de esta población (Araya et al., 2015).

Posteriormente, es a partir de 2006 cuando se procuran alcances más específicos a las demandas de las poblaciones mayores, incluyendo la realización del Primer Informe de Situación de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica, durante la administración Arias Sánchez 2006-2010, así como de la ejecución del Programa de Red de Atención Progresiva de Cuido Integral de la Persona Adulta Mayor, en la administración Chinchilla Miranda 2010-2014.

En el más reciente periodo (2014-a la actualidad), se continúa con la ampliación de las iniciativas llevadas a cabo hasta el momento, pero además se generan otras en torno a poblaciones vulnerables, entre estas las más envejecidas, por ejemplo la implementación de la Estrategia Puente al Desarrollo para el combate de la pobreza (2014-2018), la creación de la

Ley 9379 para la Autonomía de las personas con discapacidad (2018), la creación de la Política Nacional para personas en situación de abandono y calle (2016), el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (2014).

En marzo de 2018, se inició la ejecución de la Primera Encuesta Nacional de Cuidados y Apoyos (Presidencia de la República, 2018) cuyos resultados quedarán fuera del análisis de esta investigación dado que están en proceso de análisis; además, se trazan las líneas para sustentar una política que genere un Sistema Nacional de Cuidados, y permita, a su vez, integrar entidades e iniciativas para maximizar los recursos y alcances en todo el territorio nacional, para las distintas poblaciones que demandan cuidados (infantil, con discapacidad, adulta mayor).

La lectura cuidadosa y el análisis desde una perspectiva sociológica del proceso regulatorio y programático que afecta a la población adulta mayor, permiten trazar tanto la correspondencia como la desvinculación de las iniciativas con la realidad sociodemográfica, económica y cultural del país, especialmente en relación con las demandas de atención y de cuidados. El capítulo IV presenta ese análisis crítico, con énfasis en el tratamiento de los derechos y amplía en la respuesta país para garantizar la protección social y el bienestar de las personas adultas mayores.

1.1) CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA

Connotación histórico-cultural del cuidado

El proceso de cuidar se refiere a la forma como se establece la relación de cuidado, en tanto proceso interactivo que comprende una relación sujeto-sujeto. Todas las personas nacemos con potencial de cuidado, es decir, todas podemos cuidar, aunque esa potencialidad se desarrolla con más o menos fuerza a lo largo de la vida dependiendo del contexto. De igual forma, necesitamos de más cuidados en algunas etapas como en la infancia, la vejez o en circunstancias de enfermedad (Figueró y Regina, 2008).

El trabajo de cuidado, sea o no remunerado, se define como aquella acción social para garantizar la supervivencia en cualquier etapa de la vida en donde se tenga requerimientos especiales y que por lo tanto se carezca de autonomía personal para llevar a cabo las actividades básicas; además, al ser una acción dirigida hacia otras personas, involucra una

conexión con quienes se debe atender y mantiene desafíos con respecto a su organización y remuneración (Huenchuan, 2011 y Folbre 1995, citada en Martínez, 2010).

Las relaciones entre las personas que cuidan y quienes necesitan el cuidado son dinámicas influenciadas y asentadas culturalmente. En las sociedades contemporáneas están marcadas por una división sexual del trabajo que deposita en las mujeres la responsabilidad del cuidado. Por eso, se debe evaluar la participación del Estado, de la sociedad civil y del sector privado en la implementación de políticas públicas que esgriman en redes de contingencia para el cambio demográfico y cultural que agudiza la necesidad de políticas en favor del cuidado de las poblaciones más vulnerables (Martínez, 2010).

La feminización del cuidado, responde a la posición y relación de las mujeres en la familia y en la sociedad, así como a las oportunidades laborales, que generalmente son definidas según su capacidad de brindar y realizar cuidados (Batthyány, 2010). El análisis de los cuidados desde una perspectiva de género, evidencia las problemáticas subyacentes del trabajo doméstico y de la importancia de visibilizar el trabajo femenino como contribución a la vida social (Carrasquer, 2012).

Para los varones adultos mayores, el hecho de haber dejado de ser proveedores trae como consecuencia su desvalorización social (Nué, 2001), por eso las construcciones socio-simbólicas de la masculinidad repercuten en la calidad de vida, de la persona adulta mayor y del entorno familiar. Las características de esta etapa de la vida colisionan con los pilares de la masculinidad, tales como la pérdida del rol de proveedor y de autoridad en el hogar.

El hecho de que la mayor parte de la carga de cuidado recaiga sobre las familias, da lugar a la permanencia de inequidades en dos vías: primero, entre hombres y mujeres por las tareas asignadas socialmente a ambos sexos mediante la división sexual del trabajo; y, segundo, en cuanto al acceso a servicios de seguridad social, acarreada por desigualdades sociales que se recrudecen según el nivel educativo y adquisitivo de las personas. La discusión de la redistribución de las tareas de cuidado debe profundizar la participación de los hombres y las mujeres en las tareas de reproducción social, y en el rol que asume el Estado y el sector privado para atender las necesidades de las poblaciones que los precisan. Es por esto que las políticas públicas tienen que tomar en cuenta, de manera diferenciada las inequidades de género y de clase social (Eguiguren, García y Mateo, 2004).

La persona cuidadora y los tipos de cuidado

La persona cuidadora se encarga de asistir a quien requiere cuidados. Podemos diferenciar las necesidades de cuidado de manera permanente y las necesidades de atención o apoyos de forma parcial o puntual. Independientemente del tipo de cuidado que se ejerza, existe una dimensión ética caracterizada por el compromiso y la responsabilidad de quien cuida (Alvarado, 2004). Existen dos formas de cuidado: el formal y el informal.

Socialmente, el cuidado formal lo realizan profesionales especializados en la atención de la enfermedad (medicina, enfermería, asistencia clínica, entre otros), o bien personas no capacitadas que de manera directa ejercen el cuidado de una persona, a cambio de un pago o beneficio por su trabajo. Este tipo de labores se ejercen en centros de cuidado o en casas de habitación, pero bajo una relación laboral contractual. Por otra parte, el tipo de cuidado informal se da normalmente por personas del ámbito familiar o cercanas a este, quienes no son remuneradas por las tareas realizadas, pero tienen un gran nivel de compromiso debido al lazo afectivo compartido con la persona que cuidan, esto hace que el cuidado se relegue al ámbito de lo privado. En el familiar se adscriben las funciones de cuidado a las mujeres como parte del rol de género asignado, según la división sexual del trabajo (De los Reyes, 2001, Eguiguren, García y Mateo, 2004).

Por ello, reconocer las diferencias entre los tipos de cuidados permite visibilizar las labores de cuidado brindadas desde el ámbito del hogar para la reproducción social. Las personas dedicadas al cuidado son principalmente mujeres: esposas, hijas, hermanas y tradicionalmente son quienes efectúan las labores de cuidado familiar, por lo tanto la labor es acogida de forma casi obligatoria. Bajo ese patrón, el vínculo de parentesco implica la obligación de asistir a quien requiere cuidado. En la medida en que no se ejerce esa labor por rol socialmente asignado, puede entrar a jugar con bastante fuerza un elemento culpógeno en la dinámica de cuidado.

El cuidado informal de personas se percibe como un no trabajo, por lo tanto, no es remunerado en la mayoría de casos, aunque represente una carga física y emocional constante para la persona cuidadora. Montero Pardo (2014) caracteriza el cuidado informal “a partir de dos características: 1) no es remunerado lo cual le hace parecer con demasiada frecuencia como un tipo de cuidado “no válido” y 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares” (p. 72).

El cuidado ha sido asumido, social e históricamente, como un no-trabajo por pertenecer a la esfera de lo privado, dentro de la dicotomía de espacio público-espacio privado; esta concepción afecta negativamente a las mujeres cuidadoras con respecto a sus pares, y se agudiza con la histórica carencia de políticas públicas para personas cuidadoras, lo cual aleja a las mujeres de la esfera del trabajo remunerado. Es decir, la feminización de los cuidados, obligatoria y no reconocida, favorece el empobrecimiento de las mujeres cuidadoras a la vez que les restringe su acceso al sector formal laboral. En ese proceso, las herramientas adquiridas en el cuidado no son transferibles al mercado laboral por lo tanto las cuidadoras paulatinamente pierden competitividad mientras ejercen el cuidado.

En general, todas las cuidadoras se ven en desventaja al ejercer el cuidado; sin embargo, pueden existir algunas ventajas que dependen del estrato social. Por ejemplo, las mujeres profesionales de clase media y alta, por lo general pueden optar por contratar a otra mujer que trabaje en aras de percibir un ingreso mínimo para poder sobrevivir, mientras que las mujeres cuidadoras en situación de pobreza no cuentan con esa posibilidad (Robles, 2003).

Como se ha mencionado, las mujeres son históricamente quienes han asumido la tarea de reproducción de los hogares; sin embargo, a partir de su incorporación al mercado laboral, ven limitadas su disponibilidad de tiempo y de fuerza para el mantenimiento y la reproducción de las tareas del hogar, en tanto estas no se han reasignado a nivel familiar. Lo anterior, aunado al déficit de los servicios de asistencia estatal para el cuidado, en un contexto de individualización de la vida cotidiana reforzado por la predominancia del sistema neoliberal, ha generado la destrucción de diversas redes sociales otrora existentes, donde las personas adultas mayores se podían apoyar (Federici, 2015), por ejemplo, mediante redes comunitarias.

La División de Asuntos de Género de la CEPAL plantea que el cuidado debe ser resuelto desde la ecuación institucional Estado-empresas-familias-tercer sector y, además que la igualdad entre hombres y mujeres supone i) el cambio del uso del tiempo de las mujeres y de los hombres, así como ii) la de-segmentación del sistema de empleo (Sauma, 2012). Esto implica tanto la implementación de políticas de cuidado como de políticas de empleo para la inserción de las mujeres al campo laboral remunerado con empleos de calidad.

No obstante, la ecuación de CEPAL debe ser evaluada desde una mirada crítica, de manera que se visibilice la carga asignada a cada actor, ya que las capacidades y recursos para asumir

el cuidado son muy distintos entre sí: no se puede considerar una asignación de responsabilidades iguales entre Estado, familia y sector privado.

El trabajo asalariado representa un ingreso para la persona trabajadora por el tiempo que emplea trabajando, pero ¿qué pasa con las mujeres que emplean meses y quizá años al cuidado de otras u otros? Muchas veces, el cuidado iniciado por una agravación en la salud de un pariente, puede extenderse hasta su muerte, tiempo en el que la persona cuidadora posiblemente no recibirá remuneración alguna por su trabajo, mucho menos condiciones de aseguramiento ni de cotización a algún régimen de pensión; esto representa una clara desventaja en el ámbito laboral y en las garantías que de él se desprenden.

Por otra parte, el duelo que deviene cuando fallece la persona a quien se le brindan cuidados, se suma a la incertidumbre generada en las personas cuidadoras sobre lo que pasará cuando la etapa de cuidado finalice. Es decir, durante el periodo de cuidado puede darse paralelamente un proceso de desactualización de las herramientas laborales, al intentar reingresar al mercado laboral se entra en desventaja por tener una edad más avanzada, generando un decrecimiento en la seguridad social en el corto y largo plazo. Para la persona cuidadora, el tiempo destinado a la labor de manera no remunerada ni reconocida, supone mayor inestabilidad o incluso deterioro de su etapa como persona adulta mayor.

El cuidado informal acarrea cargas físicas, sociales, psicológicas y emocionales. La salud de quien ofrece los cuidados, vista como la integración multifactorial que permiten al individuo plenitud (Barraza, A; Castillo, M. 2006), es afectada a causa de los cuidados, el exceso de responsabilidades, así como tener que convivir con la enfermedad y estados de vulnerabilidad, podría provocar graves cuadros de estrés en la persona cuidadora, además de estar expuesta a lesiones propias de la actividad e incluso a situaciones de violencia (Huenchuan, S.; Guzmán, JM. 2003).

Es importante analizar la relación entre cuidado y dependencia, el cuidado emerge como respuesta a una situación de capacidad y autonomía disminuidas, mientras que la dependencia suele asignársele a una persona por su necesidad de cuidado; por lo tanto, la connotación social de cuidado suele ser negativa, debido al valor social que se le otorga a la dependencia (Fine & Glendinning, 2005 citado en Rogero, 2010). Las condiciones sociales y el limitado apoyo estatal a una persona con capacidades diferentes, la obligan a depender de otros para realizar acciones básicas de su cotidianidad. Las mujeres, difícilmente pueden permanecer en un empleo si el salario es muy bajo, pues tendrían que pagar a otra persona por los

cuidados requeridos por las personas de su núcleo familiar (Martínez: 2006). Cabe destacar que, si socialmente se le adjudica a la mujer la responsabilidad de los cuidados, es probable que cuando se requiera contratar a terceros para realizar la tarea, recaiga sobre ella solventar la remuneración.

Dadas las complejidades que encontramos en las dinámicas de cuidado, especialmente en el ámbito informal, surge la importancia de desarrollar políticas públicas para acortar las brechas de desigualdad tanto entre hombres y mujeres como entre grupos etarios, esto debe verse con especial atención desde la región más desigual del mundo. Por ello, es necesario comprender cómo se construyen simbólicamente los significados de cuidar y de ser una persona mayor con requerimientos de cuidados.

Respuesta social en torno al envejecimiento

Tomo como referencia teórica fundamental la construcción de Martínez (2010) que define una política pública como el conjunto de acciones y medidas llevadas a cabo (o son omitidas) desde el Estado para lograr la distribución de bienes y recursos determinados, estas deben ser integradoras y contar con la participación de la ciudadanía en la formulación. Las acciones van destinadas a prevenir o contener una situación posiblemente catalogada como “problemática”. Los gobiernos son los encargados de decidir qué trabajar y qué no en cuanto a su función como administradores de los bienes del Estado, decisiones usualmente limitadas a un sector geográfico o socioeconómico de la población (Martínez, 2010).

Una política debe contener un programa que explique la forma en cómo se conseguirán los objetivos y determinando el campo de acción del Estado en esa búsqueda, de manera que logre balancear entre los intereses del sector privado y las necesidades de las poblaciones que requieren protegerse con las políticas públicas.

A partir de esto, se retoma la teoría sobre políticas públicas de Martínez (2010) donde se reconoce que el Estado puede actuar desde diversas vías para intervenir en las necesidades de cuidado de la población:

el Estado puede intervenir tanto por acción como por omisión, dejando las soluciones a la tensión entre vida familiar y laboral en manos de estrategias familiares y femeninas informales; en la forma de trabajo no remunerado, voluntario o mal remunerado, o promoviendo la prestación de servicios mediante profesionales capacitados(as) contratados(as) bajo condiciones formales. (Martínez, 2010, p. 110)

El trabajo doméstico no calificado es fundamental para la comprensión del fenómeno de cuidar. se rescata de la misma autora su conceptualización: “aquel que atañe a personas que rara vez tienen una capacitación formal para el desempeño ocupacional, incluso cuando los servicios que proveen requieren de un amplio conjunto de capacidades prácticas que socialmente son poco valoradas” (Martínez, 2010, p. 110).

Martínez (2010) define tres tipos de políticas para conciliar la vida familiar y laboral: i) frecuenciales, ii) regulatorias y iii) desfamiliaristas. La primera tiene que ver con alternar tiempos laborales y tiempos destinados a los cuidados en las familias; por ejemplo, experiencias a nivel mundial y latinoamericano de licencias de paternidad que incluyen las proyecciones de crecimiento.

Las tres medidas deben regularse laboral y socialmente, si consideramos que el 15% de las mujeres trabajadoras económicamente activas se emplean en trabajos domésticos en América Latina; por esto, es necesario el desarrollo de los tres tipos de intervenciones reconociéndolas como distintas y complementarias y, clarificando los criterios que permitan el acceso a la política social (Martínez, 2010).

La vulnerabilidad humana, se correlaciona conforme se envejece, que es cuando puede haber mayor pérdida de autonomía, disminución de adaptabilidad, cambios de estados de salud, físicos, económicos, mentales, lo cual lleva a una dependencia física, social y económica. Cualquier dinámica familiar cambia cuando devienen relaciones de cuidado y dependencia, esto deriva en nuevas situaciones económicas. Es importante recalcar que acá se pierde tanto la productividad de la persona cuidadora como la de la cuidada, pues afecta la situación de empleo y de ingresos, esto supondría una vinculación estatal respecto al cuidado informal (Salgado y Wong, 2003).

Desde los estudios de género, se analiza a las personas encargadas del cuidado, haciendo lectura de la designación de las mujeres en el cuidado de otros durante la vejez, especialmente por parte de las hijas. La feminización del cuidado filial se convierte en una obligación, que responde a normas culturales según expectativas creadas a partir de ellas (Robles et al., 2006).

El cuidado de personas adultas mayores, niñez, personas con diversidad funcional o cualquier tipo de condición que genere dependencia se convierte en un trabajo no-pagado, femenino y devaluado (Salgado y Wong, 2003). Desde cualquier perspectiva, el cuidado debe de

realizarse con obligatoriedad de ser asumido, pero según la sociedad que lo demanda este se reconoce o invisibiliza: la respuesta estará asociada a cuestiones de género, culturales, étnicas (tarea de las migrantes, por ejemplo), y no así a las habilidades y pericias requeridas para ejercerlo, mucho menos a la clara necesidad social de brindarlo.

El cuidado empobrece a las mujeres cuidadoras, implica reajustes en las jornadas laborales o el abandono del trabajo formal porque su tiempo y trabajo es económica y socialmente sacrificable. Desde planteamientos macro sociales se han identificado mecanismos de empobrecimiento; el cuidado es un no-trabajo, es incompatible con el trabajo remunerado y no hay prestaciones sociales para las mujeres cuidadoras (Salgado y Wong, 2003).

Se alega que el hogar es el lugar ideal para una persona dependiente, donde puede recibir el cuidado de calidad y tener las relaciones interpersonales óptimas. Las políticas sociales, inducen a la familia como la institución encargada del cuidado, pero sin incentivar mecanismos de corresponsabilidad para asumir las tareas. Así, las personas cuidadoras terminan siendo sujetos no competitivos a nivel laboral, debido a la concepción de que el cuidado no es trabajo, es incompatible con el remunerado y se recrudece ante la ausencia de políticas sociales (Salgado y Wong, 2003).

Las políticas de igualdad de oportunidades para personas con capacidades distintas mencionan el apoyo a las familias, pero carecen de medidas para garantizar la igualdad de oportunidades a las familias que proporcionan cuidados, en especial para las mujeres. Es evidente que necesitan protección social y reconocimiento económico. Sigue siendo insuficiente el apoyo desde las políticas públicas para fomentar el desarrollo personal y la participación social (Martínez, 2006).

La comprensión del envejecimiento y los cuidados desde la perspectiva sociológica

Existen diversas teorías sociales que, desde la década de 1960, se encargaron de dar explicación a los factores culturales que inciden en las formas de concebir los procesos de envejecimiento (formas de vida, actividades, normas, entre otros), dando cuenta de las relaciones micro y macro sociales para la comprensión del fenómeno.

En una primera generación de teorías del envejecimiento que surgen principalmente durante la década de 1970, se encuentran: la teoría de la modernización, la teoría de la subcultura, la teoría de la desvinculación, así como teorías funcionalistas enfocadas en la actividad y los roles de las personas mayores en la sociedad. A pesar de que estas han sido objeto de críticas

desde diferentes enfoques por la reductibilidad de sus consideraciones, permitieron el avance en la construcción de teoría gerontológica, por eso se reconocen sus aportes históricos, mas no se abordan para dar lectura del fenómeno en la presente investigación (González, 2010).

La teoría de la modernización se caracteriza por señalar un relego social que afecta a las personas mayores, visibilizado en el campo laboral, en el aumento de personas marginadas y en situación de pobreza, diferenciándose de las sociedades tradicionales en las cuales se valoraba a las personas mayores por su conocimiento y experiencia, dándoles un lugar de reconocimiento. La teoría de la subcultura difiere, en tanto señala que al llegar a la vejez se conforma parte de un grupo social diferenciado, caracterizado por necesidades compartidas como los cuidados de la salud, características culturales, etc., que generan afinidades, planteando así una “subcultura de la edad” (González, 2010).

Las teorías funcionalistas, por su parte, estudian la vejez desde el punto de vista de la actividad y el cambio de roles generado después de la jubilación, esto se asocia a falta de actividad y, por lo tanto, al detrimento en la calidad de vida. Desde este postulado, se considera que, al no haber un reemplazo de nuevas actividades, se puede interiorizar un estadio de anomia que puede facilitar la inadaptación de la persona (González, 2010). La teoría de la desvinculación o desconexión, surge como respuesta a las teorías de la actividad, explica cómo el avance en la edad impacta los patrones de interacción en la vida, alegando que la adultez mayor supone cercanía con la muerte y por lo tanto lejanía con el medio social (Klein, 2016). Es decir, la sociedad y el individuo se preparan para un proceso de retiro que culmina con la muerte, por medio de una paulatina desconexión social.

Desde los estudios actuales, se aborda el tema del envejecimiento desde las Ciencias Sociales principalmente desde tres enfoques: el envejecimiento demográfico, el envejecimiento activo y la teoría del curso de la vida. Se parte de los postulados de estos posicionamientos teóricos para comprender el envejecimiento desde un abordaje integral que permita interpretaciones congruentes con la realidad social y las proyecciones futuras.

La teoría del envejecimiento demográfico estudia la evolución en las sociedades modernas y el aumento en la población adulta mayor debido a una mayor esperanza de vida y disminuciones notables en las tasas de mortalidad, natalidad y fecundidad; este enfoque permite tener claridad del escenario poblacional costarricense y las proyecciones futuras que tendrán incidencia en la demanda de servicios (Pérez, 1998).

La teoría del envejecimiento activo es actualmente muy utilizada en el trazado de políticas públicas, ya que postula el mantenimiento de capacidades de las personas al llegar a la vejez y promueve la participación en los diferentes ámbitos de la vida social (familiar, comunal, económico, cultural, político, laboral, etc.), en este sentido es fundamental la concepción de ciudadanía activa y al intercambio generacional. Además, se da preponderancia a la perspectiva de género (IMERSO, 2011). Por su parte, la teoría del curso de la vida complementa este paradigma al reconocer que el desarrollo humano y las condiciones de salud dependen de experiencias acumuladas y de factores ambientales, familiares, sociales, económicos y culturales que inciden en los periodos críticos de crecimiento, tales como la infancia y la vejez (Ministerio de Salud del Gobierno de Colombia, s.f.).

En relación con los cuidados, la sociología del envejecimiento afirma que el cuidado de otra persona, es una construcción social, histórica y relacional; corresponde un acto inherente en la producción-reproducción en la cultura humana. El cuidado y el trabajo doméstico no remunerado comprende actividades básicas que forman parte del trabajo de reproducción social, estos contribuyen al bienestar de las personas y al crecimiento económico (UNRISD, 2010).

Por otra parte, desde la sociología contemporánea, el cuidado se aborda a partir de la emergencia de la crisis de los cuidados, crisis en el sentido de que se ha dado una transformación en la estructura y la composición de las familias con una significativa variación de los vínculos y de las responsabilidades afectivas intergeneracionales debido a factores socioeconómicos y culturales, así como desde el punto de vista de las tendencias sociodemográficas. Todas las sociedades contemporáneas tienden al envejecimiento poblacional, de manera tal que el tema de los cuidados cobra importancia a finales de la década de los ochenta (Carrasquer, 2012).

Por otra parte, la sociología de la familia, posibilita la comprensión de las tensiones en las cuales las familias se ven sometidas a raíz de las transformaciones en sus estructuras, pero, ante todo, entenderla como una institución históricamente determinada que cambia vertiginosamente en composición y de sentido social, según el lugar y las funciones socialmente otorgadas.

Décadas atrás, algunas funciones de la familia fueron asumidas por el Estado de Bienestar, pero en el marco de la priorización de relaciones capitalistas globalizantes y con el devenir de las políticas privatizadoras que redujeron la acción del aparato estatal, hay relevamiento de

las mismas que deberán ser reasumidas por las familias por medio de la proletarización de la mayor cantidad posible de sus miembros, por ejemplo, para satisfacer las necesidades (Reuben, S., 2001). Ante esa realidad del mercado, surge la necesidad de acceder a trabajo remunerado por la mayor parte de la población, mas al mismo tiempo, ocurren procesos de informalización y pauperización del trabajo asalariado.

Siguiendo a Reuben, se reconoce la familia como una institución que cumple funciones elementales de cuidado y de instrucción básica para la supervivencia, fundamentales en su tarea de reproducción de la cultura, esto le refuerza como reproductora de valores y símbolos que se legitiman de manera colectiva, por ejemplo: el afecto, la justicia, la solidaridad, el conflicto, el bienestar y las carencias. Por esto, los cambios sociales, económicos, políticos y epidemiológicos no solamente afectan a las familias de forma directa si no que generan contradicciones en tanto implican rupturas entre las formas familiares y sus elementos básicos (Reuben, 2001).

Es decir, las transformaciones en las estructuras familiares no se verán como variaciones inmediatas si no como discrepancias entre lo familiar y su entorno. Cuando estas discrepancias no encuentran soluciones que colaboren en alivianar las tensiones familiares, se expresan como crisis (para estos efectos, la crisis de los cuidados); por ejemplo, al existir dificultades para cumplir con funciones tradicionales de la familia, y ante la ausencia de nuevas formas de organización interna, al no asumir la sociedad el cambio en los roles de género, se presentan las crisis (Reuben, S., 2001). Como mecanismos de protección ante las tensiones mencionadas (pobreza, migraciones, funciones de cuidado, etc.), el autor identifica una tendencia hacia la reconstitución de formas familiares ampliadas.

Imaginarios sociales sobre el envejecimiento y los cuidados

Hasta aquí se vienen trazando los diferentes elementos constitutivos del problema y las corrientes teóricas sobre las cuales se fundamenta el análisis del tema que convoca este Seminario. Para comprender la relación existente entre el cambio socio cultural y el cuidado de la población adulta mayor, se recurrió a los imaginarios sociales y al sentido de la acción social como paradigma, pues en las últimas décadas la producción de teoría sociológica se ha enfocado en el estudio del sentido de la acción humana y de cómo su naturalización, así como

de sus componentes simbólicos y materiales permiten entender el mundo y dar sentido a la actividad realizada (Girola, 2012).

Según Moliner (1996) existen cinco condiciones que deben de ser tomadas en cuenta, a la hora de empezar un estudio o una aproximación hacia alguna representación social, y se debe partir de una estructura o una coyuntura en específico, por ejemplo para el caso de la problemática tratada en el Seminario, la tendencia demográfica indica el envejecimiento poblacional, y el cambio cultural, la transformación en la conformación de las familias costarricenses debido a cambios en las estructuras económica, de producción y reproducción de la vida social, incluidos sus roles institucionalizados, especialmente con la incorporación de la mujer al mercado laboral, entre otras condiciones.

La primera condición remite a la existencia de objetos de revisión poliformos que se confrontan, es decir, la vejez se puede representar diversas formas según el prisma desde donde se mire; esto depende también de las condiciones de existencia de los grupos estudiados. Por esto, la escogencia metodológica de una zona rural, una urbana y una costera para la realización del trabajo de campo de esta investigación, surge dada la importancia de conocer la manera en la cual se experimenta y se entiende el proceso de envejecimiento y el hecho de ser una persona adulta mayor o de cuidar de esta, según las especificidades culturales de cada región.

En segundo lugar, la existencia de una representación social responde a la necesidad de que se formen grupos, en tanto las representaciones sociales son colectivas: se producen, se reproducen y emergen desde la colectividad. Queda claro que, para efectos de esta investigación, la colectividad en estudio es la población adulta mayor específicamente en Costa Rica.

En tercer lugar, se deben comprender las representaciones como inter juegos, es decir, la persona adulta mayor se identifica como una persona envejecida, que puede ser afectada por padecimientos o condiciones propias de la edad y que desarrolla actividades similares a las realizadas por sus pares. Por tanto, se cohesiona con el grupo etario, y es así como se interioriza el ser una persona adulta mayor.

En cuarto lugar, la condición de existencia responde a la dinámica social, en otras palabras, el grupo estudiado debe de analizarse con respecto a las relaciones establecidas con otros grupos, es la comprensión de las relaciones que se generan y se mezclan entre estos. Esto

sería cómo desde la vejez se comprende ser joven, cómo desde la juventud se comprende la vejez, cómo se comprende la vejez desde las distintas condiciones de género, o la manera en que se representa una persona adulta mayor desde las diversas formas de vivencia de la sexualidad, por mencionar algunos ejemplos.

Además, con respecto a la revisión de las representaciones sociales sobre la persona adulta mayor y el proceso de envejecer, Delval (2007), refiere otras categorías de análisis para analizar representaciones sociales: espacio, tiempo y causalidad. Por ejemplo, para analizar las representaciones sociales sobre la población adulta mayor, el análisis debe de ser situado en un espacio (localidad, país, región), en un tiempo determinado (años), y se debe tener en cuenta la causalidad que supone el establecimiento de relaciones de dependencia entre hechos sociales. Esto sin perder de vista las interrelaciones complejas generadas en dinámicas desiguales de ejercicio del poder (Blanco, 2012).

Entonces, al hablar de las representaciones sociales de la población adulta mayor costarricense, este estudio tiene como espacio la sociedad costarricense, en un periodo de tiempo que va desde el año 1980 al 2015 y, recupera hechos sociales causales e interrelacionados como la transición demográfica, los cambios en la composición de la estructura familiar, la incorporación de la mujer al mercado laboral, los cambios en las relaciones sociales-afectivas entre generaciones, entre otros.

Los imaginarios son esquemas de representación enmarcados en una temporalidad específica, involucran una reconfiguración del pasado y una prefiguración del futuro para orientar la acción; además, sirven como elemento de cohesión para la construcción de una identidad común. Funcionan entonces como marcos de asignación de significados para la legitimación o deslegitimación de acciones e instituciones sociales (Girola, 2012).

A partir de Girola (2012), podemos decir que las representaciones sociales son concreciones de los imaginarios. La autora lo ejemplifica así: La representación social que tienen las personas en general acerca de “una persona en situación de calle” forma parte del imaginario social de la pobreza extrema, que puede tener diversas manifestaciones o representaciones.

Pintos (2000) señala que los imaginarios sociales funcionan mediante meta-códigos que operan en el campo de la construcción de la realidad desde la relevancia/opacidad; es decir, desde lo percibido como positivo y relevante, o lo que se comprende como negativo puede ser obviado u oculto ante las observaciones.

Los imaginarios sociales funcionan como homologadores de pensamiento de las prácticas sociales que asumimos como propias, son variados y diferenciados; así pues, podemos reconocer lo que Baeza llama “imaginarios dominantes” e “imaginarios dominados” (citado en Girola, 2012), de ahí la importancia de considerar el poder en el análisis de los imaginarios, pues siempre hay intentos de apropiación por quienes requieren producir y reproducir ciertas concepciones para su propio beneficio.

La transversalización de ejes como recurso metodológico para el estudio integral y relacional de los cuidados y de los procesos de envejecimiento

Desde la formulación de este Seminario de Graduación se delimitaron tres ejes transversales, a saber: autonomía, personas cuidadoras y género. Para comprender el aporte y su delimitación, se expone el tema de la transversalidad de la razón, desde donde parte la investigación para integrar los ejes transversales a la comprensión del problema, seguidamente se vincula la transversalidad de género, los rasgos del sistema moderno/colonial de género y masculinidades. Posteriormente, se detalla la transversalidad según la relevancia de la autonomía y el lugar preponderante de las personas cuidadoras.

Es indispensable que las necesidades de la población adulta mayor pasen de verse como solamente necesidades de cuidado, a tomarse como necesidades muy variadas que incluyen la educación, actividad física, participación y convivencia, como desafíos que le permiten a la sociedad aprovechar los conocimientos y la experiencia de la población.

El Seminario parte de la relevancia de la transversalidad de la razón propuesta por Diego Bermejo que define lo transversal como: “el modo de operar por tránsitos pluridireccionales entre complejos diferentes” (Bermejo, 2005, p. 61). Es decir, como actividad central y de dominio de la razón, permite crear conexiones entre distintos ámbitos complejos marcados por la multiplicidad de pensamiento.

Esto comprende un pensamiento plural y complejo que construye la base de las situaciones actuales, planteando soluciones a los problemas surgidos en la realidad – también compleja y plural- a la que nos enfrentamos; acercándonos así, a un tratamiento del tema de una manera más profunda y transeccional y construyendo posibilidades de intervenir en la realidad social

desde la comprensión de los temas a tratar, considerando la misma pluralidad de la que surge el problema (Bermejo, 2005).

Mientras el paradigma de pensamiento de lo “trans” permite pensar la multiplicidad evitando los riesgos de los particularismos o los totalitarismos, también nos lleva a entender las multiplicidades del contexto complejo actual y, entenderlas como procesos en constante transformación. Desde la pluralidad de pensamiento que permite lo transversal podemos abarcar el tema de los distintos procesos de envejecimiento, así como justificar, desde la razón transversal, la consideración del género, la autonomía y de las personas cuidadoras como ejes transversales de esta investigación (Bermejo, 2005).

Marlene Arteaga (2005) discute tres tipos distintos de integración, como lo son: la investigación multidisciplinaria, la interdisciplinaria y la transdisciplinaria. Por un lado, la multidisciplinaria apunta al agrupamiento de diversas disciplinas para la utilización al momento del ordenamiento de la información. Por otro lado, la investigación interdisciplinaria apunta a la integración de un todo homogéneo por medio del enriquecimiento entre distintas disciplinas. Finalmente, la transdisciplinaria se considera superior a las otras ya que comparte un nuevo marco epistémico y de saberes de diversas disciplinas (Arteaga, 2005).

A partir de esto se constituye esta propuesta de transversalidad que trasciende disciplinas, con la responsabilidad de comprender lo local y lo global, al relacionar los hechos del pasado con las necesidades actuales y lo que se proyecta a futuro, así como los aportes que devienen de distintas áreas académicas y dimensiones de la realidad sentida. Lo transdisciplinario nos permite apoyarnos en las teorías de la economía familiar, las teorías feministas, de la antropología, las teorías de políticas públicas, el paradigma de los determinantes sociales de la salud y, a partir de ahí, construir una propuesta propia para el análisis de las tendencias en el envejecimiento de la población y de fortalecimiento del sistema de cuidados en Costa Rica, en apego a los efectos e indicadores de la realidad que nos concierne, según responde el país, estatal y socialmente.

El concepto de razón transversal, posibilita tratar el problema del cuidado de la población adulta mayor de manera relacional según los ejes trazados en concordancia con los enfoques sociológicos citados. Así, pensar en la pluralidad del espacio con rigurosidad de pensamiento transversal desde donde se gesta el problema, nos permite construir soluciones posibles ante lo que se investiga.

Transversalidad de género

La transversalidad de género es el ámbito de aplicabilidad práctica del pensamiento transversal que más se ha trabajado teóricamente; se consolida a finales de la década de los ochentas e inicios de los noventas. La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, es clave en tanto la propone como estrategia a adoptar por los países firmantes. Esto como parte del reconocimiento del poco impacto real de las acciones desarrolladas a favor de la igualdad de género. Así, las propuestas de intervención ahí planteadas retan a conseguir reformas estructurales al sistema de género establecido, al involucrar los distintos ámbitos de la vida (en familia, trabajo, Estado, etc.), e incorporar la perspectiva de género en la formulación y en la ejecución de políticas públicas (Inchaústegui y Ugalde, 2004).

Históricamente los gobiernos se han encontrado en la tendencia de relegar las demandas de género a la tangente de las políticas públicas, es decir, sin darles un lugar de importancia ni presupuesto suficiente. Por esta razón, la transversalidad de género se incorporó como una acción integral para que los Estados tomen en cuenta la perspectiva de género a nivel de las políticas públicas a través de la idea fuerza de aplicación de la dimensión de género a todo el proceso de actuación pública (Inchaústegui y Ugalde 2004).

Es reconocido que las políticas públicas tienen impactos diferenciados entre hombres y mujeres debido a las relaciones de poder en las que las mujeres son desfavorecidas. En cuanto a esto, el paradigma de transversalidad de género en las políticas debe someter a dos tipos de análisis toda intervención pública:

- El análisis “ex ante” para integrar el factor de la igualdad entre géneros en todo programa de política, haciendo los ajustes necesarios para garantizarla.
- El análisis “ex post” para evaluar los resultados de las acciones desarrolladas en las relaciones de género establecidas y en el avance de las mujeres.

Este enfoque también considera el desarrollo de acciones que modifiquen la condición masculina, por medio de la búsqueda de una reubicación de los hombres en la sociedad (Inchaústegui y Ugalde 2004) especialmente en ámbitos en donde no han estado integrados

como lo son los familiares y específicamente en las labores de cuidado de las distintas poblaciones vulnerables.

Esto nos lleva a rescatar aquellos aportes de los estudios sobre masculinidades que se comprometen en la construcción de respuestas de acción para el mejoramiento del panorama de los cuidados en Costa Rica, donde es claro que las desigualdades entre hombres y mujeres refuerzan procesos de exclusión (Thumala, 2011).

Sobre la base de un discurso patriarcal hegemónico, las tareas de cuidado de personas adultas mayores han sido principalmente relegadas a las mujeres y como trabajo no remunerado, por lo que no se reconoce social ni económicamente, lo cual va en desmérito de la autonomía de quienes cuidan:

Las prácticas culturales inciden en el mantenimiento de roles y estereotipos que impiden el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres cuidadoras y las personas sujetas al cuidado o al otorgamiento de servicios de apoyo o ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida. (Jiménez, 2014, p. 79)

Referido al papel de los estudios sobre masculinidades en la formulación de políticas públicas, el proceso de elaboración de los estudios sobre masculinidades se ha visto alimentado por la experiencia del feminismo, esto es evidente fundamentalmente cuando los hombres han empezado a incursionar en las políticas públicas y en el desarrollo de programas que se acercan a la concientización sobre las implicaciones de ser varón, con las exigencias, dolores y posiciones de poder de las que goza esa población interviniendo así desde el precepto de la transformación de la condición masculina (Menjívar, 2012).

Los roles de género limitan las capacidades de socialización de los hombres y mujeres, ya que todos y todas somos víctimas de la opresión patriarcal sobre la que se instauran las estructuras sociales. En la etapa de la adultez mayor se evidencia la construcción socio-simbólica del proceso de envejecimiento que es visto como una antesala de la muerte.

Esos roles de género hacen que los hombres nieguen los cuidados, se los auto nieguen porque son socializados dentro de un contexto rígido en donde el autocuidado masculino es percibido como debilidad y, que hasta cierto punto, pone en duda su masculinidad construida. El hecho de asumirse como hombre capaz de auto cuidarse pone en riesgo su autopercepción como hombre desde una perspectiva heteropatriarcal.

Como seres humanos tenemos una gran responsabilidad con nuestro cuerpo, nuestra salud física y mental, sin embargo, el mismo contexto inflexible y patriarcal acarrea comportamientos aprendidos e irracionales de lo que pasa con el cuerpo y con las acciones realizadas. Esto no es algo que sucede exclusivamente con los hombres, en tanto se produce en hombres y mujeres, pero en las mujeres la autonegación del cuidado suele darse luego de anteponer el cuidado de otras personas. El cuidado propio, así como de otras personas no es un estado estático, sino más bien una relación social en la que la historia de vida y la construcción de redes socioafectivas a lo largo del tiempo marca la forma en la que me relaciono y si cuido de otras personas o si permito que otras personas cuiden de mí.

En nuestro país son incipientes las experiencias conocidas del tratamiento de las masculinidades desde el precepto de la transformación de la masculinidad y las que se han generado padecen de la discontinuación de su vigencia, esto debido a los cambios de gobierno o al agotamiento de recursos presupuestarios. Sin embargo, en otros países de la región, algunos grupos de hombres en procesos de concienciación de su condición de varones (respaldados por el feminismo) han incursionado en el campo de políticas públicas.

Mauricio Menjívar (2012) recopila algunas de esas experiencias donde se han dado experiencias de trabajo especialmente en países como México y España, fundamentalmente en materia de violencia de género. A pesar de que no conocemos todavía de experiencias de trabajo que relacionen el problema del cuidado de personas adultas mayores con el trabajo de las masculinidades, esto es aún una deuda. Se precisan aportes concretos desde las masculinidades a políticas públicas de cuidado de las personas adultas mayores, que aborden con seriedad el lugar la población masculina tanto en materia de autocuidado como en la del cuidado de las personas que lo requieren. Al respecto, es bastante lo que falta en la tarea de deconstrucción y reconstrucción de la vivencia de su condición de hombres.

El trabajo interdisciplinario y transdisciplinario puede permitir una apertura mayor en la manera de ver las problemáticas y las perspectivas a considerar, hacia procesos más profundos y provechosos con varones, que repercutan de manera justa y equitativa en la calidad de vida de hombres, mujeres y las personas adultas mayores quienes requieren de cuidado.

La consecución de justicia distributiva de las cargas familiares, representa un cambio paradigmático en la manera de concebir el cuidado para inclinarse hacia una forma de cuidado no patriarcal. Sin embargo, para que este cambio se logre de manera efectiva es

preciso insistir en la consecución de cambios culturales que integren a las familias, las comunidades, el mercado laboral y el Estado en la distribución del trabajo de cuidados.

La falta de acceso a la justicia distributiva, conlleva una doble y triple explotación de las mujeres por la multiplicación de jornadas laborales, esto es parte de las violencias que sistémicamente se infringen sobre las mujeres. Es por eso que se toma el feminismo decolonial y los estudios sobre colonialidad y género para considerar la interseccionalidad de raza/clase/sexualidad/género (Lugones, 2008) y pensarla desde la transversalidad, de esta manera se propone un pensamiento transeccional del problema.

Lugones retoma a Quijano que considera el poder estructurado “en relaciones de dominación, explotación y conflicto entre actores sociales que se disputan el control de los cuatro ámbitos básicos de la existencia humana: sexo, trabajo, autoridad colectiva y subjetividad/intersubjetividad, sus recursos y productos” (Lugones, 2008, p. 78). Es relevante para la integración de la dimensión de género en la investigación, trascender el género dicotómico y pensar en “los géneros”, para definir elementos de equidad de acceso a servicios y calidad de vida de las poblaciones.

En cuanto a esto, la misma autora explica cómo los rasgos históricos específicos de la organización del género en el sistema moderno/colonial de género pasa por comprender lo que ella llama el lado claro/visible de la organización colonial/moderna del género que coloca en la punta de su hegemonía el diformismo biológico, el heterosexualismo, la dicotomía hombre-mujer y el patriarcado; por lo tanto, no podemos comprender el género en su significado complejo si no se toman en cuenta esos rasgos (Lugones, 2008).

Por otra parte, existen grandes vacíos en la legislación y en los mecanismos estatales que no abordan la necesidad de la población LGBTIQ adulta mayor, al existir esos vacíos de datos e información, no se visibiliza la dimensión real del problema de cuidado y se profundizan las inequidades por discriminación, violentando así los derechos humanos de las personas adultas mayores LGBTIQ (CIPAC, 2015).

A partir de los datos analizados por el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC, 2015) se evidencia que no existe la respuesta adecuada para la atención y el cuidado de personas adultas mayores gays, lesbianas, bisexuales y trans; debido a que, más allá de los ajustes efectuados en el reglamento de servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (2014) que recientemente

permite el aseguramiento y las visitas de parejas no heterosexuales en los centros de salud, no hay más legislación que proteja los derechos de esta población desencadenando una doble vulneración cuando se entra a la etapa de la vejez.

La ausencia de respaldos para garantizar una buena calidad de vida para las personas adultas mayores no heterosexuales, esto conlleva al no reconocimiento de la orientación sexual ni de la identidad de género en los centros de cuidado, ni de las implicaciones que supone para esta población el acceso a los servicios adecuados, así como lo referido a su estabilidad económica y de vivienda (CIPAC, 2015).

Las Encuestas del Uso del Tiempo como recurso para la formulación de políticas públicas

El trabajo no remunerado empobrece a quienes lo realizan, es mayoritariamente realizado por mujeres e incluye las labores de cuidado, crianza, labores domésticas, así como trabajo comunitario o voluntario. Para identificar los fenómenos comunes de la realidad histórica que no reconoce las implicaciones de este tipo de trabajo son indispensables las Encuestas de Uso del Tiempo (EUT) (Marco, 2012).

Las EUT permiten llenar el vacío de visibilizar y cuantificar el trabajo no remunerado, proporcionando datos que son necesarios para desarrollar políticas públicas de reducción de las desigualdades resultantes de las brechas históricas de género. Las EUT también dan información para la construcción de cuentas satélite sobre trabajo no remunerado en general o en campos específicos de la vida cotidiana (Marco, 2012).

En Costa Rica la aplicabilidad de las EUT y la construcción de las cuentas satélites se encuentran reguladas por la Ley de Contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado en Costa Rica (Ley N°9325), decretada en el 2015, y plantea medir la economía del cuidado conformada por el trabajo doméstico no remunerado según lo establecido en el Sistema de Cuentas Nacionales.

Esta ley adopta, además de la definición de las Encuestas de Uso del Tiempo, las siguientes definiciones para su aplicabilidad (Ley N°9325, 2015):

- *Cuenta satélite del trabajo doméstico no remunerado*: cuenta específica del Sistema de Cuentas Nacionales que organiza y registra la información del trabajo doméstico no remunerado para estimar su aporte a la economía.

- *Economía del cuidado*: el trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, relacionado con el mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado.
- *Trabajo doméstico no remunerado*: servicios domésticos, personales y de cuidados generados y consumidos dentro del propio hogar por los que no se percibe retribución económica directa.

La Ley 9325 señala al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y al Banco Central de Costa Rica (BCCR) como autoridades responsables de velar por su cumplimiento; así, es el INEC el ente encargado de formular y ejecutar las encuestas de uso del tiempo para que, a partir de la información recopilada, sea el BCCR la entidad responsable de calcular el aporte del trabajo no remunerado a la cuenta satélite de trabajo no remunerado.

Según la legislación, la actualización de la encuesta debe darse en un plazo no mayor a los tres años. Asimismo, se señala al Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) como ente responsable de coordinar una mesa con otros entes de control, tales como la academia y las organizaciones sociales para apoyar el proceso de implementación de la encuesta. El resto de instituciones públicas también deberán utilizar los resultados de las EUT para el mejoramiento y la formulación de políticas públicas.

En la EUT realizada por el INEC en el año 2011, se presentan diferencias importantes en el tiempo invertido en diversas actividades entre hombres y mujeres; por ejemplo, del total de tiempo de los hombres, el 21% lo dedican al trabajo remunerado. Las mujeres dedican una cantidad de tiempo similar, pero al trabajo doméstico no remunerado. En cuanto a la totalidad del tiempo dedicado al trabajo no remunerado, el 75% de este corresponde a tiempo de las mujeres y solo el 25% a los hombres. Además, las mujeres de entre 25 y 39 años de edad son las que concentran mayor cantidad de trabajo de cuidado exclusivo, con una tasa del 68.8%. Los resultados señalan que, sin importar su nivel de instrucción, las mujeres destinan más horas de cuidado que los hombres (INEC, 2012).

Una de las limitaciones de la aplicación de este instrumento, al menos para la primera experiencia, fue que únicamente se cubrió el Gran Área Metropolitana (GAM), quedando así pendiente ampliar la cobertura geográfica de la Encuesta. Más tarde, la ENUT de 2017, amplía su rango todo el país y los resultados arrojan datos alarmantes.

El promedio de horas semanales dedicadas al trabajo doméstico no remunerado por parte de las mujeres sobrepasa las 35 horas (casi alcanza una jornada laboral de tiempo completo), mientras que los hombres dedican solamente un promedio de 13.42 para las mismas actividades. Se visualiza que las mujeres tienen mayor participación en todas las actividades correspondientes al trabajo doméstico no remunerado con excepción de las siguientes: compras del hogar, construcción y mantenimiento del hogar y el vehículo (INEC, 2018).

Con respecto a las labores de cuidado de personas del hogar, la tasa de participación en el cuidado de personas menores de 12 años es de 41% en mujeres y casi un 27% de hombres. La tasa de participación en el cuidado de personas de 12 años y más disminuye para ambos sexos, pero de igual forma se mantiene una mayor participación de las mujeres con una tasa de 18,6%, mientras que solo un 13,4% de los hombres se involucra en esas labores (INEC, 2018).

Sin embargo, la situación cambia cuando se refiere al uso del tiempo en actividades de tiempo libre. Los hombres superan a las mujeres en el tiempo destinado a las actividades de tiempo libre, con excepción de una: la convivencia familiar y social. En resumen, del 100% del tiempo de las personas, un 21.3% del tiempo de las mujeres se destina a trabajo doméstico no remunerado, mientras que los hombres dedican únicamente un 8.2% a esas labores (INEC, 2018).

Autonomía como eje transversal

Con la autonomía como eje transversal en el análisis, se busca comprender cómo la situación de cuidado de las personas adultas mayores puede vulnerarles en dos vías: la primera, en las personas que requieren cuidados debido a las características propias de su edad, pero principalmente por padecer de alguna enfermedad crónica (Etxeberria, en Huenchuan, y Rodríguez, 2014), esto ocasiona que las personas adultas mayores puedan encontrarse inmersas en procesos de tutelaje que involucran relaciones verticales. Esto comprende un decrecimiento de su autonomía y se potencia cuando las personas se desenvuelven en contextos de pobreza o marginalidad.

La segunda vía es la afectación de la autonomía de la persona que ofrece los cuidados, principalmente cuando realizan las labores desde la informalidad, pues al ser un trabajo

no reconocido y no remunerado, es desvalorizado socialmente y conduce a controlarles por mecanismos diversos: ingreso, uso del tiempo, actividades propias y libres. La persona cuidadora, casi siempre mujer, está expuesta a diferentes tipos de violencias no solo por parte de la persona que requiere cuidados sino por parte de sus familiares.

Es por eso que Etxeberria (en Huenchuan, y Rodríguez, 2014), para el caso de la persona adulta mayor, propone una “autonomía acompañada” en la cual las capacidades que se mantienen comparten espacio con las que van mermando (más allá de las capacidades físicas, se mantienen las capacidades afectivas y morales dadas a potenciarse), mediante procesos de interdependencia donde se posibilite el intercambio de dependencias e independencias en solidaridad, en la que se está en disponibilidad de dar y recibir bienes diversos, tanto materiales como inmateriales. En tales procesos las personas cuidadoras estarían jugando un papel fundamental en la potenciación de esos intercambios de saberes.

En cuanto al concepto de autonomía el mismo autor señala una diferenciación entre autonomía moral y fáctica. La moral comprende la capacidad de tomar decisiones según argumentos morales de la persona, reforzando su responsabilidad. La autonomía fáctica tiene que ver con la puesta en práctica de la autonomía moral, es decir, la capacidad de llevar a cabo la decisión (Etxeberria, 2005).

La autonomía en las personas de cualquier edad incide directamente en sus procesos de construcción de identidad; sin embargo, el grado de autonomía tiene que ver con factores más allá de las capacidades personales, donde lo contextual es determinante. En otras palabras, los contextos inmediatos de las personas tienen que ver con la disminución o el aumento de la autonomía.

Existen cuatro ámbitos en los que la autonomía puede ejercerse:

- El privado del espacio familiar y las amistades donde se toman decisiones relacionadas con los vínculos afectivos.
- El privado de la vida civil, tiene que ver con las elecciones y participaciones en las instituciones sociales.
- El público en su expresión social, que refiere a las acciones y expresiones por la consecución del bien público.

- El público en su expresión política estricta, a través de la participación democrática en los aparatos del Estado. (Etxeberria, 2005, p. 66)

Por lo tanto, una autonomía ejercida en su totalidad requiere del cumplimiento de esa pluralidad de ámbitos para fortalecer a su vez los procesos de ciudadanía. Esos procesos de autonomía deben ser potenciados tanto por las familias, las personas cuidadoras y por el Estado por medio de políticas públicas y de mercado. Jiménez (2014) agrega que:

Las prácticas culturales inciden en el mantenimiento de roles y estereotipos que impiden el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres cuidadoras y las personas sujetas al cuidado o al otorgamiento de servicios de apoyo o ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida. Como consecuencia de esta relación de poder, prevalece una cultura de la dependencia por sobre una de la autonomía, como manifestación de violencia y control. (Jiménez, 2014, p. 79)

Un antecedente reciente que supone un gran avance legal para el reconocimiento de la autonomía personal es la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (N° 9379) aprobada en agosto del 2016. La aprobación de esta ley representa un hecho histórico ya que fortalece la independencia y la calidad de vida de las personas con discapacidad en Costa Rica y, además, con esto se cumple con el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que indica el “reconocimiento como persona ante la ley y de la capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida”.

Esta ley introduce dos figuras nuevas al panorama jurídico: la de asistencia personal humana y la de salvaguardia para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad mediante una persona garante designada por un juez o jueza. La ley además visibiliza el derecho al goce pleno de la igualdad jurídica de las personas con discapacidad, esto implica reconocer su personalidad jurídica y la capacidad de actuar con base en ella; es decir, reconoce la titularidad y el legítimo ejercicio de todos sus derechos y el ejercicio de la patria potestad.

Un proceso de fortalecimiento de la autonomía de las personas en general y de la población adulta mayor, así como de la población cuidadora debe darse en la búsqueda de la justicia distributiva de las cargas familiares y de los cuidados de personas que los requieren, esto representa la necesidad de un cambio paradigmático en la manera de concebir el cuidado para inclinarse hacia una forma de cuidado no patriarcal.

Las personas cuidadoras como eje transversal

El cuidado del otro es una construcción social, histórica y relacional; corresponde un acto inherente en la producción-reproducción en la cultura humana. El cuidado y el trabajo doméstico no remunerado son actividades básicas que forman parte del trabajo de reproducción social y contribuyen al bienestar de las personas y al crecimiento económico (UNRISD, 2010). En las sociedades capitalistas, el sistema de relaciones entre hogares, empresas y Estado se organiza en función de la producción y distribución de bienes y servicios, ello supone una alta dependencia de fuerza de trabajo, que no se soportaría sin el trabajo de producción y reproducción de las personas; o sea, el trabajo de cuidado (Rodríguez, 2012). En otras palabras, el valor económico y la reproducción del sistema económico social no sería posible sin el cuidado de aquellas personas que requieren acompañamiento, protección y atención en situaciones de dependencia y atención especial.

El hecho de asignar socialmente de manera obligatoria principalmente a la mujer como responsable de la salud familiar y comunitaria, lleva a justificar e invisibilizar a la persona cuidadora y, a informalizar la tarea como tal, esto resulta en una obligación femenina la de atender al pariente que lo requiera o bien, a la persona cercana de su entorno social inmediato (Vaquiro y Stieповich, 2010). La feminización del cuidado, responde a la posición y relación de las mujeres en la familia y en la sociedad, así como a las oportunidades laborales, que generalmente son definidas según su capacidad de brindar y realizar cuidados (Batthyány, 2009).

Mayoritariamente quienes realizan las labores de cuidado son las mujeres, esto genera una desigualdad social en casi todos los países. Los hogares costarricenses no son la excepción, ya que las mujeres tienen una tasa mayor de participación en las tareas de cuidado (infantes, personas enfermas, adultas mayores o con diversidad funcional), siendo más del doble que para los hombres y en promedio dedican una hora más que ellos a esta actividad (INEC, 2011; INEC, 2018).

El cuidado puede ser remunerado, en tal caso este sería formal e institucionalizado o, informal o no remunerado. El segundo, es aquel brindado a un familiar o miembro cercano y se condiciona y reconoce según valores culturalmente delimitados. Las necesidades de cuidado surgen según la edad y la condición físico-emocional, siendo la niñez, las personas adultas

mayores y aquellas con alguna diversidad funcional, quienes precisan atención y acompañamiento fuera del contexto hospitalario, las que requieren mayor apoyo y asistencia. El cuidado puede incluir servicios de atención personal, médica y/o doméstica y, es una labor invisibilizada social y económicamente (OPS, 2005).

El cuidado informal, se ajusta a la red social y depende de mecanismos irregulares (jornadas, funciones y pago en especie) y, en gran medida, de atribuciones culturales: obligatoriedad o abnegación de atender al otro. El cuidado no remunerado implica prestar la atención a un miembro cercano, fuera del centro de salud, generalmente visto como una extensión del trabajo doméstico femenino, por lo cual generalmente no se registran estadísticas, mucho menos presupuestos nacionales.

Las personas cuidadoras como eje transversal del análisis, permite comprender de manera interseccional con los otros ejes, la vivencia cotidiana de estas, incluyendo las características de sus labores y la incidencia de estas en su estado de salud y sus condiciones de vida. En razón de comprender las labores de cuidar como relaciones sociales dinámicas cargadas de afectos, especialmente en el ámbito informal, se reconoce que el ser cuidador(a) puede propiciar condiciones de vulnerabilidad en aspectos como acceso al mercado de trabajo y en las condiciones de salud física y mental.

Tendencias epidemiológicas y sociodemográficas en el análisis

La población mundial está viviendo más tiempo que antes. Con el incremento general de la esperanza de vida al nacer, también ha aumentado la incidencia de enfermedades que requieren atención a largo plazo. La edad de las personas cuidadoras incide en asumir el cuidado, es decir, se ha encontrado que las madres suelen ser las principales cuidadoras de sus hijos o hijas, con poca o nula ayuda del padre y de otros hijos. Además de ser el cuidado socialmente poco valorado, implica un ahorro para el gasto social, para las políticas públicas, pero una gran inversión para las familias que lleva a las mujeres cuidadoras a ser personas económicamente dependientes de las familias o de políticas asistenciales (Martínez, 2006).

El envejecimiento no es definido en tanto alcanzar una edad avanzada, sino en el estado y características con las que se llega a esas edades, de tal manera que importa especialmente la vulnerabilidad correlacionada con edades avanzadas. Ante el fenómeno del envejecimiento

poblacional y el incremento de la longevidad mundial, es claro que existe una demanda mayor de cuidado con demandas especiales de seguridad social, lo cual dadas las condiciones implica desventajas a nivel social y económico, en aras de una calidad de vida (Vaquiroy Stiepovich, 2010).

El envejecimiento demográfico y el aumento de personas con enfermedades crónicas o discapacitantes no solo conlleva mayores cuidados, sino que es una realidad compleja con riesgos para las personas cuidadoras, pues antes las mujeres no se veían obligadas a lavar catéteres, manipular agujas o equipo de oxígeno como labores cotidianas, realidad que se vive actualmente (García, Mateo y Eguiguren, 2004). Tampoco se tenían los dispositivos tecnológicos de hoy que hacen posible el desenvolvimiento con niveles significativos de autonomía y cooperación.

Retomando el concepto de epidemiología de Rodríguez-Artalejo y Banegas-Banegas (2009) como: “la disciplina científica que estudia la frecuencia y distribución de fenómenos relacionados con la salud y sus determinantes en poblaciones específicas, y la aplicación de este estudio al control de problemas de salud” (p. 9). Décadas atrás las poblaciones eran más vulnerables a vivir y morir por causas que hoy son tratadas eficientemente. Ya lo expresaba Rosero-Bixby (1995), en esta transición se sustituyen las infecciones y la malnutrición por dolencias degenerativas y provocadas por el ser humano y sus hábitos de vida acarreados en el contexto de la globalización capitalista. En lo que se refiere a las enfermedades y condiciones asociadas al mundo moderno, podemos señalar los accidentes automovilísticos, las muertes violentas, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer (aparato respiratorio, digestivo, entre otros).

El parto, la desnutrición o las enfermedades infectocontagiosas, como la diarrea, dejaron de ser las principales causas de padecimientos y muertes, por lo que la población hoy goza de una esperanza de vida mayor; sin embargo, los nuevos estilos de vida, de los que son beneficiarios cierta parte de la población, trajeron consigo nuevas enfermedades y problemas. Ahora las nuevas enfermedades no se contagian, sino que adquieren una modalidad crónica no transmisible (Ministerio de Salud, 2004).

En lo relacionado con esos estilos de vida de las personas costarricenses específicamente, la población adulta joven actualmente se ve afectada por muertes prematuras a consecuencia de factores de riesgo como lo son las adicciones, los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal. Mientras tanto, la población adulta mayor sigue patrones de enfermedad y

factores de riesgo cada vez más relacionados con males crónicos (Sáenz, s.f. citada por Rojas, 2014) como lo son la hipertensión, infartos, diferentes tipos de cáncer, diabetes mellitus e insuficiencia renal.

Para la comprensión de este cambio epidemiológico es necesario tomar en cuenta que estas enfermedades emergentes, pueden diagnosticarse en cualquier momento del periodo de vida de la persona, pero es cuando esta llega a la edad adulta mayor, cuando la probabilidad de riesgo aumenta a consecuencia de los estilos de vida y según la afectación de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, pueden aumentar los efectos de los padecimientos de las enfermedades. Uno de los retos más grandes del sistema sanitario institucional, y dentro de todas las contrapartes de la salud en la sociedad costarricense, es poder responder a la tendencia de un real cambio de tratamientos curativos a tratamientos preventivos.

Como teoría que se desprende de la disciplina epidemiológica, la teoría de transición epidemiológica contempla el uso de métodos estadístico-matemáticos, integrando a su vez, el uso de medidas, las cuales nos permiten obtener datos relevantes de análisis y estos son los que, a su vez, nos permiten sintetizar información.

Cuando hablamos de indicadores sociodemográficos, comprendemos que estos se refieren a la dinámica y la estructura de la población, vivienda y saneamiento ambiental, salud, educación, trabajo, condiciones de vida, grupos poblacionales, cultura, ciencia y tecnología. Por un lado, estos indicadores sociodemográficos, expresados, ampliados y analizados críticamente permiten conocer a profundidad las condiciones de la población que estamos analizando; por otro lado, hacer notar cuáles aspectos no se están contemplando en la legislación dirigida a la población adulta mayor. Estos indicadores, según corresponda, se pueden expresar por medio de tasas, índices, porcentajes, razones, cantidades absolutas, proporciones, escalas (Moreno-Altamirano, López-Moreno y Corcho-Berdugo, 2000).

Ejemplo de ello, es que podemos observar en porcentajes la composición de los grandes grupos poblacionales, visualizar tasas de mortalidad y morbilidad, además nos aporta el poder analizar otros indicadores sociodemográficos relevantes para esta investigación, por medio de índices y proporciones, por citar algunos.

Por otro lado, según información suministrada por la Clínica de la Memoria, el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, para el año 2015, aproximadamente unos 20 000

adultos mayores en el país viven con algún tipo de demencia, especialmente el Alzheimer. La situación se agrava más, pues cada vez hay más personas adultas mayores, por lo que crece la población con padecimientos mentales; además, hay pocas personas cuidadoras especializadas. Según los datos de la misma entidad para el 2015 el abandono se hace presente en al menos 50% de los adultos mayores con demencia en el Hospital Psiquiátrico (Ávalos, 1 de setiembre, 2013).

Asimismo, el proyecto de Detección Temprana de Enfermedades Neurodegenerativas, realizado como plan piloto por la Caja Costarricense de Seguro Social, muestra una prevalencia del 4.1% de demencia y un 8% en el deterioro cognitivo leve; por lo tanto, en la actualidad habría 25 000 personas con esta dolencia y cerca de 50 000 más con probabilidades de padecerlo (Plan Nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, 2014).

Según el Primer Informe de Estado de la Situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (2011), cerca del 50% de las personas adultas mayores dicen tener una salud regular o mala y, las enfermedades que más se reportaron son: hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, osteoporosis y artritis. La dificultad en la movilidad afecta más a las mujeres y aumenta con la edad. Los padecimientos de enfermedades neurodegenerativas, las enfermedades crónicas, y los accidentes vinculados con problemas musculoesqueléticos, van en aumento de manera proporcional al crecimiento de la población adulta mayor.

Ante este panorama, y considerando que en general, las personas viven muchos años luego de ser diagnosticadas con enfermedades neurodegenerativas el presente informe de seminario de investigación intenta generar aportes científicos que aborden de forma prioritaria la creación de acciones específicas ante las necesidades diferenciadas que se presentan al avanzar el proceso de envejecimiento en las personas mayores y en sus cuidadoras(es), con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de los derechos de estas poblaciones, así como a la mejora de su calidad de vida.

1.2) CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este capítulo se explicitan las particularidades del tipo de investigación, su correspondiente delimitación espacial y temporal, así como la descripción del proceso de recolección de información primaria y secundaria por el cual se llegó al análisis. Además, se

enuncian las técnicas y actividades implementadas que siguen una relación metodológica consecuente con la modalidad investigativa.

Tipo de estudio: relación y desafíos desde un seminario de investigación

Esta investigación asume un carácter descriptivo-comprensivo. Es descriptivo en tanto busca desarrollar una fiel representación del fenómeno que se estudia con detalle de sus características (Grajales, 2000). El Seminario procuró un acercamiento exhaustivo al fenómeno para poder conocer los diferentes sistemas de cuidados y cómo se responde a la demanda de servicios de cuidados desde la política pública.

El carácter descriptivo del estudio permite posteriormente entrar a la fase comprensiva de la investigación mediante la profundización teórica y en diálogo con los aportes de las personas consultadas, lo cual permitió un grado de claridad para generar el resumen de política pública que se espera sirva de insumo al marco normativo actual. La propuesta final considera las demandas de las personas adultas mayores, las cuidadoras y las prestatarias de servicios, con especial atención en la especificidad de roles para el Estado costarricense, las comunidades y las familias, en tanto entidades clave sobre las que se deben distribuir los cuidados.

Por otra parte, a partir del método comprensivo, en este Seminario se planteó investigar el sentido y las motivaciones de la acción social de los cuidados de la población adulta mayor. Comprendemos que la acción social es toda aquella que realizamos, orientada primero a partir de deseos y valores y creencias, proyectada hacia una respuesta futura que se anticipa a la ejecución de la acción y que, actúa sobre nuestro ámbito social (Lutz, 2010).

En cuanto al carácter comprensivo de este estudio, se parte del reconocimiento de la multiplicidad de realidades construidas por los actores, según la realidad social en donde se desenvuelven; por lo tanto, se reconoce que no existe una verdad absoluta, sino que esta se construye a partir de los marcos de significados de distintos actores (Martínez, 2011).

El método comprensivo, cuyo principal referente es Max Weber, permite definir los fenómenos sociales identificando el contexto en el que se efectúa la acción por medio de una confrontación con un tipo ideal (Weber, 2001). Dicho de otra manera, se plantea el estudio del fenómeno de los cuidados a partir de la interpretación individual y de la acción social que realizan las personas y que tienen injerencia en alguno de los procesos que conlleva el cuidado, para poder así, comprender y explicar la estructura de los sistemas de cuidados y sus diferentes efectos.

En el método comprensivo, quien investiga construye un modelo conceptual que integra los aspectos principales para abordar el fenómeno. Esa construcción funciona como tipo ideal para interpretar las conexiones regulares de la acción que se quieren explicar; no es una hipótesis, pero se señala una orientación para representar la realidad históricamente construida. Consiste entonces, en establecer una relación entre el conocimiento teórico deductivo y el análisis descriptivo de los hechos recabados de manera intersubjetiva (Weber, 2001).

Esto desencadena en otro de los preceptos fundamentales de la sociología comprensiva: el criterio de objetividad. Este postulado weberiano toma en consideración que cada persona tiene sus valoraciones éticas y culturales sobre las que conoce la realidad de la sociedad en la que se desenvuelve, seleccionando así una postura y una delimitación condicionada por el interés de la investigadora (Weber, 2001). Sin embargo, y pese a ello, el conocimiento científico se respalda en los datos adquiridos y verificados de manera empírica; por lo tanto, la estructura lógica del procedimiento tiene una validez objetiva, no con el interés de buscar una verdad absoluta como fin, si no reconociendo las múltiples interpretaciones de la acción.

Además, el uso de estos enfoques permite determinar si las políticas actuales de cuidado corresponden a la realidad, dándole importancia a las necesidades expresadas por las poblaciones entrevistadas con respecto a los alcances y sus limitaciones, recupera también la satisfacción de necesidades que se dan por medio de los servicios disponibles.

En este sentido, uno de los principales desafíos para el Seminario tiene que ver con el mantenimiento del razonamiento kantiano, de alejar la investigación de los juicios de valor. En cuanto a esto, Weber abordó como problema fundamental la diferenciación entre lo fáctico y lo valorativo, lo cual le lleva a diferenciar a su vez, entre los juicios de valor y los de hecho, identificando los primeros como la toma de posición entre hechos que se pueden considerar como positivos o negativos; mientras que los juicios de hecho los interpreta como las relaciones existentes entre los fenómenos o hechos observados (Weber, 2001).

La inferencia de los elementos ideológicos de la investigadora puede llevar a una reinterpretación, por lo que fue necesario el estudio continuo y paralelo a la realización del trabajo de campo, para cumplir estrictamente con las etapas metodológicas planteadas y generar resultados no sesgados.

La investigación se plantea desde una metodología cualitativa con aplicación de cuatro técnicas (revisión bibliográfica y hemerográfica, seminario investigativo o alemán y entrevistas semiestructuradas). Se utilizan tales técnicas con el fin de realizar una descripción y análisis de la situación de los cuidados de la población adulta mayor, así como de los desafíos y demandas de cuidado en la sociedad costarricense, además como parte de la revisión bibliográfica se analizaron las bases de datos cuantitativos existentes que trazan las tendencias demográficas de la sociedad costarricense.

Delimitación territorial y temporal

En lo referido a la delimitación territorial, la investigación es de alcance nacional, ya que el presente Seminario se enfocó en conocer sobre los cambios socioculturales y demográficos de la población adulta mayor en Costa Rica, con especial énfasis en las políticas de cuidado de esta población.

Para la ejecución de las entrevistas semiestructuradas del trabajo de campo, fueron seleccionados tres cantones por medio de un muestreo selectivo que contempló primeramente la vinculación cantonal con programas estatales, como la Red de Cuido u otras experiencias relativas a los sistemas de cuidados, pero considerando también las posibilidades investigativas y económicas para abarcarlos. Se delimitaron tres zonas geográficas distintas para conocer el alcance diferenciado de las políticas públicas: zona urbana, zona rural y zona costera; eligiendo a Curridabat, Turrialba y Osa como los cantones para cada una respectivamente.

De estos cantones, tanto en Curridabat como en Osa se implementa el programa de la Red de Cuido, y aunque en Turrialba no se ejecuta por ahora, se registran esfuerzos importantes, que incluyen un proceso de presión por parte de grupos organizados frente a la municipalidad para que se ejecuten los fondos disponibles para la construcción del primer centro diurno para personas adultas mayores en ese cantón.

Para ubicar contextualmente los cantones, se tomó como referencia el puesto que estos ocupan en el índice de desarrollo humano cantonal, resultando de la siguiente manera: Curridabat, ocupa la posición número 19 del índice, mientras que Osa ocupa la posición 21;

en ambos casos, son bastante prioritarios dentro del cálculo. Sin embargo, Turrialba¹ pasa a estar en la parte media de la tabla, ubicándose en el puesto 44 (PNUD-UCR, 2016).

En lo referente a la delimitación temporal del presente estudio, de manera retrospectiva se aborda el periodo comprendido entre 1999 al 2016, pues se indagan los cambios en las políticas, programas y proyectos relacionados con la atención y protección de la población adulta mayor desde la creación de la Ley Integral hasta el presente. Por una parte, se toma en cuenta el 2016 debido a que es el año de inicio de la presente investigación y, además, permite que las recomendaciones alcanzadas con el resumen de política (*policy brief*) sean de actualidad. El año 1999 se toma en consideración porque es cuando se aprueba la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N° 7935) y en relación a la esta, la creación del ente rector en materia de envejecimiento, denominado: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). Para comprender los cambios culturales y sociales que traza la formulación de la Ley Integral N° 7935, se realizó un trabajo investigativo bibliográfico y hemerográfico que va desde 1980 al 2016.

Población de estudio (criterios de selección)

Esta investigación aporta insumos para comprender los cambios sucedidos en la sociedad costarricense para la formulación de las políticas públicas vigentes en torno a los procesos de envejecimiento y el cuidado de la población adulta mayor. Por esto, se consideró pertinente no solo tomar como población de estudio a las personas adultas mayores propiamente, sino también a las personas cuidadoras, así como a las prestatarias de los servicios de cuidado y salud ofrecidos a la población adulta mayor. Asimismo, se acudió a personas investigadoras o especialistas en temas vinculados con población adulta mayor, los aportes de estas últimas fueron fundamentales en los seminarios investigativos y en las entrevistas semiestructuradas.

Se plantearon estudios de caso en tres modalidades para abordar las entrevistas de campo en cada cantón: de cuidado familiar, de cuidado público y de cuidado privado. Cada caso está conformado por la persona adulta mayor, la persona que le brinda cuidados o apoyo y la persona prestataria de servicios.

¹ Inicialmente los cantones que fueron considerados para realizar las entrevistas fueron Limón y Turrialba tomando en cuenta su puesto en el índice de desarrollo humano cantonal y sus particularidades étnicas, sin embargo, por razones de acceso y de comunicación previa con actores clave, se tomó la decisión de realizar el cambio por los cantones de Osa y Turrialba.

Para cada uno de los casos y los sujetos de investigación, se trazaron criterios específicos de selección:

- Persona adulta mayor: de 65 años o más, sujeta de cuidados o apoyos para su desarrollo cotidiano y residente en alguno de los cantones seleccionados.
- Persona cuidadora: brinda cuidados o apoyos a una persona adulta mayor ya sea de forma remunerada o no, residente en alguno de los cantones seleccionados, prestataria de servicios de cuidado.
- Persona que coordina o brinda la atención en salud a las personas adultas mayores: alguien que trabaje en el sistema de salud (sea médico(a), asistente técnica de atención en salud (ATAP), profesional en enfermería, etc.), o en el área del espacio de cuidado dirigido a esta población. Además, debe ser alguien con vínculo laboral en el caso seleccionado para entrevistar, ser residente del cantón seleccionado y, contar con al menos un año en ejecución de funciones vinculadas con población adulta mayor.

Además, para cada tipo de caso, se contemplaron otros aspectos:

Para el caso de cuidado familiar:

- Una persona adulta mayor cuyas necesidades de cuidados o apoyos sean sostenidas por su estructura familiar.
- Familia residente en alguno de los tres cantones seleccionados.
- Persona prestataria de servicios en cuyas labores atiende el caso de la persona adulta mayor ubicada.

Para el caso de cuidado público:

- Una persona adulta mayor cuyas necesidades de cuidados o apoyos sean sostenidas por un centro de cuidado sin fines de lucro.
- Centro establecido en alguno de los tres cantones seleccionados.

Para el caso de cuidado privado:

- Una persona adulta mayor cuyas necesidades de cuidados o apoyos sean sostenidas por medio de la contratación de servicios privados, ya sea en un centro especializado

con fines de lucro o por la contratación de una o más personas encargadas de ofrecer esos servicios.

- Residencia en alguno de los tres cantones seleccionados.

Técnicas de recolección de información

Se tuvo alta rigurosidad y debate para decidir las técnicas de recolección de información más adecuadas y coherentes con la modalidad de seminario de graduación. Esto condujo a escoger las siguientes técnicas: i) la revisión bibliográfica de los marcos normativos y de la literatura científica con atisbo multidisciplinario e histórico, ii) la entrevista semiestructurada para aproximarse a la población directamente afectada y personas expertas en los temas de interés, iii) el seminario investigativo o alemán, como recurso para someter indicios investigativos y discutirlos con expertos en los temas claves; iv) la revisión hemerográfica como recurso que nos permitió conocer en retrospectiva las decisiones y percepciones de la población costarricense respecto a los cuidados y a las personas adultas mayores y finalmente, v) la revisión de datos cuantitativos disponibles (censos y encuestas nacionales) para analizar la trayectoria epidemiológica y poblacional.

1.2.1.1 Revisión bibliográfica

Se trata de una búsqueda sistemática de investigaciones y material publicado relacionado con la delimitación de la población adulta mayor, los procesos de envejecimiento y los cuidados. El uso de esta técnica permitió la comprensión del tema y dio con insumos clave para la elaboración de un marco teórico conceptual sólido, abonado con diversas perspectivas sociológicas, y otras que aportan al análisis.

Se realizó una revisión bibliográfica con respecto al significado de envejecer, sus implicaciones sociales y de contenido en las políticas públicas referidas a procesos de envejecimiento y demanda de cuidados; también se indagó por medio de esta técnica para conocer acerca del significado del cuidado y los cuidados y su relación con la población adulta mayor en una sociedad con tendencia al envejecimiento.

Además, la aplicación de esta técnica fue llevada a cabo a lo largo de todo el proceso de investigación, pues dadas sus características, permite la apropiación y actualización de la información con la finalidad de generar aportes teóricos y recomendaciones de la política pública de cuidados integrales para la población adulta mayor.

Con el fin de comprender el contexto social al que responde la política pública sobre los cuidados de la población adulta mayor, se realizó en primera instancia, un acercamiento al marco normativo nacional tanto previo como a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 7935, en la que se tutelan los derechos de las personas adultas mayores y remite a la elaboración de las políticas públicas para responder a la demanda implícita por ese tutelaje, pero además teniendo en cuenta la normativa internacional referente. Esta revisión generó la construcción de una línea del tiempo graficada con el fin de visualizar la evolución de las políticas públicas referidas a la población adulta mayor, así como los momentos en la agenda política, según las administraciones presidenciales en Costa Rica (Anexo 2).

También, se exploró acerca de la situación de los cuidados de la población adulta mayor en Costa Rica, cinco años antes de la creación y aprobación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (1999) contemplando lo expuesto en los Informes del Estado de la Nación, desde 1994 a 2016, específicamente se tomó en cuenta lo expuesto en el capítulo dos (II) de cada uno de los informes, denominado “Equidad e Integración Social”. Además, se estudiaron seis planes nacionales de desarrollo y seis programas de gobierno con respecto al cuidado y atención hacia la población adulta mayor, para cada una de las administraciones comprendidas en el lapso mencionado anteriormente.

1.2.1.2 Entrevista semiestructurada

La entrevista es un instrumento técnico que permite la comunicación interpersonal entre la investigadora y el sujeto(a) de la investigación con el fin de encontrar respuestas concretas a interrogantes planteadas (Canales, citado en Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, Varela-Ruíz, 2013). Específicamente, la entrevista semiestructurada presenta la posibilidad de que la investigadora mantenga un comportamiento activo durante la ejecución, permitiendo profundizar en las respuestas que resulten más pertinentes según sea el caso, o inclusive aclarar dudas durante el proceso de la entrevista, buscando así que la información obtenida sea precisa.

En las últimas décadas, la entrevista cualitativa se ha tomado como una técnica alternativa para profundizar en algunos temas de investigación de la realidad, haciendo visible el carácter de las relaciones sociales y el marco de significados que estas contemplan. Así, en la entrevista semiestructurada se mantiene la conversación enfocada sobre un tema en particular

y se le da a la persona entrevistada el espacio para definir el contenido de la misma, siempre cumpliendo con los ejes previamente establecidos (Vela, 2001).

En relación con el proceso operativo de ejecución de la técnica, se hicieron veintiseis entrevistas semiestructuradas, de las cuales nueve fueron a personas adultas mayores (o la persona familiar más cercana en caso de que la persona adulta mayor por sus condiciones de salud no pudiera responder), nueve a personas cuidadoras y ocho entrevistas, a personas prestatarias de servicios de salud. Esto conforma el abordaje de un caso de cuidado familiar, un caso de cuidado en centro público (sin fines de lucro) y un caso de cuidado por servicios privados para cada cantón seleccionado (Curridabat, Osa y Turrialba).

Por medio de esta técnica, se buscó que las personas entrevistadas conversaran sobre los significados otorgados a los procesos de envejecimiento y a las necesidades de cuidado, así como plantear los retos pendientes que, desde su experiencia, identifican para enfrentar el envejecimiento acelerado de la población en Costa Rica.

Así mismo, las entrevistas permitieron obtener insumos para conocer la correspondencia entre la ejecución de la política pública con la satisfacción de las necesidades de la población adulta mayor y el alcance diferenciado de las políticas según la zona geográfica. Esta técnica permite poner énfasis en el significado de las relaciones sociales y el análisis contextual en el que estas se producen, permitiendo construir explicaciones teóricas desde los propios procesos.

1.2.1.3 Revisión hemerográfica

La hemerografía hace referencia a la descomposición de los periódicos en su estructura para encontrar conclusiones en cuanto a la descripción de lo que se publica. La investigación hemerográfica ha sido mayormente utilizada por el ámbito periodístico y las ciencias políticas; sin embargo, por ser la información de prensa un recurso que puede ilustrar los diferentes cambios históricos en los procesos políticos y sociales de un país (Argueta, 2010, citada en Araya et al., 2015), se concluyó que era una técnica propicia para recuperar la imagen en tiempo tanto de las percepciones como de las decisiones políticas que ocurrieron tres décadas atrás.

La búsqueda hemerográfica se realizó con el fin de responder parcialmente al objetivo específico número uno de esta investigación: Identificar los cambios socioculturales que

trazaran la creación de la Ley #7935 (1999) en la sociedad costarricense y que influyen en la respuesta de cuidado de la población adulta mayor en Costa Rica. Para la elaboración de la base de datos hemerográficos fue indispensable la colaboración del Lic. Iván Rodríguez Soriano quien con su experiencia en el uso de la técnica realizó un valioso aporte a esta investigación.

Se abordaron dos periodos para fines distintos: 1980 a 2015 para describir las significaciones con respecto a las personas adultas mayores y los cuidados de las personas (en La Nación y La Extra) y, del 25 de octubre de 1998 al 25 de noviembre de 1999 para la indagación de los antecedentes de la formulación de la Ley N°7935 y su reglamento (en La Extra y La República); con medios, secciones y descriptores diferenciados: en La Nación se revisaron las secciones de vivir/salud y nacionales; en La Extra, sucesos, nacionales y opinión, mientras en La República sus ediciones completas.

La persona adulta mayor, el cuidado y los cuidados de 1980 a 2015 en los periódicos La Nación y La Extra

Esta búsqueda, que abarca el periodo de 1980 al 2015, acude a identificar y caracterizar las representaciones sociales sobre el cuidado/cuidados y sobre la persona adulta mayor a partir de la década de los ochenta. Esto para constatar si en los medios se puede denotar el cambio sociocultural a partir de términos, según los valores adjudicados y las prácticas que conllevan el cuidado de otras personas, así como también el lugar de la persona adulta mayor.

Con la determinación de categorías conceptuales y secciones, se construyó una base de datos que recupera dos marcos descriptivos: i) el de descripción y posibles significados de las personas adultas mayores, ii) el de significaciones respecto al cuidado y cuidado de las personas. Para esto se realizó la búsqueda en los periódicos La Nación y La Extra, de 1980 a 2015 (3.5 décadas), tomando en cuenta los siguientes descriptores:

Descriptor	Terminología empleada
Persona adulta mayor	Vieja/o, anciana/o, viejita/o, valioso, ciudadano de oro, roca/o, abuelita/o, persona grande, longevo, senil, vejestorio, maduro y sabia/o.
Cuido/cuidado	Atención, hacerse cargo, tutela, ayudar, atender, velar por, encargo de, consideraciones, custodia, servicio de cuidado, arreglado, atendido, vigilancia, asistencia, guarda, dedicación y sacrificio.

La base de datos se realizó buscando las notas periodísticas por cuatrimestre: de enero en adelante, de mayo en adelante, de setiembre en adelante, cada 2 años. La información no fue analizada de manera comparativa entre los diarios, más bien se eligen secciones específicas de cada uno dado el perfil de información de cada editorial.

Se seleccionó la primera nota que apareciera en cualquiera de las secciones seleccionadas, por descriptor. Corresponde una unidad periodística por descriptor, y la selección de dos unidades por cuatrimestre: la primera de cada descriptor, una correspondiente al descriptor de persona adulta mayor y una correspondiente al descriptor de cuidado o cuidados.

En el avance del proceso de análisis de la base de datos, se encontró que en algunos cuatrimestres no aparece del todo ninguna nota periodística relacionada con el descriptor de cuidados principalmente y, en algunas ocasiones, dirigida al de persona adulta mayor, esto llama a poner especial atención en la implicación de esas omisiones: los saltos en el tiempo y las frecuencias con las que se visibiliza la situación de la población adulta mayor y de sus necesidades. La omisión es en sí misma un resultado.

Para el análisis desagregado se tomaron en cuenta las siguientes categorías de análisis: tendencia en el tiempo, el enfoque, los ejes transversales (autonomía, género y personas cuidadoras), además de las secciones en que aparece cada descriptor. Tal registro permitió conocer la terminología empleada para referirse a las personas adultas mayores y de cuando se consideraban sus necesidades de cuidado o cuidados, con esto se realizó un análisis semántico que permitió identificar los cambios culturales en la forma de abordar la información relacionada con la población de estudio, durante el periodo analizado.

Antecedentes y precedentes de la Ley 7935 en los periódicos La República y la Extra

El otro abordaje del análisis hemerográfico, fue para indagar los antecedentes y la fundamentación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley #7935) y del Reglamento N° 30438-MP correspondiente a la misma ley, en las unidades periodísticas de la sección de nacionales y editorial, en los periódicos La República y en la Extra, y comprende desde el 25 de octubre de 1998 al 25 de noviembre de 1999. La ley fue aprobada el 25 de octubre de 1999 y se publica en el diario oficial La Gaceta el 15 de noviembre de 1999; por

lo tanto, se elige un periodo de un año aproximadamente para evaluar la existencia de información relacionada con esta legislación. Con un mes de anticipación y uno posterior, se revisa en La República y en la Extra, lo referido al reglamento (Decreto Ejecutivo N° 30438-MP, aprobado el 19 abril de 2002) y la ley. Esto sería entonces, entre el 19 de marzo al 19 de mayo de 2002.

Como se mencionó anteriormente, se optó por la construcción de una línea del tiempo que contiene la normativa y acuerdos a nivel internacional, así como las políticas públicas y la legislación nacional relacionada con población adulta mayor y sus demandas de cuidados. Esa línea del tiempo es de utilidad para poder dar lectura a la información obtenida de la base de datos de la revisión hemerográfica, así como para comprender otros momentos y hallazgos de esta investigación desde una perspectiva histórica.

Revisión de bases de datos cuantitativos

Como parte de la etapa de revisión bibliográfica, se revisaron los datos y las proyecciones sociodemográficas y epidemiológicas a mediano y largo plazo para llegar a un análisis intermedio que permita evaluar la correspondencia de políticas, programas y proyectos con la realidad sociodemográfica del país y su demanda. Se tomó como insumo los censos de población, las encuestas nacionales de hogares incluyendo su módulo de uso del tiempo y, la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017. Los censos consultados, aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), son el IIX Censo Nacional de Población (1984), el IX Censo Nacional de Población (2000) y el X Censo Nacional de Población (2011).

Mediante los datos consultados se obtiene la información estadística necesaria para justificar la necesidad de fortalecimiento de políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor. Además, por medio de los datos publicados en la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, se logra visibilizar la cantidad de tiempo que se utiliza para el cuidado de personas con dependencias y las enormes brechas entre las labores realizadas por hombres y por mujeres, así como el uso de espacios de recreación y de convivencia con pares y familiares tanto por parte de las personas cuidadoras como de las personas adultas mayores.

1.2.1.4 Seminario investigativo o seminario alemán

Para desarrollar una propuesta de resumen de política que considere las múltiples tendencias y proyecciones encontradas, se tomó la decisión de realizar seminarios investigativos con personas clave, a continuación, se resume el proceso:

Tema	Subtemas	Fecha	Participantes
Género y envejecimiento	Cuidado autonegado, masculinidades, población LGBTIQ	15 febrero 2017	Lic. Karla Acuña Salas Lic. Geovanna Jiménez Zúñiga Lic. Marco Castillo Rojas M.Sc. Ester Serrano Madrigal M.Sc. Teresita Ramellini Centella Dr. Allen Cordero Ulate Bach. Mario Bonilla Chaverri M.Sc. Rocío Loría Bolaños Bach. Natasha Núñez Morales Bach. Jason Rojas Rojas
Autonomía de las personas mayores desde el enfoque de los derechos humanos	Autocuidado, violencia patrimonial y autonomía jurídica, discapacidad adquirida, autoridad y abuso de tutelaje	01 de marzo 2017	Lic. Elena Varadé Cordero Lic. Francisco Monge Román Lic. Erick Valderomar Marín Lic. Román Navarro Fallas Lic. Iván Rodríguez Soriano Bach. Mario Bonilla Chaverri Bach. Cristina Carpio Alvarado M.Sc. Rocío Loría Bolaños Bach. Natasha Núñez Morales Bach. Jason Rojas Rojas
Transformación del perfil epidemiológico de la PAM	Respuestas ante la demanda de cuidados, cuidado institucionalizado vs. cuidado familiar	26 abril 2017	Ph.D. Gilbert Brenes Camacho M.Sc. Rocío Peinador Roldán Lic. Iván Rodríguez Soriano

			M.Sc. Rocío Loría Bolaños Bach. Natasha Núñez Morales Bach. Jason Rojas Rojas
Crisis de los cuidados y cambio cultural	Asignación social, demanda global, resistencias, vinculaciones y desvinculaciones intergeneracionales	01 de junio 2017	Dr. Randall Blanco Lizano Lic. Ismael Corrales Camacho Lic. Iván Rodríguez Soriano Bach. Mario Bonilla Chaverri Bach. Cristina Carpio Alvarado M.Sc. Rocío Loría Bolaños Bach. Natasha Núñez Morales Bach. Jason Rojas Rojas

Para su realización se recurrió a la técnica de seminario alemán o investigativo, que consiste en la ejecución de un espacio horizontal de trabajo en donde se prepara un relato y un correlato para exponer las posturas teóricas, posterior a las ponencias se da la participación de todas las personas invitadas por medio de intervenciones fundamentadas; finalmente, se da un espacio de protocolización de la actividad en la que se sintetizan los contenidos. Garzón (2006) plantea que:

la implementación de metodologías de seminarios investigativos son alternativas andragógicas que contribuyen al rompimiento con la clase magistral: acaba con el protagonismo - a veces nefasto - del profesor y en el reconocimiento de que el proceso de formación, tiene que estar centralizado en el ser humano más que en una profesión. (Garzón, 2006, p. 13)

Una de las estrategias de este Seminario de Graduación consistió en primera instancia en la formación de las personas seminaristas como cientistas sociales: en la generación del conocimiento y en el modo como se transmite y renueva. Por tanto, la técnica no solo es consecuente con la modalidad del trabajo de graduación, sino que es acorde para discutir crítica y colectivamente puntos clave para aproximarnos a soluciones o recomendaciones que presumen incidencia política.

Esta técnica propone hacer investigación social de manera crítica y reflexiva, mediante la disertación y el debate, lo que en palabras de Bourdieu sería autoanálisis sociológico (Gil Villa, 2013). Además de tres seminaristas que participaron en la fase inicial del estudio, este proceso incluyó a un total de diecisiete personas expertas en diversas áreas y temas, que mediante su participación aportaron a la construcción del conocimiento teórico, a la vez que evaluaron conjuntamente las estrategias y herramientas que el Seminario de Graduación utilizó, generando críticas y recomendaciones clave para la elaboración de una política pública integral de cuidado de la persona adulta mayor.

Para llevar a cabo los seminarios, se conformaron grupos de discusión fundamentados con personas expertas, donde primeramente se expuso el posicionamiento teórico argumentativo del seminario de graduación –por medio de la exposición de un relato y correlato- para posteriormente entrar en la etapa de realimentación por parte de las personas invitadas.

En los seminarios, se discutieron ampliamente conceptos y problemas referidos a los cuatro temas clave citados, y se alcanzaron aportes grupales y colaborativos que nutren el análisis y sobre todo las recomendaciones del resumen de política pública de cuidados de la población adulta mayor en Costa Rica.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información: matriz relacional, categorías, preguntas generadoras y diseño de instrumentos

El planeamiento para llevar a cabo el procesamiento y posterior análisis de la información consistió primordialmente en la elaboración de matrices que agruparan los datos recabados mediante las diferentes técnicas. Esto permitió el análisis relacional y la comparación de resultados de manera crítica, manejando la amplitud de perspectivas que se consideran en esta investigación.

Primeramente, se construyó la operacionalización del objeto de estudio por medio de una matriz de categorías derivada de los objetivos específicos de la investigación; esto permitió esclarecer el procedimiento para evolucionar de un manejo teórico conceptual a uno empírico aplicado, y lograr así, realizar las estimaciones necesarias por medio de las técnicas seleccionadas.

La construcción de esta matriz de operacionalización fue clave para el avance de la investigación, en el sentido de que integra cinco categorías fundamentales de análisis:

- i) significados de cuidado y cuidado (a nivel global),

- ii) indicadores de la demanda de cuidados de la población adulta mayor,
- iii) políticas públicas referidas a cuidados de la población adulta mayor,
- iv) evaluación de las políticas públicas de cuidados en relación con la demanda en Costa Rica, y
- v) prioridades y adecuaciones referidas a las políticas de cuidados (propuestas para el país).

Esa matriz sirvió como primer insumo para la elaboración de preguntas generadoras que serían derivadas a los instrumentos de entrevistas semiestructuradas, las guías de los seminarios investigativos y de uso recurrente durante el proceso de análisis. El procedimiento consistió en elaborar las preguntas específicas a partir de los cuestionamientos guía de la matriz de preguntas generadoras, lo cual permite la rigurosidad de seguir y procurar responder los objetivos específicos.

Posteriormente, se realizó la sistematización de entrevistas por medio de una matriz de análisis que corresponde con la de las preguntas generadoras. Con ese insumo elaborado, se procedió al procesamiento de la matriz por medio del sistema informático de análisis cualitativo Atlas Ti (Versión 7.5.18, licencia educativa multiusuario de la Universidad de Costa Rica). En este, se integraron también las transcripciones de los cuatro seminarios investigativos realizados.

Seguidamente, se elaboró una matriz relacional que contiene los datos sobre la situación actual de las políticas de cuidados y envejecimiento, a partir de los insumos de los distintos planes de desarrollo y los informes del Programa Estado de la Nación, se identifican las acciones y abordajes, así como las necesidades, limitaciones y alertas de la situación país en el tema que concierne.

1.2.1.5 Triangulación metódica: técnicas y fuentes de datos

Siguiendo a Blanco y Pirela (2016), en la actualidad hay una tendencia a la superación de los reduccionismos en la investigación social, implementando métodos distintos de investigación para abordar un mismo problema; con el fin de potenciar tanto las propuestas teóricas como metodológicas y acercarse a la optimización del uso de la información para la producción de conocimiento desde una visión múltiple.

Con la finalidad de enriquecer el proceso de la investigación, se planteó desde inicio del proceso la utilización de una estrategia multimetódica que permitiera conseguir datos desde diferentes aristas y así obtener mayor respaldo y relevancia en la información obtenida empíricamente. Así, la aplicación de técnicas cualitativas junto con la consideración de datos cuantitativos disponibles permite reconocer el objeto de estudio como uno poliforme, que se aborda desde diferentes perspectivas para lograr una mejor comprensión de la realidad.

En este sentido, la triangulación se realiza en dos vías: la primera, la vía de la implementación de múltiples técnicas empleadas durante la investigación para adquirir la información necesaria refiriendo al proceso histórico de implementación de políticas de envejecimiento y cuidados, así como al cambio sociodemográfico y cultural que interviene en las transformaciones que ocasionan la demanda actual de servicios de salud para la población adulta mayor.

La segunda vía es la triangulación de fuentes de datos, pues para comprender el fenómeno del envejecimiento y la demanda de servicios de cuidado, se parte de la importancia de tomar en cuenta las perspectivas no solamente de las personas adultas mayores que requieren cuidados, sino también de las personas prestatarias de servicios de salud, las personas con experiencia académica o técnica en temas relacionados, así como las experiencias y vivencias de las personas cuidadoras y, los datos cuantitativos disponibles para contextualizar la realidad poblacional del país así como el perfil epidemiológico.

Por medio de la utilización de este insumo metódico, se puede visibilizar la complementariedad que posibilita el uso del pensamiento transversal, integrando elementos de las diferentes lógicas de investigación social. En este caso podemos hablar de una integración metodológica más allá de una simple suma de técnicas aisladas al momento del análisis, pues se implementa la integración desde el momento de la operacionalización del objeto de estudio y la construcción de las preguntas generadoras necesarias de responder para satisfacer los objetivos de la investigación.

Así, se determinó la fundamentación de cada una de las técnicas en miras a responder de manera efectiva los objetivos del estudio, considerando las especificidades de la investigación en cuanto a las características longitudinales, así como multitransversales. Siendo así, luego de la planificación de los usos de las técnicas, se realizó un ejercicio de validación de instrumentos para determinar el alcance exhaustivo de las técnicas.

Finalmente, para la obtención de resultados se buscó obtener una visión compleja e integral de la realidad estudiada, identificando cuidadosamente la convergencia de resultados obtenidos desde las diferentes fuentes y técnicas de información. Según Blanco y Pirela (2016), si las conclusiones coinciden, se incrementa la validez de los resultados obtenidos, lo que en este caso da mayor fortaleza a las recomendaciones de política realizadas.

1.2.1.6 Resumen de política (policy brief)

Uno de los grandes retos de la investigación social y específicamente de los trabajos finales de graduación, ha sido históricamente el aporte concreto en la producción de recomendaciones para generar transformaciones en la realidad, así como la divulgación de las conclusiones y recomendaciones generadas por el proceso investigativo.

Con la intención de trascender más allá de los estantes bibliotecarios, esta investigación busca generar aportes reales a la situación actual, por medio de la elaboración de un documento de resumen de recomendaciones dirigido a la adecuación de políticas públicas para ser presentado a un público específico, como lo son las distintas instancias encargadas de regir las normativas relacionadas con el envejecimiento y los cuidados en Costa Rica.

Para lograr esto, dentro de las técnicas de análisis de información, se toma como punta de lanza el resumen de política, considerándolo como una herramienta fundamental para la comunicación científica y siendo consecuente con la metodología de trabajo del Seminario de Graduación. El uso del resumen de política como técnica permite generar un puente entre los resultados académicos y la puesta en práctica de recomendaciones en el ámbito de lo técnico-político; además, favorece la visibilización y la incidencia desde las Ciencias Sociales en el campo de la investigación sobre temas de salud pública.

Para realizar un resumen de política se deben tener en cuenta los siguientes cuatro aspectos según Nutley y Davies (2001): a) el abordaje sobre la naturaleza de la evidencia, b) un enfoque estratégico para la creación de evidencia junto con el desarrollo de una base de conocimiento acumulada, c) diseminación efectiva del conocimiento junto con el desarrollo de medios efectivos para el acceso al conocimiento y, d) iniciativas para aumentar la aceptación de evidencia tanto en el ámbito político como en la práctica.

Se decide desarrollar un resumen de política por ser un documento breve que recoge el planteamiento de un problema, lo respalda con evidencia empírica y propone

recomendaciones concretas para su mejora o solución (Felt, Carrasco y Vives, 2017). En muchos países (como Colombia, por ejemplo), las instituciones públicas tienen sus propios lineamientos para la presentación de resúmenes de política; así, las recomendaciones y conclusiones de investigaciones que se lleven a cabo desde las mismas instituciones pueden ser difundidas por medio de esta herramienta (Ministerio de Salud de Colombia, 2016).

En el caso del resumen de política elaborado para el presente Seminario, es un documento que sintetiza las necesidades de actualización de los servicios de cuidado, así como de la normativa que tiene que ver con envejecimiento y vejez. El documento presenta las recomendaciones basadas en la evidencia recabada a través de las distintas técnicas de investigación y resume opciones de recomendaciones mediante el respaldo científico para facilitar la toma de decisiones institucionales.

Etapas de la investigación

Para lograr el acercamiento al objeto de estudio, la investigación comprende el cumplimiento de cuatro etapas, las cuales fundamentadas de forma teórica, metodológica y ética permitieron en el ir y venir de la investigación acentuar la aprehensión los conocimientos, de acuerdo al movimiento (no lineal) del objeto de estudio durante el proceso investigativo:

- i) **Análisis documental y revisión conjunta de literatura multidisciplinaria** relacionada al cuidado de la población adulta mayor, incluida la normativa y las propuestas recientes a nivel de país y global: en la etapa previa al arranque de la investigación, este análisis permitió la delimitación y construcción del diseño de la investigación, así como la identificación de vacíos investigativos, en los cuales se intenta aportar con este trabajo.

Durante esta etapa, comprendida entre el primer y segundo semestre de 2016, el entonces grupo de seminaristas conformado por cuatro personas se estableció como tarea inicial la revisión del diseño del seminario, incorporando las recomendaciones de la comisión de trabajos finales. Además, la revisión de literatura permitió también la construcción de las categorías de análisis y la delimitación temporal de la investigación.

La recuperación de literatura estuvo enfocada esencialmente en realizar un mapeo de la normativa a nivel internacional y nacional, a fundamentar teóricamente la utilización de los ejes transversales de género, autonomía y personas cuidadoras, comprender el panorama sociodemográfico de la población costarricense y los cambios en las estructuras familiares, comprender la diferenciación conceptual del trabajo no remunerado, así como recuperar elementos teóricos para el análisis de políticas públicas pertinentes en este estudio.

Como parte de este análisis documental, se realizó una revisión hemerográfica, procurando insumos en dos vías: la primera, ilustrar los cambios demográficos y socioculturales que demandaran la creación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor caracterizando las representaciones sociales sobre cuidado/cuidado y sobre la concepción de persona adulta mayor. Esta búsqueda se realizó en los periódicos La Nación y la Extra, y abarcó el periodo de 1980 a 2015.

La segunda vía tiene que ver con una indagación de antecedentes específicos sobre la Ley 7935 y su respectivo reglamento. Para esto, se revisaron los periódicos La República y la Extra en el periodo comprendido entre el 25 de octubre de 1998 al 25 de noviembre de 1999.

Además, se realizó el estudio de los antecedentes y revisión de las políticas públicas (planes, programas, proyectos) y legislación con respecto a la temática a nivel país. Una vez avanzado el proceso de revisión de literatura, se procedió a la identificación de la normativa clave para trazar una línea histórica de las políticas públicas implementadas en materia de envejecimiento y cuidados.

Esto se realizó por medio de matrices de procesamiento que integraron la información de los diferentes planes de desarrollo por cada administración de gobierno y los informes del Programa Estado de la Nación, permitiendo visualizar el avance en la implementación de programas y proyectos orientados a satisfacer las necesidades de la población adulta mayor.

Posteriormente, se elaboró un insumo gráfico de una línea del tiempo que permite poner en perspectiva los avances a nivel nacional con respecto a los acuerdos (y presiones) a nivel internacional. Este insumo facilita la comprensión de las tendencias de políticas de envejecimiento y cuidados desde finales del siglo XX hasta el presente.

- ii) **Adecuación de la información y preparación de instrumentos**, realización de la búsqueda hemerográfica y ejecución de los seminarios con personas expertas: en esta etapa comprendida durante el primer semestre de 2017, el entonces equipo de seminaristas realizó un proceso de adecuación y ordenamiento de la información para concretar los intereses específicos de la investigación y, así iniciar la construcción de instrumentos y la planificación de seminarios investigativos, así como la búsqueda hemerográfica.

El diseño de instrumentos se llevó a cabo mediante la previa construcción de una matriz de preguntas generadoras que se basó en las categorías de análisis preestablecidas y a partir de estas se diseñaron preguntas dirigidas a los tres sujetos de entrevista (personas adultas mayores, personas cuidadoras y personas prestatarias de servicios de salud).

Paralelamente al diseño de instrumentos se realizó el proceso de planificación y convocatoria de personas estudiosas del tema de envejecimiento y políticas públicas. Este proceso fue particularmente enriquecedor, pues la dinámica permitía que las personas seminaristas expusieran el posicionamiento teórico argumentativo del seminario y someterlo a discusión en el panel, esto generó gran cantidad de realimentación de parte de las personas invitadas.

Además, en esta fase, se determinó la necesidad de realizar una revisión hemerográfica para ilustrar así los cambios culturales sucedidos desde hace tres décadas atrás a la actualidad. Esta búsqueda fue realizada mediante el indispensable apoyo del sociólogo Iván Rodríguez Soriano; con este insumo y con información extraída de las entrevistas semiestructuradas se pudo analizar los cambios en los imaginarios sociales sobre cuidado/cuidados y sobre ser persona adulta mayor.

- iii) **Ejecución de trabajo de campo y participación en eventos de interés**: esta etapa se realiza en su totalidad de forma individual. Previo a la ejecución de entrevistas semiestructuradas, se realizó una prueba de validación de los instrumentos en el Asilo de la Vejez en Cartago centro, paso fundamental para generar correcciones y adecuaciones a las interrogantes planteadas en el diseño de instrumentos.

La ejecución de entrevistas en los cantones elegidos y la presencia en actividades relacionadas con el tema de esta investigación se dio durante el segundo semestre de

2017 y el primero de 2018. Las veintisiete entrevistas realizadas se ejecutaron de manera personal mediante dos giras al cantón de Osa, cinco giras al cantón de Turrialba y cuatro visitas al cantón de Curridabat, comprendiendo un caso de cuidado familiar, un caso de cuidado por servicios privados y un caso de cuidado público (en centros de cuidado sin fines de lucro) en cada cantón.

La ruta seguida para lograr identificar los casos específicos de estudio, consistió en identificar contactos clave en los tres cantones para así facilitar el contacto con las personas e identificarlas para posteriormente realizar la entrevista solicitada. En los casos de cuidado familiar, se realizó primeramente las entrevistas correspondientes a la persona adulta mayor y a la persona cuidadora para posteriormente localizar a la persona prestataria de servicios de salud (ATAP o médico) y así solicitarle el espacio para la realización de la entrevista.

En los casos de cuidado institucionalizado (público o privado) se estableció el contacto directamente con la administración de los centros, tomando como personas prestatarias de servicios a las personas coordinadoras de esos espacios. La elección de realizar las entrevistas distribuidas entre las distintas zonas del país mencionadas, permitió evidenciar el alcance diferenciado de las políticas públicas por regiones.

Mediante la ejecución de esta técnica se logró recabar evidencia para definir cuáles son los cambios culturales generados por las transformaciones en la demanda de cuidados de la población, en la forma de estructurar las familias y de relacionarnos entre las generaciones. También, se indagó sobre la percepción de los retos a enfrentar como país en un futuro cercano en el tema de envejecimiento y cuidados.

Además, durante el periodo de formulación del proyecto que deriva en esta investigación, previo a su desarrollo, se dio la participación en dos eventos clave para los fines de esta: una reunión de la comisión interinstitucional para la construcción de una Estrategia Nacional de Promoción de la Salud Mental de Personas Cuidadoras no Remuneradas de Personas Adultas Mayores, coordinada por el Ministerio de Salud (8 de mayo de 2015) y, el seminario “Cuidar a quienes cuidan a personas adultas mayores”, hacia una estrategia de promoción de su salud mental, organizado por el Ministerio de Salud y la CEPAL (24 y 25 de agosto de 2015).

Durante la ejecución de la investigación, se tuvo participación en cinco actividades de interés: el conversatorio “Envejecimiento y economía”, organizado por la escuela de economía de la UNA y AGECO (1 de setiembre, 2016), la charla “autocuidado emocional del cuidador”, organizada por el PAIPAM de la UNA (29 de octubre, 2016), la mesa de expertos(as) “Implicaciones bioéticas y legales de la ley de Promoción de la Autonomía personal de las personas con discapacidad en el ámbito de la atención médica y la investigación biomédica”, organizada por CONAPDIS (30 de enero, 2017), la presentación del libro “La protección social en América Latina: desigualdades de afiliación, de acceso y de completitud” de Ana Sojo para CEPAL (23 de enero de 2018), la mesa redonda “Vulnerabilidad y exclusión social de la población adulta mayor en zonas costeras e insulares” organizada por el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Rurales del Golfo de Nicoya de la UNA (10 de abril, 2018).

Proceso integrado de análisis y redacción del resumen de política pública: el análisis integral resultado del escrutinio de las fuentes documentales, así como de la consulta a actores/as sociales afectados/as por las dinámicas del cuidado en la vejez, y discusiones grupales con la participación de personas expertas dio como resultado una riqueza de evidencia para lograr el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

La triangulación de las fuentes de datos utilizadas a lo largo de la investigación permitió contrastar la información recabada en el proceso de recopilación de datos empíricos, con la revisión del marco jurídico político, enfatizando en la construcción histórica de la realidad representada, punto central que no se perdió de vista a lo largo del proceso.

A través de esta etapa se comprende cuáles son los cambios históricos generados por el panorama actual en la situación poblacional de Costa Rica. Por medio de los datos cuantitativos consultados se explican las diferencias en las estructuras familiares y de la pirámide poblacional, esta última presenta variaciones por el ensanchamiento en los grupos etarios de mayor edad, mientras que disminuyen los sectores de la pirámide que representan los grupos de niñez y adolescencia.

Se reconoce también los cambios dados mediante procesos socioculturales históricos, y una de las maneras de buscar respuestas sobre los mismos estuvo relacionada con la

búsqueda y análisis de las figuras que socialmente representan a las personas mayores y a los sistemas de cuidado.

Los insumos recabados en el proceso de realización del análisis integral generaron los aportes teóricos y las recomendaciones de la política pública de cuidados integral para la población adulta mayor; además, permitió identificar las categorías recurrentes y el surgimiento de nuevas que no estaban previamente contempladas. También, facilitó el reconocimiento de vacíos de información durante la redacción de los capítulos de la memoria de Seminario.

2) SECCIÓN II

2.1) CAPÍTULO IV. TENDENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

Consideraciones e indicadores sociodemográficos: transición y tendencias de la población adulta mayor

El panorama demográfico en Costa Rica ha venido en constante transformación. Es durante la segunda mitad del siglo XX que se empiezan a notar cambios sustanciales en la estructura poblacional del país. Esas transformaciones dan cuenta de las condiciones actuales y de los retos a futuro tanto en términos políticos, económicos y sociales, así como en las condiciones que atañen a los distintos grupos poblacionales con sus características particulares.

Costa Rica se encuentra entre los países de América Latina que poseen una esperanza de vida alta, superando incluso a países como Brasil, Chile y México. En los últimos 50 años, la población de América Latina ha ganado 20 años de longevidad, logrando hoy una esperanza de vida al nacer de 72 años para ambos sexos en promedio (CEPAL, 2005). Nuestro país no escapa a este fenómeno que se ve impulsado por el descenso en los índices de mortalidad infantil de los últimos treinta años. El descenso de la mortalidad infantil durante la década de 1970 fue particularmente importante. En diez años la mortalidad infantil disminuyó de 67 a 19,9 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

Este comportamiento de la mortalidad infantil tiene efectos en la composición de la población adulta mayor. Por ejemplo, en el año 1970, 88 de cada 100 hombres nacidos vivos sobrevivía

hasta cumplir los 15 años y en el año 2003 sobrevivían 98 de cada 100, es decir, al bajar la tasa de mortalidad se da también un efecto en la esperanza de vida del país, reflejado además en una disminución de tasa de mortalidad adulta, en tanto la mortalidad entre los 50 y los 79 años disminuyó a niveles comparables (e incluso inferiores) a los de los países desarrollados (Robles, 2005). El comportamiento de la tasa de mortalidad en Costa Rica se explica con la extensión de la educación, el saneamiento básico en el país y las mejoras en la atención hospitalaria.

La disminución de la mortalidad en Costa Rica se tradujo en un aumento en la esperanza de vida en la población, de 65,7 años en 1970 a 78,7 años en 2004 (Robles, 2005). Este incremento se notó por primera vez entre los años de 1970 y 1983 principalmente, cuando la esperanza de vida aumentó casi diez años. También, desde 1996 hasta 2003 se mantuvo una tendencia al aumento de la esperanza de vida, sobre todo en los últimos cinco años, en los que la mortalidad infantil ha registrado disminuciones importantes (Robles, 2005).

La supervivencia de las personas en edad adulta mayor también ha venido en ascenso en las últimas tres décadas, en ese sentido, se señala que, en 1970, el 45% de las personas que cumplían 65 años sobrevivía hasta cumplir 80 años, mientras que en el 2003 sobrevivía un 66% (Robles, 2005). Este señalamiento, también, indica que en la población costarricense hay un importante sector longevo que parece estar en continuo ascenso, esto anuncia la necesidad de una estrategia social para responder a las necesidades de estas poblaciones. Así, lo expresa el informe de la CEPAL al referirse a esta población en la región latinoamericana:

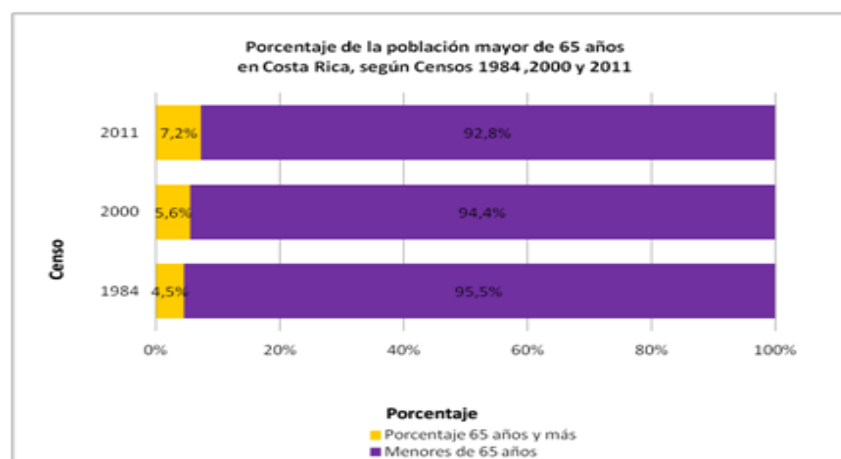
El aumento de los mayores estará enmarcado en un contexto de altos niveles de pobreza, baja cobertura en seguridad social, condiciones de salud ajenas a la equidad y una fuerte presión sobre las familias. Las posibilidades de garantizar mínimos de calidad de vida para las personas adultas mayores exigen la inmediata puesta en relieve de los cambios demográficos en las decisiones de políticas públicas hoy.
(CEPAL, 2005, p. 3)

Lo que es seguro, es que la población adulta mayor de Costa Rica está aumentando y en los próximos años debería incrementarse a una tasa superior al 4,6% anual (Robles, 2005). En ese sentido, el aumento del gasto en seguridad social dirigido a los adultos mayores supone

una presión importante sobre la inversión social lo que forma parte del objeto de estudio de esta investigación.

El Centro Centroamericano de Población afirma que el país pasará de un 3% de personas mayores de 65 años en 1960 a un 25% de PAM en el 2060. Es importante notar que las personas adultas mayores proyectadas para el 2060 nacieron antes de 1995, es decir, en Costa Rica habrá aproximadamente 1,5 millones de PAM en el 2060, comparadas con las 45 000 que eran en 1960 o las 220 000 en el censo del 2000 (Rosero y Jiménez, 2012). Estos datos se ilustran en el Gráfico 1, presentado a continuación:

Gráfico 1. Porcentaje de población mayor de 65 años en Costa Rica, según censos 1984, 2000 y 2011.



Fuente: Centro Centroamericano de Población, 2014. Plataforma infocensos.

En contraposición con la postura de Robles (2005), expuesta anteriormente, los autores le adjudican el aumento de la población adulta mayor no al ascenso de la esperanza de vida en los últimos treinta años, sino a un factor más relevante a considerar: las bajas tasas de natalidad que han sido tendencia y seguirán en una condición de estancamiento. En general, durante la primera mitad del siglo XXI, el grupo de población de 65 años y más es el único con crecimiento continuado, reflejo de la explosión demográfica del siglo XX.

Según el INEC, para 2018 hay una cantidad de 799 342 personas mayores de 60 años en Costa Rica, de las cuales 390 324 son hombres y 409 018 son mujeres; mientras que 619 058 viven en zonas urbanas y 180 284 lo hacen en zonas rurales (INEC, 2018).

En lo relacionado con las características sociales de la población adulta mayor, se encuentra que es un grupo en donde el porcentaje de pobreza es alto con respecto al resto de la

población: 16.5% de las personas con 65 años y más viven en situación de pobreza extrema y un 4.3% se encuentra en situación de pobreza extrema, según la Encuesta Nacional de Hogares del 2016 (INEC, 2016). Esto se debe en parte porque este porcentaje de población posee bajos niveles de escolaridad, debido al momento histórico en el que vivieron, y la no obtención de una pensión por jubilación a causa de esa ausencia de estudios y la no cotización para un régimen de pensiones contributivo, esto aunado a situaciones de despojo de sus recursos económicos para sostener necesidades familiares.

Además, dentro de la población económicamente activa, el 4,5% de personas adultas mayores indican que no trabajan por obligaciones familiares, el 5,9% señala no hacerlo por tener una enfermedad o discapacidad y el 7% no trabaja por su condición de persona adulta mayor. El 59% de esta población es pensionada, mientras que un 0,5% está desempleada y el 14,6% aún trabaja (INEC, Encuesta Continua de Empleo (ECE), II Trimestre 2017).

Los cambios en las estructuras familiares han avanzado hacia el aumento de hogares unipersonales. En ese sentido, para 2017 el INEC señala que, de un total de 752 846 personas mayores de 60 años, 535 483 viven en hogares conformados por entre dos y cuatro personas, mientras que 101 259 personas habitan en hogares unipersonales. Es importante hacer énfasis en este último dato ya que, del total de personas mayores de 60 años que habitan solas 39 682 son hombres, mientras que 61 577 son mujeres, posiblemente por convertirse en personas viudas por su mayor esperanza de vida, esto deja en evidencia una gran diferencia en las condiciones de vida de estas poblaciones.

Las consecuencias de vivir en soledad durante la adultez mayor comprenden el reto de enfrentar el avance de los deterioros físicos y mentales propios de los procesos de envejecimiento sin contar con una red de apoyo inmediata a nivel familiar, lo cual tiene repercusiones en el bienestar de las personas mayores no solo a nivel físico sino, también, a nivel emocional, en tanto puede aumentar los niveles de depresión, interrumpir el sueño, aumentar el estrés, entre otras consecuencias, situaciones que pueden verse potenciadas por la falta de dinero (Palacios, A. 2016).

Cuadro 1. Costa Rica: Población de 60 años y más por grupos de edad, según sexo y tamaño del hogar. Julio 2017.

Sexo y tamaño del hogar	Total	Grupos de edad		
		60 a 64	65 a 74	75 y más

Ambos sexos	752 846	234 069	304 166	214 611
Unipersonal	101 259	23 528	42 316	35 415
De 2 a 4 personas	535 483	167 891	216 619	150 973
De 5 o más	116 104	42 650	45 231	28 223
Hombre	350 491	108 422	138 409	103 660
Unipersonal	39 682	9 701	16 114	13 867
De 2 a 4 personas	254 347	78 316	99 361	76 670
De 5 o más	56 462	20 405	22 934	13 123
Mujer	402 355	125 647	165 757	110 951
Unipersonal	61 577	13 827	26 202	21 548
De 2 a 4 personas	281 136	89 575	117 258	74 303
De 5 o más	59 642	22 245	22 297	15 100

Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Hogares, 2017.

La condición de aseguramiento de las personas en general forma parte importante del nivel de bienestar que se experimenta a lo largo de la vida. La CCSS ha implementado facilidades para acceder al seguro social como parte de la Política del Adulto Mayor aprobada por la junta directiva de esa institución, como lo es el otorgamiento inmediato del seguro social por medio de beneficios familiares, o sea, por medio de una persona familiar que le asegure, en los casos donde se aporte una declaración jurada que certifique la dependencia económica de la persona adulta mayor. Este trámite puede realizarse en los Ebais sin necesidad de cita previa (Solís, M. 14 julio de 2017).

A pesar de la importancia de que la población adulta mayor cuente con seguro social para la atención integral de sus necesidades en salud, y de las políticas institucionales implementadas

para ampliar la cobertura del seguro social, estos esfuerzos no han sido suficientes pues aún existen más de 32 000 personas mayores de 60 años que no cuentan con seguro, de los cuales casi 21 000 son hombres y 11 508 son mujeres. Esto evidencia la urgencia de generar políticas que abarquen también a la población adulta mayor en situaciones de aislamiento y abandono.

Cuadro 2. Costa Rica: Población de 60 años y más por grupos de edad según sexo y condición de aseguramiento. Julio 2017.

Sexo y condición de aseguramiento	Total	Grupos de edad		
		60 a 64	65 a 74	75 y más
Ambos sexos	755 162	234 485	306 066	214 611
Asegurado directo cotizante	117 832	73 229	32 823	11 780
Asegurado directo no cotizante	425 420	72 085	194 510	158 825
Asegurados indirectos	174 691	70 096	66 622	37 973
Seguro privado o del extranjero	4 426	613	1 979	1 834
Otro	135			135
No asegurados	32 435	18 462	10 132	3 841
Condición de aseguramiento ignorada	223			223
Hombre	350 729	108 422	138 647	103 660
Asegurado directo cotizante	80 672	49 310	22 098	9 264
Asegurado directo no cotizante	218 143	36 992	99 132	82 019
Asegurados indirectos	28 551	9 783	9 338	9 430
Seguro privado o del extranjero	2 436	307	1 201	928
No asegurados	20 927	12 030	6 878	2 019
Mujer	404 433	126 063	167 419	110 951

Asegurado directo cotizante	37 160	23 919	10 725	2 516
Asegurado directo no cotizante	207 277	35 093	95 378	76 806
Asegurados indirectos	146 140	60 313	57 284	28 543
Seguro privado o del extranjero	1 990	306	778	906
Otro	135			135
No asegurados	11 508	6 432	3 254	1 822
Condición de aseguramiento ignorada	223			223

Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Hogares, 2017.

Baby Boom en Costa Rica durante el siglo XX y su incidencia en la conformación poblacional actual

Para comprender el por qué se da una afectación general en el crecimiento de la población es necesario comprender los procesos que se han dado en Costa Rica para que la población creciera. En este aspecto resaltan dos momentos históricos cuando la población creció de manera significativa por medio de los nacimientos registrados anualmente por un periodo sostenido, esto es lo que se comprende como *Baby Boom*.

Estos *baby boomers* se dieron en Costa Rica en dos momentos históricos distintos, tienen una diferencia temporal de 12 años. Tomando en cuenta el ciclo vital, son estas personas del primer *Baby Boom* los que serían padres y madres de los niños y niñas nacidas durante el segundo *Baby Boom*. Se relacionan en algunos aspectos, el aumento de la población causaría un aumento en el nacimiento de niños y niñas, de mantenerse la tendencia en la tenencia de hijos. Para la actualidad, la población adulta mayor en Costa Rica se caracteriza por alcanzar una de las esperanzas de vida mayores en la historia de Costa Rica y en la región centroamericana.

El grupo poblacional de 65 años y más, actualmente corresponde al primer *Baby Boom* que se dio en Costa Rica a mediados del siglo XX. Como consecuencia de ese *Baby Boom*, ha habido un crecimiento sostenido de la población mayor y se proyecta que siga en la misma dinámica hasta mediados del presente siglo. Esta población formó parte del cambio epidemiológico que se dio en Costa Rica en la segunda mitad del siglo XX, por lo que las

características epidemiológicas de la sociedad actual están directamente relacionadas al aumento de la esperanza de vida alcanzado.

El primer *Baby Boom* en Costa Rica se da en la década de 1950, específicamente entre 1949 y 1963; por lo tanto, entre el 2010 y el 2023 la población del primer *Baby Boom* llega a ser población adulta mayor. En este periodo del siglo XX, la cantidad de nacimientos anuales pasó de 34 000 en 1949 a 63 000 en 1963 (Rosero, 1999).

La cantidad de población adulta mayor de la actualidad tuvo tasas de natalidad y fecundidad mayores a las de la población que hoy en día es adulta y, que formaron parte del segundo *Baby Boom* que se dio entre los años 1975 y 1985. La reducción diferencial de las tasas de fecundidad ha respondido a cambios económicos como el paso de la dependencia del campo, a una economía de bienes y servicios en la cual la incorporación de la mujer al mercado laboral juega un papel preponderante; así como a cambios sociales y culturales como las innovaciones en el uso de métodos anticonceptivos y las formas de considerar socialmente la maternidad (Fuentes, 2009).

En lo que se refiere al segundo *Baby Boom*, se da en los años comprendidos entre 1975 y 1985, por lo tanto, para los años 2040-2050 la población del segundo *Baby Boom* estará entrando a la población adulta mayor. Este periodo, por su parte, experimentó el aumento de 59 000 nacimientos anuales a 84 000 en el transcurso de 10 años. Para el caso de la generación del segundo *Baby Boom*, se da una transformación en las tasas de fecundidad generando disminuciones en la cantidad de población infantil (Rosero, 1999). La llegada de las personas nacidas en el primer *Baby Boom* a la adultez mayor, ha causado en la actualidad grandes presiones en los sistemas de pensiones y de servicios de salud que comprenden también las demandas de cuidados.

Tomando en cuenta el dato del aumento en la esperanza de vida en Costa Rica, no solo al nacer sino a partir de los 65 años, así como en el aumento del segmento poblacional de 80 años y más, se puede afirmar que Costa Rica está viviendo y vivirá un momento crucial de su PAM que va desde los años 2010 hasta 2080, sin embargo, la mayoría de estudios hacen proyecciones hasta el 2050. De mantenerse las condiciones epidemiológicas como en el presente, es la década de 2040, la década de transición de relevo generacional de la PAM, entre los últimos adultos mayores del primer *Baby Boom* y los primeros adultos mayores del segundo *Baby Boom*. Esto se debe, particularmente por la distancia entre las generaciones de los *baby boomers* (ONU, 2012).

Se debe tomar en cuenta que el crecimiento de la población adulta mayor en Costa Rica, llega como un fenómeno demográfico que, de mantenerse las condiciones actuales, no variará ni a corto ni mediano plazo; por tanto, la adecuación de los sistemas de seguros, de pensiones, de salud, la adecuación de infraestructura y de oferta orientadas a la atención de estas personas, resulta urgente.

Según el X Censo Nacional de Población (2011), se demuestra que “la población de Costa Rica sigue un proceso de envejecimiento demográfico, donde los menores de 15 años representan un 24,8% y, la población de personas adultas de 65 años y más alcanza el 7,2% del total del país” (INEC, 2011, p. 18). El censo efectuado en el 2011 mostró que la población de todo el territorio era de 4 301 712 personas, de los cuales 472 572 eran niños entre 0 a 6 años de edad y 447 336 eran adultos mayores.

Para el 2015, según la Encuesta Nacional de Hogares la población de más de 56 años llegó a más de 500 000 personas, lo que corresponde al 10% de la población, los datos reflejan también que la población mayor está conformada por una cantidad mayor de mujeres (INEC, 2015). El Cuadro 3 presentado a continuación, ilustra la estructura de la población por grupos de edades específicas y su comportamiento a través de las décadas, desde 1980 y realiza las proyecciones esperadas hasta 2050.

Cuadro 3. Costa Rica. Estructura de la población por grandes grupos de edad en cantidades absolutas. Décadas 1980-2050.

Edades	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Total	2 315 705	3 057 164	3 929 248	4 563 539	5 084 215	5 563 132	5 885 556	6 069 474
0-4	317 514	410 541	396 689	351 108	358 576	361 605	337 494	338 299
5-9	272 477	373 943	418 715	370 620	339 134	372 034	348 554	337 602
10-14	284 661	322 718	432 561	404 334	354 941	362 411	365 498	341 471
15-19	282 599	278 647	397 124	426 594	374 512	343 125	376 015	352 621
60 y más	147 745	211 947	297 356	440 420	687 131	1 061 564	1 357 262	1 690 790

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEC y CCP (2008), Estimaciones (1950-2007) y Proyecciones (2008-2100) de Población Costa Rica por sexo y edad.

Según los datos que muestra el Cuadro 3, podemos ver el comportamiento sociodemográfico de dos poblaciones de interés como lo son niñez y adultos mayores, esto permite comprender la transformación significativa en estos grupos, y sus implicaciones sociales. Por ejemplo, para 1980 había un total de 874 652 personas menores de 15 años, mientras que solamente 147 745 personas mayores de 60 años habitaban en Costa Rica. Veinte años después, la población menor de 15 años llegaba a un total de 1 247 965 personas, mientras que la población mayor de 60 años casi duplicaba a la de 1980, llegaba casi a las 300 000 personas.

Esta situación se revertirá para el año 2050, momento en el que según se proyecta, la población menor de 15 años será de aproximadamente 1 017 372 personas, cantidad que será superada por mucho por las personas mayores de 60 años y más: 1 690 790. Es importante considerar los cambios en la población menor de 15 años, porque en el momento de analizar la dependencia poblacional, estos son los grupos en los que se debe enfocar la atención. En el siguiente cuadro, se muestra la información anterior reflejada en porcentajes. Lo que permite ver el cambio de los grupos etarios y en la razón de dependencia de la población.

Cuadro 4. Costa Rica. Estructura de la población por grandes grupos de edad en porcentajes. Décadas 1980-2050.

Año	0-14	15-64	65 y más	Razón de dependencia por cien
1980	37.8	57.8	4.5	73.1
1990	36.2	59.1	4.7	69.3
2000	31.8	62.9	5.3	58.9
2010	24.7	68.7	6.6	45.5
2020	20.7	69.9	9.4	43.0
2030	19.7	66.4	13.9	50.5
2040	17.9	64.8	17.4	54.4
2050	16.8	62.2	21.1	60.9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de fuente: INEC & CCP (2008), Estimaciones (1950-2007) y Proyecciones (2008-2100) de Población Costa Rica por sexo y edad.

Como podemos observar en los datos del Cuadro 4, mientras que en las décadas de 1980 y 1990 la razón de dependencia de la población se encontraba poco afectada por la población de 65 años y más, a partir de la década de 2030 en adelante, el peso de esta población

generará más presiones en el aparato institucional encargado de coordinar la satisfacción de necesidades básicas de las poblaciones dependientes.

Según los datos anteriores, se puede notar el decrecimiento sostenido del grupo poblacional de 0-14 años y el crecimiento sostenido del grupo poblacional de 65 y más, es decir, la población correspondiente a niñez decrece, mientras que la población adulta mayor crece de manera significativa y sostenida desde 1980 hasta el presente; así mismo, se puede notar que las proyecciones para las décadas de 2020-2050 estiman un comportamiento similar al que se ha tenido hasta este momento. Entonces tenemos que en Costa Rica la población de menores de 15 años decrecerá en los próximos 40 años, mientras que la población adulta mayor mantendrá un crecimiento, se triplicará en los próximos 40 años.

Consideraciones e indicadores epidemiológicos de la población: enfermedades crónicas y degenerativas y los nuevos modelos de cuidados.

Costa Rica presenta la particularidad, comparativamente a los demás países centroamericanos de presentar datos sobre esperanza de vida similares a los de Estados Unidos y Europa, por ejemplo:

Entre 1970-1980 la esperanza de vida aumentó de 65 a 73 años, gracias sobre todo a un drástico descenso de la tasa de mortalidad infantil de 67 a 21 por mil (...) la mortalidad continuó bajando en los años ochenta, aunque a un ritmo más lento. La esperanza de vida aumentó de 72,6 a 75, 2 años y la mortalidad infantil se redujo de 21 a 16 por mil entre 1980 y 1990. (Rosero, 1995, p. 3.1)

Según Rosero (1995), en un periodo de 70 años, la probabilidad de morir para un hombre de 20 años, disminuyó de 40% en 1920 a 3,3% en 1990, esto debido a la evolución epidemiológica en la que se sustituyeron las infecciones y la malnutrición por dolencias degenerativas y muertes provocadas por el ser humano, como las principales causas de muerte.

Entonces, cuando se hace referencia a transición epidemiológica, se está haciendo alusión, esencialmente a que, en el pasado la malnutrición y las infecciones eran las principales causas de muerte, para luego pasar a las dolencias degenerativas y a las causas provocadas por el ser humano, como las primeras causas de muerte de la población en Costa Rica.

Estos cambios se dan por el manejo del sistema sanitario de las enfermedades infecciosas, aunado a nuevas enfermedades y padecimientos propios de una población con mayor esperanza de vida. Por tanto, considerar las enfermedades asociadas al envejecimiento y las enfermedades o condiciones de salud vinculadas con el mundo moderno, tomando en cuenta que las condiciones para estas enfermedades son producto de determinantes sociales que impactan los estilos de vida anteriores a la edad adulta mayor. En lo relacionado con las enfermedades y condiciones asociadas al mundo moderno, podemos señalar los accidentes automovilísticos, las muertes violentas, y las enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares, la diabetes y los diferentes tipos de cáncer.

Los cambios en el perfil epidemiológico de la población reflejan la presencia cada vez mayor de enfermedades neurodegenerativas. A nivel mundial cada año se dan 7.7 millones de nuevos casos de demencia, esto significa que cada 4 segundos aparece un nuevo paciente. Se calcula que para el año 2010, 35 600 000 personas vivían con alguna enfermedad neurodegenerativa, para el 2030 se espera que aumente en 66 millones y para el 2050 en 115 millones. En América Latina los casos han aumentado en 433% (Plan Nacional de Alzheimer, 2014).

En la actualidad, aproximadamente unos 20 000 adultos mayores en el país viven con algún tipo de demencia, especialmente el alzheimer. La situación se agrava más ya que cada vez hay una mayor cantidad de personas adultas mayores, por lo que crece además la población con estas enfermedades y hay pocas personas cuidadoras. Según los datos, el abandono se hace presente en al menos 50% de los adultos mayores con demencia en el Hospital Psiquiátrico (Ávalos, A. 1 de setiembre de 2013).

Según datos del Centro Centroamericano de Población, citados por el Ministerio de Salud (2012), el 7% de la población nacional tiene 65 años o más, pero la proyección para el año 2030 es que esta crecerá a un 14%. El proyecto de Detección Temprana de Enfermedades Neurodegenerativas, realizado por la CCSS, muestra una prevalencia del 4.1% de demencia y un 8% en el deterioro cognitivo leve; por lo tanto, en la actualidad habría 25 000 personas con esta dolencia y cerca de 50 000 más con probabilidades de padecerlo (AS.CA.TE, 2014).

Para el año 2012, se crea la Clínica de Memoria y Envejecimiento Cerebral (CMEC), en donde de un total de 100 pacientes atendidos para ese año, al 43% se les diagnosticó un deterioro cognitivo leve, luego de esto un 36% presentaba algún tipo de demencia como el alzheimer y, un 22% presentó demencia vascular. Además, en nuestro país se presentan casos

de personas con trastornos depresivos, trastornos psiquiátricos y ansiedad. Los casos que más se estudian en Costa Rica son las personas que padecen huntington, alzheimer y parkinson (Carmona, 19 de setiembre, 2012).

Perfil epidemiológico de la PAM en la actualidad

El perfil epidemiológico de una población se comprende como “el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo” (Cooimeva, 2010, p. 14). En Costa Rica, la población adulta mayor es sujeta de atención prioritaria en el sistema de salud, por ejemplo, en los programas de vacunación, en las atenciones médicas regulares en las cuales a las personas mayores a 80 años se les da atención como si fuese una “urgencia”.

En lo que respecta a los elementos de la salud de las personas adultas mayores en Costa Rica, Méndez y Santamaría (2008) en el I Informe del Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, señalan que:

Cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica reporta una percepción de su salud como regular o mala; ello es más frecuente en las mujeres y en quienes viven fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM). Sin embargo, a pesar de que las condiciones de salud se presentan más desventajosas para las mujeres, son los hombres quienes tienen mayores tasas de mortalidad. Adicionalmente, las personas mayores residentes de las regiones Huetar Atlántica, Chorotega y Pacífico Central, presentan indicadores generales más desfavorables. (p. 101)

Una de las características que acompaña a una mayor esperanza de vida en nuestro contexto, es una alta incidencia de enfermedades neurodegenerativas. Algunas de ellas aparecen cuando aún la persona no es parte de la población adulta mayor, por lo cual, a su vez, al llegar a una edad avanzada puede agravar las condiciones de salud. Según el Plan Nacional para la enfermedad de alzheimer y demencias relacionadas esfuerzos compartidos 2014-2024: “En el caso de Costa Rica, ADI estima que en el 2010 unas 30 000 personas vivían con demencia, este número que se incrementará en un 433%, llegando a afectar 160 000 personas en el año 2050” (2014, p. 4). Otras demencias se pueden dar por parkinson, alcoholismo, traumas

craneoencefálicos o por accidentes vasculares cerebrales, estos últimos conocidos como “derrames”.

Según el INEC (2016), dentro de las principales causas de muerte en la población mayor de 65 años se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con un 31,5%, 22,7% mueren por tumores, el 12,3% por enfermedades del sistema respiratorio y el 7,3% por enfermedades del sistema digestivo.

Por medio de las entrevistas realizadas se constató que las personas adultas mayores enfrentan padecimientos coincidentes con el nuevo perfil epidemiológico que se presenta en Costa Rica. A continuación, se presenta un cuadro resumen de los padecimientos sufridos por las personas mayores entrevistadas según cada caso abordado, se indica entre paréntesis el tiempo en años que tiene de padecerlos:

Cuadro 5. Padecimientos de las personas adultas mayores entrevistadas, según casos.

Tipo de cuidado	Osa	Turrialba	Curridabat
Cuido público	Diabetes (10), problemas intestinales y digestivos (40)	Afectación en la garganta derivada de un problema cardiaco (1)	Problemas óseos (20), hipertensión (6), piedras en la vesícula (3), insomnio y efectos secundarios de los tratamientos médicos (3) Ansiedad y problemas de adicciones (35)
Cuido privado	Alzheimer (6), diabetes (8)	Alzheimer (2)	Hipertensión (10), artritis (16), diabetes (7)
Cuido Familiar	Diabetes (10), artritis (35), hipertensión (35), osteoporosis (2)	Consecuencias de derrame cerebral, problemas de movilidad derivados de este (4)	Cáncer de colon (3)

Fuente: Elaboración propia con base en información recabada en entrevistas.

Se identifica entonces, una prevalencia de diabetes e hipertensión, así como de enfermedades óseas relacionadas con los problemas de movilidad. Además, se abordaron dos casos de personas mayores con alzheimer cuyas necesidades de cuidados se satisfacen por medio de servicios privados. También, se identificó un caso de cáncer, así como un caso con problemas de adicciones.

Otro de los factores de riesgo en el campo de la salud, que supone consecuencias amplias, son las afectaciones ocurridas a causa de caídas, esto conlleva grandes inversiones de recursos a la atención de este tipo de accidentes que son potenciados por la falta de accesibilidad en los espacios dentro y fuera del hogar, acarreando consecuencias personales, es una causa más que vulnerabiliza a las personas adultas mayores por las discapacidades y dependencias que puede generar ese tipo de dolencias.

Especialistas de la CCSS (Solís, 2017) señalan que aproximadamente un 35% de personas mayores de 65 años que viven en comunidad sufre al menos una caída al año, pero al hablar de caídas en personas de más de 80 años ese porcentaje puede alcanzar un 50%:

Según datos del Área de Estadística en Salud de la CCSS, en el año 2016 se registraron 2897 egresos hospitalarios por caídas en personas mayores de 65 años, el 52% correspondió al grupo de más de 80 años y la población femenina fue la más vulnerable. (Solís, 14 de junio, 2017, s.p)

De ese número total de egresos hospitalarios, el 92% presentaron fracturas (70% de cadera, 10% de antebrazo, 9% de hombro y brazo, 8% de pierna y 3% de otras partes). Es pertinente señalar que estos registros existen en tanto son atendidos por hospitales nacionales, es decir, que son caídas con consecuencias importantes en la salud de las personas mayores y que, en consecuencia, existe un subregistro de las caídas que no tienen complicaciones mayores en la vida de las personas mayores, pero pueden tener consecuencias, como por ejemplo, el síndrome de post caída que: “puede afectar la actividad física que es uno de los factores que más contribuyen para un envejecimiento saludable, pues abarca áreas como la capacidad funcional, habilidades neuromotoras, balance, coordinación, tiempo de reacción, salud neurológica o cognitiva” (Solís, 14 de junio, 2017).

Además de los factores propios del entorno, existen diversas causas de riesgo tanto del entorno como propios de la persona que pueden propiciar mayores riesgos de caídas. Algunos factores propios de la persona pueden ser: deterioro visual, historial previo de caídas, el uso

de medicamentos, deterioro mental, limitaciones físicas, padecimiento de enfermedades como artritis, diabetes y osteoporosis. Por otra parte, algunos factores propios del entorno son, por ejemplo, las superficies irregulares, los semáforos peatonales con corto tiempo de duración para el paso de personas, gradas elevadas en el transporte público y, condiciones de vivienda inadecuadas (Solís, 2017).

Es importante señalar que los padecimientos enfrentados por una persona adulta mayor son también afrontados por su cuidador(a), lo que puede generar padecimientos físicos y emocionales derivados de las cargas generadas. En Costa Rica no existen datos sobre las condiciones de salud que conforman el perfil epidemiológico de las personas cuidadoras; sin embargo, como un intento de generar aportes en ese sentido, se presenta a continuación un cuadro resumen de los padecimientos de las personas cuidadoras entrevistadas, además de su percepción del propio estado de salud y de ánimo, según cada caso abordado:

Cuadro 6. Estado de salud y de ánimo de las personas cuidadoras entrevistadas, por caso.

	Osa	Turrialba	Curridabat
Cuido por servicios públicos	Saludable, buena salud, no tiene padecimientos. Estado de ánimo: bueno.	Saludable, padece de desgaste en la columna e hipertensión. Estado de ánimo: bueno.	Saludable, buena salud, no padece de nada. Estado de ánimo: feliz.
Cuido por servicios privados	Saludable, buena salud, no tiene padecimientos. Estado de ánimo: bueno.	Saludable, padece de estrés prolongado y depresiones. Estado de ánimo: tenso.	No se considera saludable, salud regular, padece de desgaste en la columna, artritis y consecuencias emocionales. Estado de ánimo: bueno.
Cuido familiar	No se considera saludable, estado de salud regular que se ha agravado en el último año, es asmática desde	No se considera saludable, estado de salud regular. Padece del colon y migrañas. Cuidar le ha generado	No se considera saludable, estado de salud regular. Padece de hipertensión, gastritis, sinusitis, además las labores de cuidados le han generado lesiones, se ha caído,

	pequeña. Cuidar le ha generado consecuencias emocionales por estrés. Estado de ánimo: tenso.	consecuencias emocionales por enfrentarse a situaciones de violencia. Estado de ánimo: bueno.	se quebró una mano y no acudió al hospital hasta 15 días después, ella misma se quitó el yeso porque no podía inyectar a su esposo, también le ha generado hernias, desgaste en la columna y consecuencias emocionales. Estado de ánimo: bueno.
--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia con base en información recabada en entrevistas.

Se identifica que las personas cuidadoras se pueden considerar personas saludables a pesar de enfrentar padecimientos. Se evidencia que las labores de cuidado pueden generar limitaciones en la autonomía de quienes cuidan, debido a las consecuencias físicas como lesiones y desgaste en la columna, así como consecuencias emocionales por estrés, depresión y por enfrentar situaciones de violencia de género, estas sumadas a las condiciones propias de salud de cada persona.

Dos personas prestatarias de servicios de salud entrevistadas, funcionarias de la CCSS, difieren en sus percepciones en cuanto a la preparación de Costa Rica para afrontar los retos venideros; por su parte, una asistente técnica de atención primaria del cantón de Turrialba señala que la institución no tiene suficientes especialistas geriatras, y que no hay preparación para afrontar el aumento en padecimientos mentales a pesar de la implementación del expediente digital que permite un mejor control de las fichas familiares, además señala que las personas adultas jóvenes no estamos preparadas para dar apoyo a las personas mayores, sobre todo a las que tienen padecimientos o limitaciones propias del nuevo perfil epidemiológico, que no sabemos cómo sobrellevar.

Mientras tanto, uno de los doctores encargados de la atención en la clínica del dolor del hospital de Ciudad Cortés considera que el país sí está preparado “porque las políticas de la CCSS han dado un interés especial a la PAM y se han tratado de fomentar las clínicas del dolor” (doctor entrevistado, Hospital Ciudad Cortés, diciembre 2017).

El tema del envejecimiento es por lo tanto prioritario, por lo que analizar las políticas públicas y programas, así como gestionar los recursos humanos, materiales y financieros

necesarios para evaluar las medidas establecidas y conocer si se están poniendo en práctica es de urgencia, por lo cual los compromisos que se tienen son mejorar y ampliar la cobertura de pensiones, tanto de los regímenes contributivos como los no contributivos, adoptar medidas para promover una mayor solidaridad, protección social, además de un acceso equitativo a los servicios de salud, de forma integral, oportuna y de calidad, tanto para las personas mayores como para sus cuidadoras.

Síntesis capitular: Transición epidemiológica y demográfica como procesos dinámicos y sus implicaciones en las demandas de cuidados

Cuando se estudian las transformaciones demográficas y epidemiológicas de una sociedad es necesario tener presente que se dan dentro de un proceso dinámico. Este proceso dinámico hace referencia a la mutua influencia que tienen los eventos ocurridos dentro del marco epidemiológico y el marco demográfico. Así las cosas, se comprende que las acciones en salubridad efectuadas desde la institucionalidad costarricense a mediados del siglo XX, además de ciertos momentos económicos favorables y decisiones sociales, tuvieron su influencia en el por qué y cuándo morían las personas, lo cual a su vez influía en aspectos que hicieron aumentar el tamaño de la población. Asimismo, el hecho de que la esperanza de vida se alargara acarrea consigo nuevas enfermedades y afecta los datos que comprenden el perfil epidemiológico donde se da una disminución de las enfermedades comunes, al mismo tiempo que surgen otras nuevas asociadas a las características de la población, con nuevos estilos de vida e inmersos en distintas condiciones sociales.

Un aspecto relevante a considerar es que las soluciones brindadas por la sociedad a su población por los problemas que surgen, en este caso por el envejecimiento de la población, no siempre son los mismos remedios que otra sociedad pueda encontrar, aún con características similares en su demografía, tal es el caso de las sociedades europeas y las sociedades latinoamericanas. En el primer caso, el envejecimiento de la población de las sociedades europeas, tuvo un tránsito lento, en unas economías mucho más favorables mientras que, las sociedades latinoamericanas se ven enfrentadas a un envejecimiento acelerado de su población en un periodo aproximado de 50 años, en un contexto de economías dependientes y con un desarrollo económico limitado.

Por otra parte, dentro del contexto latinoamericano, es necesario tomar en cuenta que la región centroamericana presenta sus particularidades tanto económicas como sociales; por tanto, el enfrentar las condiciones y las problemáticas propias del envejecimiento de la población, se debe considerar aún con más detalle, en lo referido a un adecuado análisis de las problemáticas en sí para la posterior generación de adecuaciones pertinentes.

Entonces, es imprescindible visualizar los datos sobre los componentes de la población que evidencian una transformación socio demográfica histórica y que dan luz sobre las dinámicas y necesidades poblacionales en las próximas décadas, lo cual pone en relieve el comportamiento de las poblaciones que necesitan de cuidados o apoyos, en relación con las personas que los brindan.

En el caso latinoamericano, Costa Rica (junto a Chile, Argentina, Cuba y Uruguay) se encuentra en una transición demográfica muy avanzada caracterizada por una serie de situaciones que hacen referencia al comportamiento de la población, entre los que podemos citar que el porcentaje de la mortalidad infantil desciende de manera sostenida, así mismo se da un aumento en la población de 65 y más años.

Las grandes transformaciones sociales y económicas que han tenido lugar en América Latina durante la década de los sesentas y setentas han dejado su impronta en el perfil demográfico de los países. La expansión de las economías ha permitido el aumento en los ingresos de amplios sectores de la población, la difusión y aplicación de los últimos avances médicos, el mejoramiento del estado nutricional de la población y su mayor acceso a la atención de salud y a la educación, lo que, a su vez, ha influido sobre el comportamiento demográfico, en el marco de un acelerado proceso de urbanización y de desarrollo de los medios de comunicación. Sin embargo, las nuevas formas de vida de las sociedades actuales acarrear consigo nuevas enfermedades y padecimientos que anteriormente no se tenían que enfrentar (diferentes tipos de cáncer, muertes violentas, enfermedades neurodegenerativas, etc.).

Estas transformaciones en el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población implican las necesidades de adecuación en los marcos normativos de protección y la oferta de servicios vinculadas con el envejecimiento y los cuidados. Así mismo, se pone en relieve la necesidad de generar datos actualizados y divulgar la información correspondiente no solo al perfil epidemiológico de la población adulta mayor si no también al de las personas cuidadoras, pues se evidencia que la respuesta actual a nivel institucional, principalmente en

el campo de la salud, no está correspondiendo a las proyecciones poblacionales del futuro próximo.

2.2) CAPÍTULO V. TENDENCIAS EN LA REGULACIÓN SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Caracterización y tendencias de la regulación internacional (1980-2015)

Si ubicamos la normativa internacional en materia de derechos de las personas adultas mayores en una perspectiva histórica, podemos identificar que aún falta bastante para lograr sociedades que garanticen condiciones para el disfrute pleno de los derechos humanos de estas poblaciones.

El presente capítulo, está dirigido a caracterizar y analizar las normativas sobre envejecimiento y vejez a nivel internacional, regional y nacional. Al respecto, CEPAL ha contribuido en el análisis de la normativa internacional sobre derechos humanos, permitiendo entender el porqué de la complejidad del fenómeno del envejecimiento poblacional en América Latina, dadas las condiciones demográficas, pero también socioeconómicas y culturales que devienen en enormes desigualdades. Este capítulo se acompaña de una línea del tiempo que ilustra con claridad el recorrido y los alcances de la normativa (ver Anexo 2).

En los primeros instrumentos internacionales sobre derechos humanos (Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966), el tema de la vejez estuvo presente, aunque de maneras indirectas o limitadas. Es hasta la realización de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) en 1979, que de forma explícita se declaró la prohibición de discriminar a una persona por su edad (CEPAL, 2013).

En 1982 se lleva a cabo la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas en Viena, de la que resulta la regulación específica a nivel internacional denominada Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. El Plan de Acción reconoce el avance del desarrollo económico mundial (como un proceso exitoso), pero alerta que debe ir acompañado de un avance, en términos cualitativos, de la prolongación de la vida humana con calidad y sin discriminaciones (Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 1982).

Las recomendaciones comprenden la necesidad de una política general de prevención, en la que se generen los lineamientos básicos para incentivar la preparación de un proceso jubilatorio en las personas, reconociendo una “población anciana más numerosa, más activa y más sana” (Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, 1982, p. 15). Además, recomienda adecuaciones a las políticas laborales de los países para que en la etapa de adultez mayor se tenga acceso a empleos de tiempo parcial. También, se sugieren acciones dirigidas a atender las necesidades sociales y culturales de las personas mayores, promoviendo directamente sus capacidades para seguir activas en la sociedad.

Una de las recomendaciones más importantes tiene que ver con el reconocimiento de los cuidados compensatorios como actividad igual de relevante a los cuidados curativos. Vincula la obligación del Estado de educar y capacitar a las personas en torno al cuidado de sí mismas y al trato hacia las personas mayores que requieren cuidados; asimismo, se señala la importancia de capacitar a las personas cuidadoras tanto en el ámbito formal e informal, indicando que se debe incentivar la atención sanitaria primaria como una estrategia básica para promover la vida independiente de las personas adultas mayores en todos los ámbitos.

En 1991, se declaran los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad: la independencia, la participación, la realización personal, la dignidad y los cuidados. Sin embargo, aunque esta declaratoria es de suma relevancia por trazar una perspectiva de protección hacia las personas mayores, solamente es una exhortación a los gobiernos a introducir tales principios en sus programas nacionales.

Posteriormente, en 2002 que se da un seguimiento a nivel global del tema con la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento para el Siglo XXI. Allí se aprueba una declaración política y el Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento, documentos que fueron previstos para ser un punto de referencia en el avance a una sociedad para todas las edades. Este Plan de Acción recomienda medidas prioritarias en tres ámbitos: a) las personas de edad y el desarrollo, b) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y, c) la creación de un entorno propicio y saludable.

Para 1982, el fenómeno de envejecimiento afectaba primordialmente a los países desarrollados mientras que para el 2002 ya era un tema atendido en los países periféricos. Se promueve entonces que ese plan coadyuve a promover un cambio en la percepción de las sociedades con respecto a la población adulta mayor por medio de la formulación de políticas públicas que emitan los Estados. En esta Segunda Asamblea, los gobiernos firmantes aceptan

relacionar las concepciones sobre envejecimiento a marcos de desarrollo social y económico, reconociéndole como uno de los temas más preocupantes y con retos en el presente siglo.

“El objetivo del Plan de Acción Internacional consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, p. 11). El plan contiene puntos novedosos y específicos para el tratamiento actual del tema, por ejemplo, se señala la necesidad de vigilar la relación entre el envejecimiento y la urbanización, así como la vivencia del envejecimiento en sociedades indígenas y zonas rurales.

Asimismo, se destaca la importancia de crear políticas diferenciadas según las particularidades de las sociedades desarrolladas, toma en cuenta las interdependencias de los países en los procesos de globalización, y señala que entre la población adulta mayor a nivel mundial predominan las mujeres, por lo tanto, es relevante diferenciar entre los efectos del envejecimiento en la población de hombres y de mujeres, y llama a incorporar la perspectiva de género en políticas que fomenten la equidad.

Por otra parte, uno de los esfuerzos más recientes en materia de normativa internacional con miras a promover el desarrollo sostenible a nivel mundial, surge a partir de la Cumbre de Desarrollo Sostenible realizada en setiembre de 2015: Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Esta agenda contiene diecisiete objetivos de aplicación universal que rigen desde el 1 de enero de 2016 y aunque no son de acatamiento obligatorio buscan que todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, puedan adoptar medidas para promover el desarrollo social y económico a la vez que se generan acciones para la protección del ambiente. Los objetivos también buscan disminuir la pobreza en el mundo, por lo tanto, se reconoce la necesidad de afianzar estrategias en educación, salud, protección social, y las oportunidades de empleo, mediante esfuerzos de los gobiernos, el sector privado y sociedad civil (ONU, 2015).

Dentro de sus diecisiete objetivos, la Agenda 2030 reconoce el envejecimiento y la necesidad de inclusión social y económica de todos los grupos etarios como reto a considerar para alcanzar el bienestar universal; por ello, el trabajar en pro de esta propuesta mundial apuesta a

que mejoren las condiciones de vida y el acceso a los derechos de todos los sectores de la población mundial.

Regulación regional que incide en la normativa de Costa Rica

En cuanto a la regulación y acuerdos regionales, se han llevado a cabo cuatro conferencias regionales intergubernamentales sobre envejecimiento, organizadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y se tienen cuatro acuerdos regionales, de los que se hará referencia.

La primera actividad regional vinculada con el tema data de 1999: el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad. En este se declara el Año Internacional de las Personas de Edad y se reconocen dos hechos primordiales en la segunda mitad del siglo XX afectaron la estructura demográfica de los países de la región: el descenso en los índices de fecundidad y, el aumento en la esperanza de vida de la población.

Este encuentro identifica la agudización de los problemas vinculados a ingresos, educación, participación laboral, vivienda y desigualdades de género en la región latinoamericana; se recomienda como urgente el desarrollo de políticas relacionadas con seguridad social, arreglos residenciales, redes de apoyo inter e intrageneracionales, así como la participación social y comunitaria (CEPAL, 2000).

La principal trascendencia de este encuentro radica en que contiene acuerdos y propuestas de acción específicas y directas, en las cuales se plantea la necesidad del trabajo multidisciplinario y multisectorial para la distribución de responsabilidades; además, define las posibilidades de financiamiento según los diferentes grados de avance de cada país de la región.

Algunas de las propuestas de acción específicas logradas en el panel de políticas y programas, tienen que ver con reforzar los niveles de educación de las personas para prevenir enfermedades demenciales en la etapa de la vejez; así como trabajar en el combate de los factores que inciden en la depresión de las personas adultas mayores, como la afectación por la pérdida de seres queridos, la separación de la familia y allegados y, el empobrecimiento (CEPAL, 2000).

La participación en este encuentro de organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, la División de Población de las Naciones Unidas, entre otras, coinciden en que uno de los puntos primordiales de compromiso haya sido la disposición de información desagregada para que los países aborden soluciones con conocimiento de causa. Estas entidades coincidieron en ofrecer el acompañamiento técnico para desarrollar medidas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores integrando en la planificación el abordaje de las contradicciones de las políticas neoliberales donde el mercado juega un papel fundamental.

Otro de los puntos a recuperar tiene que ver con involucrar a la opinión pública en el debate sobre retos y problemas fundamentales del envejecimiento, tomando como ejemplo el papel de los medios de comunicación en temas de fecundidad y de planificación familiar (CEPAL, 2000).

Finalmente, resulta interesante y novedoso que se propone discutir temas sensibles, tales como la eutanasia, la atención y asignación de recursos entre generaciones desde una perspectiva ética, evitando dejar estas discusiones al margen del escrutinio público. Aunque los recursos son limitados y al hablar de política social para poblaciones envejecidas se habla de costos elevados, justamente desde un marco de discusión ético, los países deben plantearse la necesidad de fortalecer sus sistemas de salud y realizar inversiones generosas para mejorar las redes de asistencia a personas mayores, promoviendo la autonomía personal y el acompañamiento en la toma de decisiones personales.

A partir del Plan de Acción de Madrid, se enfatiza en las acciones trazadas para la región latinoamericana, resultando la Conferencia Regional Intergubernamental de Envejecimiento que se ha realizado en cuatro ocasiones: Santiago de Chile en 2003, Brasilia de Brasil en 2007, San José de Costa Rica en 2012 y la última en Asunción de Paraguay en 2017.

La primera conferencia giró en torno a la consolidación de una Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción de Madrid para América Latina y el Caribe, con tres áreas prioritarias: personas de edad y desarrollo; salud y bienestar en la vejez y, entornos propicios favorables (CEPAL, 2003).

En la misma se señala la urgente necesidad de abordar el Plan de Acción de Madrid desde una perspectiva del trabajo decente. Para el 2003, se mencionaba que solamente un 20% de la población mundial tiene una cobertura de seguridad social adecuada. Actualmente, la región

latinoamericana presenta los índices más altos de precarización laboral, desempleo y empleo informal, afectando a las personas mayores en sus oportunidades de mejora en su calidad de vida (CEPAL, 2003).

En el ámbito de la salud, se recalcó la importancia de capacitar a los equipos de salud y de implementar estrategias de fortalecimiento de cuidado primario, la conservación de las capacidades de las personas adultas mayores, la atención prioritaria de las discapacidades y enfermedades crónicas y neurodegenerativas como reto central para enfrentar el cambio demográfico que experimentan los países (CEPAL, 2003).

En esta conferencia, se destaca el bono demográfico como una oportunidad para que los países realicen inversiones a largo plazo y disminuyan la dependencia económica de sus poblaciones. También, se consideró como un espacio de tiempo oportuno para implementar una transición de la atención materno-infantil a la atención geriátrica desde un enfoque preventivo que genere procesos reflexivos desde una visión más positiva y activa de la vejez (CEPAL, 2003).

Cuatro años después, en 2007, la Segunda Conferencia destaca que el acelerado envejecimiento poblacional aumenta la demanda de libertades fundamentales y del ejercicio pleno de los derechos humanos. Además, se destaca la necesidad de dar seguimiento a los movimientos migratorios para conocer sus efectos en las dinámicas de envejecimiento en las comunidades de llegada y salida (CEPAL, 2008).

De manera particular, se destacan las transformaciones en el perfil epidemiológico de las poblaciones latinoamericanas, señalando la importancia de considerar los efectos de la epidemia del VIH en las personas adultas mayores y sus implicaciones en los cuidados, para asegurar su acceso a los medicamentos básicos. Empero, esto incluye también la atención de aquellos otros padecimientos cuya medicación debe ser continuada. Se destacó, además, la necesaria sensibilización de los equipos profesionales de cuidados paliativos para aliviar, mediante distintas herramientas, el sufrimiento de la persona mayor y el de sus familiares (CEPAL, 2008).

El Informe de la Conferencia de Brasilia, reconoce la importancia de las prácticas humanizadas que comprendan de manera integral a las personas mayores en pro del cumplimiento de los derechos humanos y del respeto de sus libertades; para esto, se incentiva a los estados a la creación de marcos legales específicos para la prevención de las diferentes

formas de maltrato y violencia hacia las personas adultas mayores; además, facilitar el acceso a la educación en todos sus niveles a lo largo de la vida. Asimismo, se advierte la necesidad de políticas públicas que consideren las diferencias y particularidades en las áreas urbanas y rurales, así como aspectos en razón de etnia, raza y género (CEPAL, 2008).

Este documento también promueve el envejecimiento en el propio hogar, por lo cual se incentiva la formulación de apoyos para mejorar la accesibilidad en espacios públicos y adaptar las viviendas tanto unipersonales como multifamiliares; además, se reconoce la importancia de generar apoyos para las tareas de cuidados que recaen especialmente en las mujeres. En cuanto a la preparación técnica, académica y normativa de proyectos en favor de esta población, se señala la importancia de promover estudios como el presente, que puedan fortalecer las agendas de investigación y generar de manera continua recomendaciones que prevean los debidos alcances de las políticas públicas (CEPAL, 2008).

De esta forma, se incentiva a los centros académicos a promover la preparación de programas de posgrado para la atención geriátrica y en gerontología social para lograr una mayor especialización en temas relacionados al envejecimiento poblacional; así mismo, se considera necesaria la participación de personas adultas mayores en los procesos de formulación de políticas específicas (CEPAL, 2008).

Cinco años después de Brasilia, en 2012, se realiza la Tercera Conferencia en San José de Costa Rica. Allí, se presentó el documento titulado: “Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad” (ONU, 2012), cuyo contenido sintetiza la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y de la Declaración de Brasilia. Esta actividad dejó dos importantes insumos: la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe y, la Declaración de Tres Ríos de la sociedad civil de América Latina y el Caribe sobre envejecimiento.

Como es previsible, esta conferencia es la que ha tenido mayor incidencia en la política en temas de envejecimiento, pues la antecede la Conferencia de Brasilia que trazó una serie de acciones específicas para el país. Algunas de ellas son i) el Primer Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (2008), ii) la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las personas adultas mayores en Costa Rica (cuya última versión fue publicada en octubre de 2012, pero es una resultado de la sesión abierta sobre envejecimiento y cuidados, encabezada por el CONAPAM durante la conferencia); iii) la

Política de Envejecimiento y Vejez (2011-2021), y por último iv) la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 cuyo lema expresa: de la atención hospitalaria a la atención comunitaria.

Posterior a la Tercera Conferencia, se acoge la resolución 67/139 de la Asamblea General de la ONU, celebrada el 20 de diciembre de 2012 y denominada: “Hacia un instrumento jurídico amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”. Desde 2014 se apoyó la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (aprobada en 2015), instrumento regional jurídico vinculante que promueve la protección de los derechos, así como el envejecimiento activo en todos los ámbitos (Convención OEA, 2015).

Entre los aspectos más novedosos que resultaron de la tercera Conferencia de Envejecimiento (San José, 2012), podemos señalar la crítica realizada hacia la dispersión de medidas de protección de los derechos en el ámbito internacional, con incidencia similar en los países. Ahí, se reconoce la urgencia de adoptar medidas adicionales para la protección de los derechos, incluida la elaboración de instrumentos internacionales vinculantes, pues persisten limitaciones y exclusiones que afectan la calidad de vida de las personas mayores (CEPAL, 2012).

La Carta de San José reconoce el acceso a la justicia como un derecho humano fundamental de las personas mayores y conducirá a la implementación de una política institucional, propuesta por la Unidad de Acceso a la Justicia del Poder Judicial de Costa Rica y aprobada por su Consejo Superior el 8 de octubre de 2015, denominada: “Política Institucional para garantizar el acceso a la justicia de Personas Adultas Mayores (Circular N° 207-2015, Corte Suprema de Justicia, 2015).

Además de las asambleas específicas en temas de envejecimiento, en 2013 se realiza el Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo. Esta fue la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, y busca coincidir en estrategias de integración plena de las poblaciones de diferentes grupos etarios y étnicos, así como propiciar una dinámica de desarrollo sostenible con enfoque de derechos y perspectiva de igualdad (CEPAL, 2013).

Para lograr esto, se priorizan una serie de medidas destinadas a enfocar las políticas públicas en la erradicación de la pobreza, la exclusión y desigualdad en la región latinoamericana-

caribeña, así como de fortalecer la institucionalidad pública a cargo de los temas de población y desarrollo y su vínculo con el sector no gubernamental, haciendo uso de la información sociodemográfica y de los avances tecnológicos disponibles (CEPAL, 2013).

Otro de los instrumentos legales más recientes, a nivel regional, es la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030, aprobada en la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe en octubre de 2016. La Agenda Regional de Género está estrechamente relacionada con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y comprende una propuesta política que busca alcanzar la igualdad entre géneros para el año 2030.

La estrategia cuenta con diez ejes para su implementación, entre los cuales se destacan el eje de comunicación (acceso a la información y el cambio cultural), el de tecnología (gobierno electrónico y economías innovadoras e inclusivas) y los sistemas de información para transformar datos en información, información en conocimiento y conocimiento en decisión política (CEPAL, 2017).

La región latinoamericana-caribeña proyecta 40 años de trabajo con una agenda común de género acumulativa y progresiva, esta busca eliminar las discriminaciones por género y garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, lo cual permite que la Agenda Regional se articule con acuerdos y compromisos previamente asumidos por los órganos de la CEPAL, en este caso el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo generado en 2013 (CEPAL, 2017) con los principios de universalidad, equidad e integralidad de los derechos humanos hacia todos los grupos vulnerables; además, resalta la importancia de generar espacios participativos para avanzar hacia gobiernos respetuosos de los derechos de todas las personas (CEPAL, 2013).

Entre las medidas prioritarias para el envejecimiento, están la protección social y los desafíos económicos. El consenso acuerda promover la creación de políticas públicas que valoren la movilidad de la estructura poblacional poniendo especial atención en el envejecimiento y en preparar el terreno para las consecuencias de este fenómeno a mediano y largo plazo, partiendo siempre de iniciativas con perspectiva de género y con alcance tanto en las zonas centrales como en las más alejadas de los países. Además, reclama la generación de programas protectores de los derechos humanos de las personas mayores, eliminando todas las formas de violencia que les afectan. Incorpora a este grupo etario como prioritario para la

generación de políticas públicas, reconociendo su participación activa en la formulación de las acciones orientadas a mejorar su calidad de vida (CEPAL, 2013).

En el campo de la salud, destaca el compromiso para asegurar una muerte segura y digna a las personas mayores mediante el fortalecimiento de los programas de cuidados paliativos; lo anterior, acompañado de la adecuación de los sistemas de salud según las demandas y necesidades que surgen con el perfil epidemiológico (CEPAL, 2013).

En seguridad social, el consenso contempla el compromiso, del cual se tienen avances en la legislación costarricense, de reconocer a las mujeres trabajadoras domésticas en el sistema de seguridad social, por medio de facilidades y adecuaciones para el pago de los seguros administrados por la CCSS. Estos avances son regidos por el Reglamento para la Inscripción de Patronos y el Aseguramiento Contributivo de las Trabajadoras domésticas, aprobado en agosto de 2017. Sin embargo, en el tema de aseguramiento, el Consenso de Montevideo señala también la necesidad de cubrir a las mujeres rurales y a las trabajadoras informales (CEPAL, 2013) poblaciones que, si destacamos a las cuidadoras no remuneradas en todo el país, siguen estando desprotegidas.

Finalmente, la última conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores (2017) será la que aprueba por unanimidad la Declaración de Asunción “Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos”. En esta, la participación de sociedad civil, fue una de las novedades que permitió exponer las necesidades e intereses concernientes al envejecimiento (CEPAL, 30 de junio de 2017).

La Declaración de Asunción reconoce la persistencia de obstáculos e inequidades a nivel regional, lo que minimiza la participación de las personas mayores en las diferentes áreas de la vida social. Este documento invita a los países a transversalizar el tema de envejecimiento en todas sus políticas planes y programas, así como a construir normativa específica para este segmento poblacional. Además, coincide con las declaraciones de las conferencias anteriores en la necesidad de considerar las especificidades (generacionales) de etnia, raza, género y discapacidades en el diseño y ejecución de iniciativas gubernamentales (CEPAL, 2017).

Finalmente, los países firmantes se comprometen a profundizar la divulgación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y reconocen en la Carta de San José un documento que ofrece un marco regional

para el desarrollo de políticas públicas y sigue teniendo vigencia para los Estados que lo acojan (CEPAL, 2017).

El escrutinio histórico detallado de la normativa internacional, permite identificar las tendencias de la política y relacionar los compromisos y acuerdos ratificados a nivel internacional. En este sentido, podemos destacar que se logró el reconocimiento del fenómeno del envejecimiento, sus causas y la identificación de escenarios contextualizados en la región latinoamericana, se avanza con acuerdos que se comprometen a alcanzar la integración plena y activa de las personas mayores desde una perspectiva de equidad de género, comprometiendo acciones gubernamentales en las zonas geográficas con menos oportunidades.

La ratificación de la Carta de San José de 2012, es un hito para las posteriores conferencias internacionales de población y de envejecimiento, que internamente posibilitó la generación de una política específica fundamentada en la perspectiva de los derechos humanos de las personas mayores.

Respuesta institucional de Costa Rica (público-privada), un recorrido histórico

Los cambios en las dinámicas sociodemográficas de los países a nivel mundial y en específico en las sociedades latinoamericanas, han exigido la construcción de mecanismos propicios para garantizar procesos de envejecimiento de calidad, así como el cumplimiento de derechos de las poblaciones mayores. Costa Rica ha avanzado de manera progresiva en la generación de servicios esenciales y en la apertura de espacios de participación e integración de las personas adultas mayores quienes reclaman su espacio en la agenda pública.

Si bien es cierto, muchos de sus problemas son los mismos que afectan al resto de la sociedad, debido a la pobreza y la escasez de recursos, ocurre que la demanda de servicios se profundiza en la medida en que esta población incrementa su vulnerabilidad a causa de los procesos de envejecimiento. Concomitantemente, cuando se visibiliza y la sociedad responde de forma debida al envejecimiento y los cuidados, esto impacta de forma positiva al resto de grupos poblacionales (Huenchuan, 2009).

Por ello, es clave adecuar la distribución de recursos destinados para responder a las necesidades de los distintos grupos etarios con respecto al escenario demográfico

costarricense, y tomar las medidas necesarias en atención a los indicadores manifiestos en la realidad social dinámica y diversa que ha experimentado el país en las últimas tres décadas.

2.2.1.1 La creación de política social para la PAM en Costa Rica

El Estado costarricense ha implementado acciones gubernamentales destinadas a favorecer a las poblaciones adultas mayores desde los finales de la década de 1970, cuando en la administración Carazo Odio se lleva a cabo el Sistema Nacional de Atención a la Familia y se convoca una Comisión Nacional de Política Gerontológica, lo cual coincide con el periodo de preparación de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (1982) y con los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad.

A partir de ese momento y hasta la actualidad, los acuerdos internacionales inciden en la toma de decisiones para la atención y protección de las personas mayores. En la administración Monge (1982-1986) se crea el Consejo Nacional de la Tercera Edad que se encargó de coordinar con el Ministerio de Salud para la preparación de lo que sería la Secretaría Técnica de la Tercera Edad y la creación del Departamento de la Tercera Edad en el Ministerio de Salud, consolidándose estos dos últimos en la primera administración Arias Sánchez (1986-1990).

Sobre esa base, en la administración Calderón Fournier (1990-1994) se impulsa la creación de una comisión para el diseño de un plan integral de atención, se fortalece la Secretaría Técnica de la Tercera Edad y se impulsa la atención de las personas mayores en los hogares y en centros de cuidado diurnos.

Asimismo, se formula el programa “Ciudadanos de Oro” de la Caja Costarricense del Seguro Social que sería ejecutado en la siguiente administración (Figueres 1994-1998), aún vigente, el cual comprende una oferta de actividades, cursos y descuentos en favor de las personas mayores, con el objetivo de incidir en la construcción de una cultura basada en el respeto hacia la población mayor. En esa misma administración se llevó a cabo un importante trabajo de readecuación del modelo de atención en el sector salud, enfocado en la universalización de la atención primaria en salud a nivel nacional, lo cual derivó en la creación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

Durante la administración Rodríguez Echeverría (1998-2002) se produjo un hito importante en la historia de la normativa nacional, con la aprobación de la Ley Integral para la Persona

Adulta Mayor (N° 7935). En este periodo se impulsan diferentes programas, tales como el de entrega de medicamentos a domicilio, el bono familiar de vivienda para la PAM, el de subsidio para el transporte público, así como la creación del Centro de Atención Institucional del Adulto Mayor.

En la administración Pacheco de la Espriella (2002-2006) se genera la Política Nacional para la Atención de la PAM y el Plan Estratégico para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012; además, se pone en funcionamiento un programa de estilos de vida saludable para la PAM, el cual abarca un 95% de las áreas de salud, así como programas de capacitación y la facilitación del acceso a bonos de vivienda y atención del IMAS. Este periodo gubernamental coincidió con la realización de la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, realizada en Santiago de Chile en 2003.

En la segunda administración Arias Sánchez (2006-2010), se produjo un aumento del 50% de las pensiones del régimen no contributivo. Del total de personas beneficiadas, 65% eran mujeres. Además, se dio la atención de más de 7600 personas adultas mayores en condiciones de abandono y, la publicación del Primer Informe de la Situación de la PAM en Costa Rica. Durante este periodo gubernamental, se realizó la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, realizada en Brasilia en 2007.

Para la administración de Chinchilla Miranda (2010-2014), la marca más visible de su campaña electoral y fortaleza de su programa de gobierno, tuvo que ver con la ampliación de cupos de la Red Nacional de Cuido, funcionando como tal y con grandes réditos para lo relativo a la población en etapa materna infantil.

En octubre de 2012 se cumple la promesa de campaña de consolidar una red de cuidado para población adulta mayor se hace realidad. Declarada de interés nacional y basada en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N° 7935) y en la de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares y sus reformas (N° 8783 y N° 5662), la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores logra ver la luz, con un componente principal de asignación de subsidios a las personas adultas mayores en pobreza o pobreza extrema.

Durante la administración Chinchilla Miranda, se pueden destacar avances en la construcción de política pública vinculados con los acuerdos regionales antes expuestos; por ejemplo, se aprueba la Política de Envejecimiento y Vejez 2011-2021, la Política Nacional de Salud Mental, se adopta la política de accesibilidad a la justicia por parte del Consejo Superior del

Poder Judicial, se apoyó la creación de la Convención Interamericana de los Derechos de la PAM, se acogió la resolución 67/139 de la ONU: “Hacia un instrumento jurídico internacional, amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”; y, finalmente se organiza la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (San José, 2012), hito de referencia regional en materia de envejecimiento y población.

En vinculación con el marco regulatorio internacional, en la administración Solís Rivera (2014-2018) se destacan acciones específicas en torno a las poblaciones vulnerables, en concordancia con una tendencia con global y regional que se encamina hacia la creación de contenidos específicos para la protección de las personas adultas mayores.

Identificamos entonces que instrumentos como la Ley 9379 para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad, la Política Nacional para Personas en Abandono y Situación de Calle, el seguimiento del Programa de la Red de Cuido, el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias y la Ley 9325 para la contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado, tienen alta correspondencia con las recomendaciones que emanan del marco regulatorio internacional más reciente.

Sistemas de cuidados y programas y proyectos específicos para la PAM en Costa Rica

La puesta en marcha de los acuerdos nacionales en materia de cuidados de la población adulta mayor, involucra la participación del sector estatal, las familias y el sector privado. Algunas iniciativas sin fines de lucro se suman a la prestación de servicios específicos. En Costa Rica se está construyendo una política nacional de cuidados que se espera defina los sistemas de cuidados y delimite los márgenes de acción y características de atención de cada tipo; sin embargo, se debe tomar en cuenta que los sistemas de cuidados se encuentran en constante reconstrucción debido a las marcadas transformaciones de las sociedades modernas acarreadas por nuevas formas de vida, lo cual demanda cambios en los arreglos familiares y nuevas ofertas de servicios en los centros de cuidado, por ejemplo.

Tal como señalan Huenchuan, Roque y Arias (2009), el crecimiento en la cantidad de población mayor no debería de suponer un problema, pero las dificultades se generan porque las sociedades no han sabido generar los mecanismos necesarios para enfrentar este fenómeno. Se debe tomar en cuenta la particularidad de la región latinoamericana en cuanto

ha experimentado procesos de envejecimiento mucho más acelerados que en regiones de países desarrollados y con condiciones socioeconómicas que no permiten realizar las inversiones necesarias en protección social para cubrir las necesidades de los diferentes segmentos poblacionales.

Con base en la literatura revisada, se pueden caracterizar las diferentes configuraciones de sistemas de cuidados en donde converge lo público y lo privado, los cuales, a su vez, han permitido la generación de nuevos arreglos de vida que soporten las necesidades de la población mayor en la región latinoamericana. Estos sistemas son: el familiar, estatal, del sector privado, y comunitarios.

El sistema de cuidados familiar actualmente se ve marcado por dos tendencias: a) los arreglos residenciales unipersonales, que, a pesar de ir en aumento, no se expresa en las magnitudes de otras regiones del mundo y, b) los arreglos familiares extendidos que abarcan tres y cuatro generaciones en co-residencia (Huenchuan, Roqué, y Arias, 2009).

Los arreglos residenciales unipersonales en la edad de la adultez mayor se encuentran estrechamente relacionados con la autonomía física y económica de las personas. Mientras la persona mayor tenga las condiciones de salud y financieras para atender los costos de un hogar, podrá mantenerse viviendo de manera independiente, más aún si las condiciones de infraestructura de la vivienda y otros factores de localización de la residencia puedan favorecer el sobrellevar las cargas de vivir en soledad. Mientras tanto, la convivencia de varias generaciones en un hogar extendido puede ser resultado de las demandas de cuidados de las personas mayores, o de las dificultades de las generaciones descendientes para independizarse económicamente, este tipo de arreglo familiar puede favorecer mutuamente a las personas mayores y las demás personas integrantes del hogar por medio de la compañía, apoyo emocional y financiero; no obstante, puede acarrear otras implicaciones, como sobrecargas de las tareas domésticas y de cuidados sobre una(s) persona(s) del grupo familia, generalmente sobre una mujer (Huenchuan, Roqué, y Arias, 2009).

Por otra parte, el sistema de cuidados estatal se basa en la fundamentación jurídica de los derechos sociales e implica el acceso a los servicios básicos que permitan el desarrollo humano mediante la prestación estatal de la distribución del bienestar (IMSERSO, 2008). El sistema de cuidados estatal en Costa Rica, se compone principalmente por la oferta de programas y proyectos de protección social con alcance limitado, por ejemplo los servicios asistencia otorgados por medio de la red de cuidado; asimismo, se cuenta con iniciativas de

instituciones estatales que promueven la investigación, la extensión y acción social dirigida a las personas mayores; además, se cuenta con un robusto sistema de salud descentralizado por cantón y distrito.

Entre los servicios de atención integral dirigidos a promover el envejecimiento a lo largo de la vida, podemos destacar el trabajo de las Universidades públicas en múltiples ámbitos de incidencia (Ministerio de Salud, 2018) con los siguientes ejemplos: el proyecto longitudinal “Estudio del envejecimiento exitoso en personas adultas mayores que acuden a programas educativos universitarios: efectos en su bienestar socioemocional y cognitivo” (Proyecto LOL, Longitudinal Older Learners); el Programa de Atención Institucional de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM), el proyecto “Envejecimiento saludable en zonas urbanas y rurales. Un análisis comparativo para su comprensión y promoción a nivel nacional” y, el proyecto Modulación del proceso de envejecimiento enmarcado en el programa Movimiento para la Vida (MOVI) de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida (CIEMHCAVI), todos estos de la Universidad Nacional (Ministerio de Salud, 2018).

La Universidad de Costa Rica, desarrolla las siguientes iniciativas: el Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (programa de capacitación y educación PIAM) y, el Centro Centroamericano de Población (CCP), ente de acción multidisciplinaria en investigación, capacitación y producción de información en población desde una perspectiva regional centroamericana y clave en el proceso de formación especializada, la Maestría en Gerontología (Ministerio de Salud, 2018).

Desde la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) empiezan a plantearse propuestas que acercan a la población infantil atendida con la adulta mayor, esto por medio del programa Somos Familia, el proyecto Recreando Valor y el Proyecto Huerta Adulto Mayor en Río Celeste de Guatuso. Por su parte, el Ministerio de Educación Pública (MEP) cuenta con el Programa de Estudios de Educación para el Hogar de Primero y Segundo Ciclo (Ministerio de Salud, 2018). Además, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) articula la Red Progresiva de Cuido Integral para Personas Adultas Mayores, desde el año 2012.

La CCSS por su parte, cuenta con una variedad de programas dirigidos a la atención de la población mayor, tales son: el Programa Normalización de la Atención de la Persona Adulta Mayor, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el programa Vacunación Influenza Adulto Mayor, el Programa Ciudadano de Oro (incluye cursos, capacitaciones y beneficios

especiales), el Régimen de Pensiones No Contributivas, el Régimen de Pensiones de Invalidez Vejez y Muerte, el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, así como servicios de atención geriátrica en otros centros médicos. También, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) cuenta con diferentes programas de capacitación, formación humana, y fomento a actividades productivas de aprovechamiento para las mujeres mayores (Ministerio de Salud, 2018).

Vemos así que, ante el crecimiento de este segmento poblacional, el Estado costarricense ha promovido programas y servicios orientados a suplir las necesidades básicas de las poblaciones mayores, los cuales incluyen enfoques preventivos en salud, de apoyo en la atención de las cargas de los cuidados y de equidad de género. Algunas de esas acciones se suman a la tarea social de generar mecanismos que aporten en el cuidado y apoyo de las personas mayores desde el sector público, pero con imprecisión en la delimitación del lugar y la responsabilidad financiera del sector privado, las comunidades y las familias, así como de articulación entre los mismos.

A pesar de la oferta del sistema de protección social costarricense, la oferta de cuidados fuera del hogar es suplida principalmente por medio del trabajo realizado por asociaciones organizadas a nivel privado y comunitario, muchas perciben ingresos estatales para su funcionamiento. Sin embargo, tanto la oferta pública como la privada semisubvencionada, resultan insuficientes.

Vamos a encontrar un sistema de cuidados del sector privado formal (con fines lucrativos) en lo respectivo a la venta de servicios para atención de la población adulta mayor. La comercialización de los cuidados remite a procesos que implantan pesos negativos en el uso de servicios de la salud efectivos, esto favorece el acceso inequitativo a los servicios. Son procesos favorecidos por las leyes del mercado en contextos de desigualdad e inseguridad, que fortalecen a las empresas privadas ante el debilitamiento del sistema público y la incapacidad de respuesta ante la alta demandas de servicios, generando tensiones derivadas del aumento de precios y conduciendo al fortalecimiento de seguros y planes privados de salud (Travassos, 2013).

En Costa Rica, el sistema privado formal contiene una oferta de servicios de todo tipo dirigidos a la población adulta mayor. Ante la creciente demanda de servicios, este segmento etario se vuelve atractivo para los capitales comerciales y de negocios. El sector privado responde a la demanda de manera más avanzada, al incorporar novedosas tecnologías, nuevos

servicios y mediante innovadoras formas de ofrecerlos, esto en detrimento de la demora y escasa cobertura que tiene el Estado para brindar servicios de cuidados generales y especializados para la población adulta mayor.

La oferta de cuidado privado, además, ofrece un concepto de atención para lograr que las personas usuarias gocen de un espacio inspirado en la vida en el hogar, es decir, se distancia de las concepciones de albergue o de servicio hospitalario y, brinda servicios variados: geriatría, fisioterapia, psiquiatría, psicología, nutrición, enfermería, salud ocupacional, trabajo social, así como actividades de entretenimiento y educación.

Es así como en la última década, los negocios enmarcados en este sistema se han especializado para ofrecer una atención amplia con multiplicidad de pluses. Estos responden a lo estipulado en la Ley N° 7600 respecto al acceso, y se posiciona con nuevos nichos de mercado que suma servicios tecnológicos, gimnasios, bolsas de empleo especializadas, opciones inmobiliarias exclusivas para estas poblaciones. Por ejemplo, podemos citar el residencial Premium Verdeza, que innova ofreciendo a sus habitantes comodidades de infraestructura acompañadas de experiencias cognitivas novedosas como la caninoterapia; también existe una nueva oferta de productos alimenticios, medicamentos alternativos, así como servicios profesionales especializados, tales como propuestas turísticas especializadas (Fernández, E., 9 de octubre 2016).

Además, en el sector privado informal encontramos una proliferación de grupos de profesionales y personas cuidadoras que ofrecen sus servicios de forma independiente. Cabe destacar en este sentido, el aporte de las poblaciones migrantes, en especial de parte de las mujeres nicaragüenses, quienes suelen trabajar en el ámbito informal y, por tanto, las personas que acceden a estos servicios son una población con poder adquisitivo más restringido, pero pagan por la realización de labores de cuidados, muchas veces con sobrecarga de las labores domésticas. También en la informalidad, encontramos casos de casas de cuidado no reguladas ni autorizadas por las entidades correspondientes, en otras palabras, laboran en la clandestinidad, mas con el conocimiento de la comunidad; por lo tanto, cuentan con recursos técnicos, humanos y financieros limitados para asumir las tareas de cuidados (Huenchuan, Roqué, y Arias, 2009).

Finalmente, las sociedades avanzan de forma incipiente hacia al reconocimiento de los sistemas de cuidados organizados desde las comunidades. Aunque la literatura no ha profundizado en esta conceptualización, se reconoce que en los países escandinavos se han

generado estrategias de servicios comunitarios para la solución de los cuidados, especialmente de la población infantil, estrategias que empiezan a adoptarse en la región latinoamericana, por ejemplo, en Uruguay a través de la figura de Casas Comunitarias de Cuidados (CCC) (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2014).

Las propuestas comunitarias de cuidados dirigidos a personas mayores están caracterizadas por dirigir recursos locales para colaborar en la satisfacción de necesidades de los grupos que lo requieren, realizando actividades en las casas de habitación o en centros comunales, además, fomentan la participación de las personas usuarias y de la comunidad en actividades que promuevan la autonomía personal, asimismo, apoyan la labor de las personas cuidadoras generando espacios de esparcimiento e intercambio de experiencias (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2014).

En Costa Rica existen distintas iniciativas a nivel comunitario organizándose para aportar en los cuidados de las personas adultas mayores en sus localidades, por lo cual es necesario promover la sistematización de experiencias del trabajo realizado en estas agrupaciones. Por medio de este trabajo de investigación se conoció, por ejemplo, el trabajo de la Asociación por el Adulto Mayor de Turrialba que con recursos propios trabaja para atender a una agrupación de personas mayores con diversas necesidades dos veces a la semana en un salón comunal en horario diurno, realizando actividades motivacionales, ocupacionales y culturales.

La red de cuidado para personas mayores coordinada por CONAPAM, ofrece diferentes alternativas de atención procurando mantener a la persona beneficiaria en su entorno familiar y/o comunal. Una de esas alternativas consiste en la integración de un hogar comunitario a cargo de una organización comunitaria que será destinataria de los recursos de la red, esto permite la reubicación de una hasta cinco personas mayores en una vivienda (alquilada o propia) que cuente con las condiciones de infraestructura y mobiliario adecuados para la atención (CONAPAM, 2012).

Actualmente, diversas instituciones se encuentran en el proceso de análisis de los datos generados por la Encuesta Nacional de Cuidados y Apoyos para la construcción de una Política Nacional de Cuidados, por lo pronto, se han dado algunos avances en el país que sirven como antecedentes importantes para esta política: en 2013 se consolida la Asociación de Cuidadores de Personas Adultas Mayores (Asocupam), esta surge como un espacio compartido por personas cuidadoras para expresarse, visibilizar su labor y apoyarse en temas

como crisis emocionales y familiares, negociaciones con las familias y aislamiento. También, en 2016 se habilitaron los primeros dos centros de respiro para personas cuidadoras de personas con alzheimer en los cantones de Curridabat y San Pablo de Heredia, estos lugares funcionan como un espacio ocasional para que la persona encargada de cuidar pueda asistir a una cita médica, atender alguna necesidad, o simplemente descansar (FIAPAM, 2014; Ramírez, L., 31 de mayo de 2016).

Además, desde el Ministerio de Salud, a partir de 2014, se ha avanzado en la construcción de una estrategia interinstitucional de promoción de la salud mental de personas cuidadoras no remuneradas de personas adultas mayores, es necesario impulsar la continuidad de esta estrategia y considerar las especificidades geográficas, étnicas y sociales necesarias para generar impactos favorables en la población de personas cuidadoras según los requerimientos de apoyos.

Retos, preocupaciones y oportunidades hacia el futuro próximo

A modo de recapitulación, podemos afirmar que a nivel internacional produjimos una normativa acumulativa y robusta, que brinda a los países elementos para responder a los decisivos cambios demográficos y epidemiológicos, con posibilidad de hacerlo desde un enfoque de derechos humanos, siguiendo los principios orientadores para la creación de política en favor de la población adulta mayor, reconocidos en la resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 16 de diciembre de 1991.

Este hecho resulta relevante ya que permite una lectura relacional de los tres ejes transversales de esta investigación: género, autonomía y personas cuidadoras. Tales principios son resorte de un cambio paradigmático en la forma de concebir la normativa internacional y nacional, y corresponden con claridad con los cinco principios consensuados hasta ahora por la comunidad internacional, a saber: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

El eje de autonomía, en las personas de cualquier edad, incide directamente en sus procesos de construcción de identidad; sin embargo, el grado de autonomía tiene que ver con factores que van más allá de las capacidades personales, está relacionado con lo contextual. Dicho de otra manera, los contextos inmediatos de las personas determinan la disminución o el aumento de la autonomía.

Las políticas públicas tienen impactos diferenciados entre hombres y mujeres debido a las relaciones de poder en las que las mujeres son históricamente desfavorecidas, en el caso de las personas adultas mayores no es la excepción. Es allí, donde la transversalidad de género como estrategia política es fundamental para lograr acciones a favor de la equidad de género, y asegurarnos se incluya la perspectiva de género en todas las políticas públicas.

Sobre la base de un discurso patriarcal hegemónico, las tareas de cuidados de personas adultas mayores han sido principalmente asignadas a las mujeres y al ser en su mayoría un trabajo no remunerado, no se reconoce ni social ni económicamente, lo cual genera un desmérito para la autonomía de quienes cuidan. Este es uno de los retos persistentes tanto en la formulación de políticas como en la ejecución de acciones concretas que permitan una justicia distributiva favorable para las condiciones de vida también de las personas cuidadoras, por ejemplo, generando mecanismos de capacitación, especialización e inclusive de acompañamiento para el duelo, así como mecanismos que incluya a los hombres en las labores de cuidado.

Otro asunto a destacar tiene que ver con el acceso equitativo a los servicios para el cuidado para todas las personas, partiendo de un principio de no discriminación que trascienda la concepción del género dicotómico. Es indispensable transitar hacia el acceso universal de los servicios garantizando un trato equitativo, respetuoso y responsable con las poblaciones LGBTIQ, por ejemplo.

También, es trascendental reconocer que los cuidados se construyen social y culturalmente en temporalidades específicas. Históricamente las actividades relacionadas con los cuidados se asumen en el interior de las familias, acción dirigida y sustentada en una ideología patriarcal-capitalista hegemónica, esto conlleva a que las cargas deban ser asumidas y resueltas únicamente por las mujeres. La formulación de políticas públicas específicas y actuales nutre el cambio social necesario para la redistribución de las tareas de cuidado y la visibilización de los derechos de las personas mayores.

Por ejemplo, desde la última década, las políticas públicas asumen un enfoque de transversalidad de género que permite visibilizar el valor económico del trabajo no remunerado por medio de instrumentos, como las encuestas de uso del tiempo y las cuentas satélite. Además, se ha logrado un reconocimiento de la especialización y el detalle que implican los cuidados de cara a la complejización del perfil epidemiológico de la PAM. La intervención pública por medio de políticas puede permitir o limitar las transformaciones de

imaginarios sociales mediante roles de género y de clase que contribuyan a sostener una redistribución igualitaria de las tareas.

Hasta finales del siglo anterior, los cuidados se aglutinaron en el ámbito doméstico no remunerado, sin ser reconocidos. Entonces se llegó a invisibilizar el tiempo dedicado a satisfacer las tareas y la dedicación y el entrenamiento que requerían. Tales tareas son esenciales para el bienestar colectivo y la reproducción social. No obstante, el trabajo no remunerado de los cuidados, a pesar de contar con políticas de avanzada, conlleva una desposesión (ni siquiera disminución) de oportunidades en el ámbito del trabajo remunerado para las mujeres.

A partir de que se consolida el proceso de incorporación de las mujeres al mercado laboral y, aunado esto, con la carencia de políticas que inciden de manera real y directa en una transformación de los roles de género, se propician las condiciones para la institucionalización y hacia la privatización de los cuidados por medio de empresas y con la contratación de cuidadoras, de manera informal y formal, en el hogar. Mientras tanto, se acrecientan las desigualdades sociales en un contexto capitalista, donde las actividades de cuidado en condición de pobreza se mantienen invisibles y con baja valoración social.

En ese contexto, ocurren cambios importantes en las formas de composición familiar y en las relaciones sociales al interior de los hogares. Frente a esto retomamos algunas interrogantes: ¿Hasta qué punto permite la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N° 7935), responder a las adaptaciones necesarias para enfrentar la crisis de los cuidados? ¿Promueve esta ley, o alguna política derivada, un cambio en las pautas tradicionales de género, de edad y una justa redistribución de las tareas de cuidar? Es decir, ¿promueve el Estado, por medio de sus mecanismos, alguna transformación en las estructuras de desigualdad de la sociedad?

Si bien el Estado y sus instituciones han asumido buena parte de la responsabilidad social de los cuidados por medio de transferencias económicas y con la habilitación de redes de cuidado concentradas primordialmente en centros de atención diurna, la Ley 7935 no permite dar lectura a las nuevas necesidades derivadas del cambio en la división sexual del trabajo y la actual crisis de los cuidados; pero tampoco responde a las nuevas formas de concebir el envejecimiento ni de las necesidades de trabajo transdisciplinario e intergeneracional para el abordaje del problema. A pesar de que nuevas políticas, como la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres, aprobada en abril de 2018, intentan incidir en generar cambios, sus resultados serán visibles hasta un mediano o largo plazo.

La Ley 7935, además de establecer la creación del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), teniendo en cuenta las garantías y sanciones correspondientes, se limita a referir al derecho individual de atención de las personas adultas mayores, la actuación del Estado y la transferencia de recursos y donaciones a entidades públicas y privadas para la atención de población adulta mayor. No se menciona en ningún momento los diferentes tipos de cuidado ni a la persona cuidadora como actor fundamental del resguardo de los derechos de esta población, lo cual conlleva de nuevo a la invisibilización y subvaloración del trabajo.

Dos antecedentes recientes que aportan a complementar los vacíos de la Ley 7935 y que evidencian la urgente necesidad de intervención estatal de cara a los acelerados cambios culturales, tiene que ver con la aprobación de la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (N° 9379) y de la Política Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y Calle, aprobadas en el 2016.

Junto al creciente número de personas adultas mayores en el país, asciende también la demanda de servicios cuya satisfacción se ve limitada cuando se arrastran vulnerabilidades y desigualdades de clase que no desaparecerán al llegar la vejez. La misma política de atención para personas en situación de abandono y calle, reconoce que las situaciones de abandono son especialmente experimentadas por personas adultas mayores y por lo tanto son un grupo prioritario en la implementación de estrategias de acción (Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión, 2016).

También, como parte de la generación de insumos para esa redistribución, se ejecutó a la primera Encuesta Nacional y Centroamericana de Cuidados y Apoyos (ENCyA) -sin publicación de resultados hasta el cierre de este documento- por medio de un esfuerzo conjunto entre diferentes instituciones: INEC, PANI, IMAS, CONAPAM, CONAPDIS, INAMU y la Vicepresidencia de la República. Esta encuesta que comprende la población a cargo de personas adultas mayores, personas con discapacidad, y niños y niñas, constituye un insumo primordial para la construcción de una Política Nacional de Cuidados para la Autonomía de las Personas, basada en información científica respecto a la demanda de tiempo para labores de cuidados y apoyos relacionados, facilitando la generación de una respuesta institucional pertinente (Presidencia de la República de Costa Rica, 18 de marzo de 2018).

Sin duda, el conocimiento generado a partir de los datos recabados por la encuesta permitirá la formulación de nuevas acciones con el fundamento técnico necesario para que se mantengan en el tiempo, y se desarrollen iniciativas en fomento de cambios culturales en relación con la redistribución de las cargas de cuidados de manera equitativa.

En el escenario actual, podemos identificar el papel del sector privado al ofrecer alternativas novedosas para sobrellevar los pesos de las etapas del envejecimiento. Esto reafirma la necesidad de que el mercado laboral asuma corresponsabilidad, subvencionando los cuidados y dando acompañamiento técnico y de capacitación a las personas cuidadoras, principalmente en sus localidades de incidencia.

2.3) CAPÍTULO VI. CAMBIO SOCIAL Y CULTURAL

Los imaginarios sociales como herramienta para el análisis de los procesos de envejecimiento y de cuidados

La evidencia empírica que fundamenta la presente investigación, permite identificar los cambios en los significados de envejecimiento vividos en la población costarricense en las últimas tres décadas. Para lograr este objetivo, partimos de los imaginarios sociales; en tanto marco continuo de asignación de significados, que posibilita comprender los procesos y las instituciones de una sociedad a través de su mundo de significaciones (Girola, 2012).

Siguiendo los mismos postulados, Jorquera (2010) explica que las sociedades actuales tienden a presentar una amplitud de espacios de inclusión, pero al mismo tiempo tolerancia ante la exclusión, esto ocasiona que podamos ser personas sujetas de inclusión en algunos sistemas y sujetas de exclusión en otros.

Con base en las investigaciones revisadas sobre imaginarios sociales de la vejez y el envejecimiento, y con base en la categorización de Jorquera (2010) se logran cinco campos semánticos, presentes en el material de revisión hemerográfica y en las entrevistas semiestructuradas. Estos son los siguientes:

1. **Inclusión/ exclusión primaria:** refiere a la posibilidad de acceder o no a los sistemas funcionales básicos (economía, educación, salud, tecnología, etc.). De esos accesos dependen el adecuado bienestar biológico, psíquico y social de la persona (Jorquera, 2010).

2. **Inclusión/ exclusión secundaria:** remite a la posibilidad de acceso a redes de apoyo, lo que puede significar beneficios conjuntos en situaciones de exclusión primaria compartida, para satisfacer necesidades básicas de recursos, así como de vínculos interpersonales (Jorquera, 2010).
3. **Inclusión/exclusión simbólica:** es la producción y circulación de imaginarios que pueden ampliar o limitar sus posibilidades de inclusión exclusión. Ejemplos de esas producciones pueden ser notas periodísticas, obras artísticas, textos educativos, etc. “Además se puede encontrar con las distinciones con que se indica y describe la condición de envejecimiento, sus distintas etapas y estilos y otros aspectos que pueden influir en su discriminación positiva o negativa” (Jorquera, 2010, p. 135).
4. **Inclusión/exclusión hetero referida:** esta dimensión refiere a “las percepciones, sensaciones y expectativas sobre los adultos mayores, la vejez o el envejecimiento que poseen los demás miembros de la sociedad. Las que pueden reforzar o restringir los espacios de inclusión y exclusión de los adultos mayores” (Jorquera, 2010, p. 135). Para esta tesis se tomarán en cuenta también los aspectos referidos a los cuidados y a quienes lo ejercen.
5. **Inclusión/exclusión auto referida:** en contraposición a la dimensión anterior, esta refiere a las conceptualizaciones que realizan las personas adultas mayores y personas cuidadoras sobre los procesos de envejecimiento y de cuidados.

Según Pintos (2004) los imaginarios sociales se producen y se deconstruyen desde tres ámbitos diferenciados:

1. En el sistema específico diferenciado (política, derecho, religión, ciencia, etcétera).
2. En el de las organizaciones que concretan la institucionalización del sistema (gobiernos, bancos iglesias, academias, etcétera).
3. En el de las interacciones que se producen entre los individuos en el entorno del sistema.

Lo que se trata de explicar es la forma más concreta de cómo la cultura produce, reproduce y transforma las nociones de envejecimiento, vejez y sus cuidados. Para esto se diferencian etapas para el análisis de contenido según el modelo operativo de Juan Luis Pintos (2014) para el estudio de los imaginarios sociales:

- Construcción de diccionarios
- Construcción de campos semánticos
- Construcción de diferencias: relevancias/opacidades

Para efectos de esta investigación, se utilizó la información derivada de la revisión hemerográfica (descrita en el Capítulo III) y, de las entrevistas semiestructuradas para interpretar las nociones sobre los procesos de envejecimiento y los cuidados, y los cambios acontecidos en las últimas tres décadas, a la luz de la teoría sobre imaginarios sociales.

Los discursos mediáticos construyen en la otredad criterios diferenciadores que permiten atribuir cualidades físicas y psicológicas así como valores y actitudes, es decir, el sujeto representado en los medios está cargado de determinaciones sociales que forman y reproducen esquemas de pensamiento, lo que son “imaginarios sociales” (Brenes, Vásquez y Ventura, 2012). Así, por medio del análisis de imaginarios sociales, podemos establecer las visiones estereotipadas y los mitos del grupo social que estudiamos, así como de las labores de cuidado y sus transformaciones, vinculando esa información con las nociones de género, clase y autonomía para el análisis.

Para lograr un manejo adecuado de información obtenida por medio de la revisión hemerográfica, se construyó una matriz histórica (ver anexo 3), donde se señala el perfil de los imaginarios sociales arrojados por las notas periodísticas por década, esto es desde 1980 hasta el 2015, en dos líneas de significados: los relacionados a las personas adultas mayores y, los vinculados con el cuidado y los cuidados.

Posteriormente, se integró la información recabada en las entrevistas semiestructuradas que deriva información respecto de los significados del ser persona adulta mayor, así como de los cuidados y el hecho social de cuidar. Primeramente, se expondrá la información vinculada con la significación de persona adulta mayor para posteriormente exponer los hallazgos relacionados con la concepción de los cuidados.

Las concepciones de persona adulta mayor en Costa Rica y sus cambios (tres décadas atrás):

2.3.1.1 Década 1980: “Viejita levántese eso no es nada: ¡además me está atrasando una cita!”²

En la primera década de estudio, se caracteriza a las personas mayores con una adjetivación altamente negativa, predomina así la concepción de anciano inútil con calificativos, tales como: “frágil”, “ciego”, “viejo” y “demente”. Además, se les ve como dependientes, asignación con la que se justifica la necesidad de protección, relacionándole con frecuencia a cuestiones vinculadas a la higiene, la enfermedad y la problemática que supone su soledad.

También sobresalen las nociones que refieren a lo desechable, principalmente cuando se refieren a las personas adultas mayores en la sección de sucesos, utilizando adjetivos como: “atropellado”, “devorado”, “cadáver enterrado”, “abandono” y “estrangulado”, haciendo referencia a un imaginario de “derecho de abandono”, una actuación social que elude la obligación legal y ética para con estas personas, pese a su situación de vulnerabilidad. Asimismo, se visibiliza la vivencia tóxica de la masculinidad hegemónica en los adultos mayores por medio de notas que remiten a tendencias suicidas (“deprimido”, “sin querer seguir”, “intentos suicidas” o “suicidios”) así como a adultos mayores agresores. Esto forma parte de la inclusión/exclusión primaria y simbólica hetero referida.

Las únicas referencias positivas halladas durante esta década van enfocadas a exaltar a los adultos mayores varones como seres valerosos por medio de adjetivos como: “longevo”, “eternidad”, “felicidad”, “valiente”, “octogenario”, “trabajador”, “con pensión”, “autosuficiente”, “experimentado” y “admirado” (principalmente cuando destacan en artes o deportes, por ejemplo). Esto coincide con la información que las entrevistas arrojan. Tal cualificación deviene décadas atrás de una construcción social de las personas adultas mayores como “valerosas”, “trabajadoras” y “macizas”, personas sin (o con poca) necesidades de cuidados. Formando parte de la categoría de inclusión/exclusión secundaria por remitirse a las redes de apoyo y los beneficios de los vínculos interpersonales.

Otras referencias importantes de resaltar para ese periodo, son la visibilización de la capacidad de las personas mayores de valerse por sí mismas aún teniendo capacidades disminuidas; la posibilidad intercambios entre las generaciones, por medio de afirmaciones que hacen referencia al ejercicio de formas empáticas de acercamiento con las personas mayores. También se reconoce y destaca su ciudadanía por medio del voto y en su

² Titular de nota recabada de la sección de sucesos, Diario Extra, 14 de febrero de 1980, p. 4.

identificación con símbolos patrios, es decir, se vincula la imagen de la persona mayor como parte del civismo y de la cultura patriótica, pero solamente cuando se hace referencia a los símbolos o al ejercicio del sufragio, no así se hace tal connotación positiva cuando se mencionan otro tipo de actividades.

2.3.1.2 Década 1990: “Tercera edad y democracia”³

Para la década de 1990, (recordemos que en 1999 se aprueba la Ley 7935), destacan imaginarios positivos en torno a las personas adultas mayores, nombradas por medio de palabras como: “*apreciado*”, “*inspiración*”, “*amoroso*”, “*es querido*” y “*ciudadano de oro*”. Es necesario señalar que en las notas donde se refieren estos adjetivos, la persona adulta mayor es nombrada de esta misma manera, ya no predominan términos como “*abuelita*” o “*anciano*” para referirse a ellas. Este precisamente es el periodo cuando se le nombra como “*ciudadana de oro*”, por la creación del programa del mismo nombre por parte de la CCSS, en el año 1997. Así, encontramos que se hace referencia a una nueva relación contractual de la sociedad con la persona adulta mayor que remite al derecho de su resguardo, o sea, protección estatal, acercamiento de profesionales y amigos que les cuidan.

Además, a los hombres adultos mayores se les nombra como: “*roble*”, haciendo referencia a la fortaleza física, tales como “*no se arruga*”, “*maestro de vida*” y “*hombres de barro*”; la cualificación de las entrevistas coincide con ese tipo de significados que les adjetiva como personas valerosas por su sentido trabajador, resaltando principalmente las labores realizadas en el campo, incluyendo a las mujeres en la agricultura y en la caza.

A la vez que se continúa la reproducción de imaginarios vinculados a lo desechable con adjetivos, tales como: “*asesinado*”, “*infortunado*”, “*atropellado*”, “*rostizado*” (al prenderle fuego con gasolina) y “*destrozado*”. Se repite el imaginario del hombre agresor con adjetivos como “*furioso*” y “*celoso*” (inclusión/exclusión hetero referida). Mientras que, en las entrevistas, para este periodo, prevalece un imaginario de personas adultas mayores como pasivas debido a la pérdida de capacidades para adquirir nuevos aprendizajes y para movilizarse (inclusión/exclusión auto referida).

Asimismo, se concibe a la persona adulta mayor como proveedora si tiene pensión o ingresos que le otorguen el poder adquisitivo, sea hombre o mujer. Surge la figura de la persona adulta

³ Titular de nota recabada de la sección de Opinión, Diario La Nación, 3 de enero de 1990, p. 16A.

mayor organizada en defensa de sus derechos, esto forma parte de los mecanismos de inclusión/exclusión secundaria que remite a buscar beneficios conjuntos en situaciones de exclusión primaria compartidas.

Se reproduce también, un imaginario que recurre al recuerdo nostálgico de las personas mayores del pasado, una vez que las de la época son “*rebeldes*”, pues ya no cuentan cuentos como era la tradición.

Al igual que en la década de los ochenta, se visibiliza a la persona adulta mayor como ciudadana por el hecho de votar y ejercer la democracia, mientras se menciona a un segmento de la población mayor como desprotegida, es decir, las que no tienen pensión. Tal valoración omite el derecho de una ciudadanía digna o con derecho a trato diferenciado.

2.3.1.3 Década 2000: “*Ancianos sanos se empiezan a formar desde el inicio de la vida*”⁴

Con el paso al nuevo milenio y considerando la entonces reciente aprobación de la Ley 7935, las notas periodísticas presentan cambios en los contenidos informativos y en las formas de nombrar a la población adulta mayor y sus necesidades. Aparecen nuevos temas y preocupaciones, tales como el cambio demográfico, los cambios epidemiológicos que se empiezan a notar y los desafíos de atención a la persona adulta mayor.

Se hace referencia al envejecimiento de la población y su incremento, nombrando este periodo como: “*el siglo de los viejos*”. Además, se describen los distintos mecanismos de protección del Estado para con las personas adultas mayores, como por ejemplo las campañas de vacunación, los subsidios sociales, los mecanismos de tutela y protección por medio de asilos; además de la mención de la Ley 7935 como un antecedente normativo importante.

Una de las categorizaciones clave de este periodo es que hace visible un nuevo perfil epidemiológico y la necesidad de nuevas alternativas de atención para el tratamiento de enfermedades no transmisibles como el cáncer y el VIH. Esta es la primera vez que se posiciona directamente como tema de salud pública y es constante en el dato hemerográfico. Este se integra a la categoría de inclusión/exclusión primaria por referir a los sistemas funcionales básicos.

⁴ Titular de nota recabada de la sección País, Diario La Nación, 24 de octubre de 2008, p. 20A.

Para este periodo, seguimos encontrando calificativos de las personas adultas mayores que remiten a lo desechable: “*agredido y abandonado*”, “*golpeado*”, “*quemado*”, “*carbonizado*”, “*desmembrado*”, “*despojada*” y “*ciudadano de segunda clase*”. Son noticia cuando se enfatiza en los abusos de los que son víctimas por encontrarse en una posición de desventajada que muchas veces deriva en el despojo de su pensión; además de otro tipo de abusos institucionales a los que se ven expuestas. También identificamos contenidos relacionados con la inclusión/exclusión simbólica, que muestran a las personas pertenecientes a este grupo etario como sujetas de discriminación, con acceso a oportunidades o recursos de manera diferenciada, acciones (y omisiones) que se acrecientan en los espacios y servicios públicos por medio del maltrato.

Como parte de otras significaciones, para la década del 2000, se posiciona el uso del adjetivo “*ciudadano de oro*” que estará asociado a un sentido de apreciación de las personas mayores que incluye su visibilización en las distintas formas de ocupación y su derecho al afecto y el reconocimiento, nombrando a la persona adulta mayor como “*joven por siempre*”. También por medio de lenguaje que remite al imaginario de lo ejemplar, destacando las labores de aquellas que realizan por mantener un estado físico y mental saludable; también, se les menciona como sujetas informadas de los recursos disponibles para su protección, por ejemplo, del sistema de emergencias 911.

Por primera vez en este recorrido histórico, como parte de la inclusión/ exclusión hetero referida, surgen adjetivos vinculados con la sensibilidad del ser humano como significado atribuible a las personas adultas mayores, estos se expresan por medio del reconocimiento de que son sujetos que sienten, que tienen sexualidad, manifestando el derecho al amor sin importar la edad, así como a disfrutar de espacios de recreación. Empezamos a notar cambios discursivos con respectivas resistencias, con la transición de la construcción estereotipada de ver a la persona adulta mayor como pasiva, alienada a visibilizar el derecho a sentir y poder decidir en esta etapa de la vida. Así, vemos como aparecen relatos densos de violencia simbólica: se les arrebató el derecho a satisfacer sus necesidades sexuales y afectivas por el hecho de vivir la etapa de la adultez mayor, relegándoles al espacio de lo privado y a los imaginarios polarizados de lo valiente y ejemplar, pero como especie de trofeo, o de desecho humano.

2.3.1.4 Década 2010: “40 de cada 100 ticos son adultos mayores”⁵

Entre 2010 al 2015, final del periodo recopilatorio de información hemerográfica, persiste la preocupación por el veloz incremento de la población adulta mayor, tanto a nivel global como nacional, de la mano con las afectaciones por padecimientos demenciales de este mismo grupo poblacional. Paralelamente, se reconocen las figuras de apoyo y protección, por medio de la mención de políticas públicas como la red de cuidado (considerando el ámbito institucional y familiar) y, el régimen de pensiones no contributivas, en tanto mecanismos de resguardo y rescate.

Para esta década, el imaginario asociado a lo desechable se sostiene, por medio de palabras como “garroteado”, “apabullado” y “deceso”. Se evidencia de manera creciente el caso de personas mayores abandonadas nombrándolas como “rechazadas”, “descuidadas” y “solas” (en especial en el caso de las mujeres). A pesar de existir una mayor visibilización de las necesidades de atención de las personas mayores para este periodo, se continúa el uso de este tipo de lenguaje que describe a las personas mayores como seres desechables en las notas periodísticas.

A esto se suma la información relacionada con las múltiples vulnerabilidades que experimentan las personas mayores, primeramente, la situación de desempleo en la población adulta mayor les deja en especial vulnerabilidad por no tener acceso a recursos incluida una pensión no contributiva, aunado a la vulnerabilidad física de ser víctimas de asaltos, robos y agresiones fatales, lo que forma parte de la inclusión/exclusión primaria.

Estas concepciones refuerzan imaginarios sociales que son asumidos por las personas mayores y se traducen en la inclusión/exclusión auto referida, tal es el caso de “Joaquín”, cantautor turrialbeño de 88 años de edad, quien en su vida laboral trabajó como maquinista para el Instituto Costarricense de Ferrocarriles (Incofer) cotizando para una pensión contributiva, sin embargo, señala que le “perdieron la pensión”, en otras palabras, por errores administrativos se violenta su derecho a la pensión contributiva por lo tanto cuenta solamente con una pensión del régimen no contributivo.

“Joaquín” es residente de un centro de cuidados de larga estancia en Turrialba, el Hogar San Buenaventura, y durante la entrevista compartió un extracto de una canción de su autoría, en esta expresa profundos sentimientos de temor y desilusión por la carencia de afecto:

⁵ Titular de nota recabada de la sección Nacionales, Diario La Extra, 9 de mayo de 2012, p. 19.

Tengo miedo de que tú ya no me quieras/ como en aquellos tiempos de grata juventud./ El miedo que yo siento es porque ya estoy viejo/ mi corazón no quiere saber de ingratitud/ lo digo porque he visto a muchos seres viejos tirados en la calle sin ninguna ilusión/ les han dado en el alma el golpe del desprecio/ Los respaldan por viejos porque ya no les dan amor/ siento un fuerte sentimiento de un miedo tenebroso porque ya soy de edad/ lo digo porque he visto a muchos seres viejos tirados en la calle sin ninguna ilusión. (“Joaquín”, comunicación personal, diciembre 2017).

Ante la manifestación de tales sentimientos de angustia, dos de los varones adultos mayores entrevistados en centros de cuidado permanente, consideran el centro de cuidado como su lugar de salvación, uno de estos está especializado en la atención de adultos mayores alcohólicos; por lo tanto, esa afirmación acarrea un sentido de rescate de la enfermedad del alcoholismo. También, de las entrevistas realizadas encontramos otras expresiones que vinculan la vejez con una etapa de “aceptación del karma”, al identificarla como aquella en la que se paga por lo actuado a lo largo de la vida.

En el periodo reciente, continúa la figura del adulto mayor agresor, violador; evidenciando así que falta mucho trabajo por hacer para garantizar que los sistemas de jerarquías basados en el sexo y el género sean debilitados. Las nociones de masculinidad construidas históricamente desde bases patriarcales generan mecanismos de exclusión que movilizan los contenidos simbólicos y legitiman las prácticas de agresión y de maltrato.

Por otra parte, para este periodo se incorporan calificativos favorables al destacar de las personas mayores sus habilidades. En esta categorización aparecen las mujeres como protagonistas y se visibiliza el valor de la longevidad, de las capacidades propias e incluso del poder adquisitivo, significaciones relacionadas con la toma de autonomía propia de las personas mayores, en especial de mujeres mayores, lo cual resulta clave en el contexto actual de cambios acelerados a nivel cultural, donde la independencia patrimonial y económica toman relevancia.

En ese sentido, es interesante acotar que, en el caso del cantón de Osa, las personas entrevistadas tanto a nivel familiar como en los casos públicos y privado, coinciden en que ahora se tiene más respeto hacia las personas mayores; sin embargo, falta la sensibilización. Consideran que cada vez más se ve a la población adulta mayor como parte fundamental de la sociedad y como seres humanos que necesitan asistencia; por el contrario, antes morían sin que nadie se preocupara si sentían dolor o no. También, relacionan los cambios con los

avances en salud, la incorporación de las nuevas tecnologías en la vida de las personas, y el debilitamiento de los mitos que afectan a la población mayor.

Relacionado con esto, se rescata un extracto de una de las entrevistas realizadas a “Diego”, prestatario de servicios del Hogar San Buenaventura, centro de cuidado de larga estancia en Turrialba. Él es el coordinador administrativo del lugar, tiene 39 años, es psicólogo de profesión y tiene amplia experiencia en psicología del dolor, él comenta sobre cómo las sociedades modernas valoran de forma diferenciada a las personas mayores:

La persona adulta mayor es una persona sumamente valiosa para la sociedad por sus experiencias, por sus vivencias, por su conocimiento y que es enriquecedor; en otras culturas se les da ese valor, mas en nuestra cultura se le da ese valor en base a su productividad, no a su conocimiento (“Diego”, comunicación personal, diciembre de 2017).

Positivamente, también se continúa visibilizando desde la inclusión/exclusión hetero referida, a las personas mayores como seres humanos que sienten, que tienen derecho a la vivencia de su sexualidad, a la diversión y al ejercicio de la risa. Se conceptualiza a las personas mayores como fuertes y activas, ilustrando cambios en la concepción de los procesos de envejecimiento, en torno a promover vidas saludables y activas.

Esta información coincide tanto en la información recopilada de la prensa escrita como en las entrevistas realizadas, se concibe a la persona mayor como sujeta de derechos, que merece disfrutar y aprovechar sus capacidades. Además, se reconoce el envejecimiento como un proceso continuo que inicia desde el momento del nacimiento y existe una predominancia del concepto de envejecimiento activo. Ocurre así en las declaraciones facilitadas por “María”, coordinadora del Hogar de ancianos de Palmar Sur de Osa, con quince años de experiencia en el cargo. Ella tiene 55 años de edad, cuenta con estudios en administración y un técnico medio de asistente en salud, también comparte las labores de administración del Hogar con el cargo de presidenta del consejo municipal del cantón. En relación con la concepción de persona adulta mayor ella indica:

Para mí un adulto mayor es una persona con todos los derechos que tiene una persona desde el día que nace hasta que llega a esa tercera etapa, sin embargo, pues, son personas que ya tienen por su edad, un envejecimiento más notable. Envejecemos desde que nacemos...verdad, es obvio que es así, sin embargo, ya ahí ellos van

perdiendo algunas capacidades, algunos se vuelven más dependientes que otros y pues ellos van requiriendo un cuidado más específico, más especial... (“María”, comunicación personal, octubre 2017).

Podemos observar también como se vincula a la persona mayor con una pérdida de las capacidades físicas e intelectuales, por lo cual se vuelve dependiente para la satisfacción de algunas o de todas sus necesidades, también es descrita como una persona cambiante, e incluso inestable. Prevalece la tendencia a infantilizar a la persona mayor cuando sus niveles de dependencia exigen mayores cuidados, esto sucede al referirse a ciertas necesidades, como ser alimentada con alimentos blandos o de recibir el sol de las horas tempranas. A pesar de esto, las personas mayores entrevistadas describen un deseo de vida que sobresale, aún frente a los padecimientos.

Los procesos de inclusión/exclusión auto referida de las personas mayores se ven afectados por las actividades que pueden o no realizar, es por esto que esta investigación consultó, por medio de las entrevistas, las actividades realizadas por la población adulta mayor, así como las que, restringidas por razones físicas, de salud o simplemente porque no están disponibles en la oferta de actividades que está a su alcance.

Entre las actividades llevadas a cabo por las personas mayores entrevistadas encontramos una diversidad de acciones, tales como atender la puerta y el ingreso de visitantes del centro permanente de cuidado donde habita, participar en el programa de educación del lugar, actividades de colaboración en el centro de cuidados como: “Ayudar a los viejitos a traerlos a tomar café, tocar guitarra, mandolina y acordeón, cantar, entretener a los demás.” (“Joaquín”, comunicación personal, diciembre, 2017). Otras actividades realizadas y que generan satisfacción en la población entrevistada son salir a caminar, ver tele, escuchar la radio, tejer, ir a la iglesia hasta cuatro veces por semana.

También se indagó sobre las actividades deseadas que no se pueden realizar. Las respuestas en este aspecto refieren principalmente a actividades que requieren de las capacidades físico motoras para poder ser efectuadas, por ejemplo, poder caminar y hacer ejercicio físico.

Los resultados recabados en las entrevistas, permiten señalar que las personas adultas mayores que cuentan con una buena condición de salud o al menos que no tienen padecimientos incapacitantes, gozan de un estado de ánimo bueno, optimista y sin preocupaciones. Mientras quienes enfrentan padecimientos incapacitantes indican un estado

de ánimo triste, deprimido e inestable, acrecentado por preocupaciones derivadas de sus condiciones de salud, así como los tratamientos médicos que generan efectos secundarios y problemáticas familiares relacionados con el nivel socioeconómico como la carencia de una vivienda digna.

Concepciones de cuidado y cuidados en Costa Rica y los cambios en las formas de cuidar

2.3.1.5 Década 1980: “Asignaciones sostendrá 22 asilos de ancianos”⁶

Durante la década de 1980, aparecen diversas concepciones vinculadas a los cuidados de las personas adultas mayores. Es en este periodo cuando empiezan a establecerse los primeros mecanismos de protección de sus derechos, con acciones públicas y normativas que incorporan la obligatoriedad del cuidado, al hacer referencia a la protección social. Encontramos términos como “sostenerles”, “sustento” y “asilo”. Es reiterada la noción del derecho a un hogar para su cuidado y protección.

En las entrevistas, se considera que para esta década no existía educación en cuanto a derechos de la población adulta mayor. De los datos hemerográficos, se recupera también la noción del resguardo institucional, lo cual hace referencia a las responsabilidades asistenciales del Estado para albergar y dar cariño a estas personas, esto evidencia la confianza en la institucionalidad costarricense para esa época. Además, se introduce el concepto de lo integral, en donde se incluye la atención integral desde la medicina preventiva, los procesos de higiene y de terapia ocupacional, así como de los programas de atención y de los centros de cuidado. Esto forma parte de la inclusión/exclusión primaria que remite a los recursos básicos para el adecuado bienestar de la persona.

Así mismo, aparece el cuidado como acto condicional e injusto. Esto deriva en actitudes y prácticas que justifican el despojo de recursos, pensión o herencia, por la labor de cuidado de personas adultas mayores. También, se concibe el cuidado como limitado, por tratarse, para ese momento de espacios reducidos en infraestructura y con pocas condiciones para ejercer la labor de forma debida.

Por otra parte, se consideran los cuidados desde una perspectiva de la caridad y desde lo que se describe como “reclamos sin respuesta”, al utilizar las siguientes palabras: “piden”,

⁶ Titular de nota recabada de la sección Nacionales, Diario La Nación, 10 de enero de 1980, p. 8A.

“necesitan”, “no ocurre”, “ayuda”, “aislado”, “separados” e incluso se denuncia que la policía misma no atiende casos de violencia o abandono de personas adultas mayores. Son repetidas las informaciones que remiten a jóvenes hostigadores quienes no atienden las necesidades de cuidados de las personas mayores, demandando la regulación y vigilancia institucional.

Por su parte, para los casos entrevistados prevalece el cuidado en casa para este periodo, porque era lo socialmente correcto: la persona adulta mayor se atiende en casa por la familia, no por terceras personas.

2.3.1.6 Década 1990: “Familias no pueden cuidar a sus ancianos”⁷

Las concepciones de cuidado/cuidados encontradas en las notas periodísticas, se vinculan nuevamente a la inclusión/exclusión primaria y remiten a posicionar el derecho a la atención igualitaria, independientemente de si se cuenta o no con recursos económicos, sino por el hecho de merecer una existencia digna. Dentro de las demandas de atención, destaca la necesidad de contar con más “hogares de ancianos” y centros diurnos que permitan un envejecimiento acompañado de atención médica y con seguimiento de la salud de las personas usuarias de esos servicios, dentro de un ambiente de protección y cuidados, pero sin llegar a la sobreprotección; dicho de otra manera, se advierte la necesidad de alternativas de cuidados y apoyos que permitan a las personas mayores mantener su autonomía.

Otra de las categorizaciones construidas con los resultados hallados en la revisión hemerográfica sobre cuidados para esta década, refiere a la desigualdad presente en las formas de protección y cuidados de esta población. Esto se da en tres vías: en la necesidad de garantizar el seguro social para toda persona adulta mayor; la urgencia de ampliar las pensiones a quienes no tienen y, por primera vez, se habla del cuidado privado como un potenciador de las desigualdades.

Al igual que en la década anterior, se resalta la necesidad de contar con una atención integral en salud, por medio de atención biopsicosocial, de acciones preventivas a lo largo de la vida en hombres y mujeres, además, de la necesidad de programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Estas consideraciones se realizan a la luz de las

⁷ Titular de nota recabada de la sección Actualidad, Diario La Extra, 9 de mayo de 1999, pp. 16-17.

proyecciones poblacionales que consecuentemente demandarían una respuesta institucional más eficiente.

Los datos recabados de notas periodísticas en este periodo entrevén la amenaza de abandono latente a la que se enfrentan las personas mayores, así como la falta de adecuación de los espacios públicos para que las personas adultas mayores puedan hacer uso de estos de forma óptima y segura.

Un aspecto relevante a considerar es que en esta década surge el componente institucional como protagonista para cubrir las demandas de protección de la población adulta mayor. Por ejemplo, se da el posicionamiento del cuidador(a) institucional y de sus necesidades de capacitación técnica para lograr la sensibilización y el conocimiento de aspectos de salud necesarios para el trabajo con personas mayores. Asimismo, en cuanto a aspectos institucionales, se demanda la necesidad de vigilancia por casos de malversaciones de fondos al hacer uso de las pensiones de las personas mayores en los asilos.

Es en este momento cuando aparecen las primeras alertas de fortalecer el sistema de pensiones, pues se visualiza la desprotección a la que se enfrentan las personas mayores sin ese derecho. Posteriormente, para la siguiente década es cuando se conjugan esfuerzos para ampliar la cobertura de los distintos regímenes de pensiones.

2.3.1.7 Década 2000: “Sida ya alcanza a los ancianos”⁸

Para este periodo, se retoma la obligatoriedad del cuidado por parte del Estado, al considerarse que este debe asumir las responsabilidades vinculadas con las demandas de cuidado de la población adulta mayor, incluidos los procesos de mejora, las inversiones necesarias para la atención, la creación de legislación especial ante las proyecciones de población y la urgente creación de una política nacional de envejecimiento de cara al aumento de personas mayores en Costa Rica.

Continúa, al igual que las décadas anteriores, una concepción del cuidado como derecho, que confiere el deber de darle a las personas mayores la atención necesaria por medio de un trato preferencial, esto como forma de resarcirles por sus aportes a lo largo de la vida. Vinculado a

⁸ Titular de nota recabada de la sección País, Diario La Nación, 22 de setiembre de 2002, p. 10A.

esto, se menciona la necesidad de protección o salvaguarda de las personas mayores ante las amenazas latentes de agresión, violencia y abandono familiar e institucional.

Surge por primera vez información referente a la economización de los cuidados, por medio de los cálculos de los costos de atención de cada persona mayor que los requiere, esto se vincula nuevamente con los mecanismos de inclusión/exclusión primaria. Se destaca la necesidad de ampliar la atención en salud hacia una integralidad que incluya la atención psicosocial y fomente la preparación y sensibilización de profesionales en áreas como: nutrición, recreación y salud con perspectiva de género para generar avances hacia la equidad. Al igual que en la década anterior, se demanda la creación de la política nacional de envejecimiento de cara al aumento de población adulta mayor, haciendo referencia no solo a la población costarricense, sino al panorama demográfico de América Latina y a la no previsión de cuidados prevaleciente en la región para ese momento.

Las condiciones limitadas de infraestructura para la atención de poblaciones mayores siguen siendo objeto de señalamiento en la prensa escrita, se señala la deficiente capacidad instalada para dar atención adecuada a esta población y la falta de respuesta ante las listas de espera para el ingreso a centros de cuidado y hospitales. También, se retoma el tema de la necesidad de contar con cuidadores y, personal institucional en general, sensibilizado para la atención preferencial de personas mayores.

Como parte de los resultados hemerográficos, se mencionan los “descuidos” causantes de tragedias como es el caso del incendio en un albergue de personas mayores en Tilarán que dejó enormes pérdidas, 17 personas adultas mayores fallecidas a causa del suceso (Villalobos, 20 de junio de 2000). Ante estas situaciones, se intenta sensibilizar a la población apostando por el sentido de caridad, solicitando colaboración para una “noble causa” en apoyo a quienes no tienen recursos para solventar sus necesidades, omitiendo el sentido de corresponsabilidad que conlleva.

Otros asuntos que caracterizan este periodo tienen que ver con la necesidad de generar consciencia en la población por los crecientes casos de negligencia donde corren peligro las personas mayores. Además, se señala la necesidad de formular un código de protección para las personas mayores, facilitar la tramitación del carné de ciudadano(a) de oro por medio de reducción de trámites, la responsabilización del Ministerio de Hacienda de la no derivación de los recursos asignados para la atención de estas poblaciones. Y, como parte de la

transformación del perfil epidemiológico de la población costarricense, se demandan nuevos mecanismos de atención para la población adulta mayor con VIH.

2.3.1.8 Década 2010: “Pacientes de Alzheimer piden más acceso a fármacos”⁹

En el periodo más reciente de estudio, se identifica mediante las notas periodísticas el enfoque de inclusión/exclusión primaria, por referirse al tema del tratamiento de cuidados dirigidos a la población adulta mayor desde la obligatoriedad del Estado de asumir y mantener de manera eficiente los programas implementados como la red de cuidado, por medio del trabajo intersectorial, las políticas específicas, la formación especializada, las campañas de concientización y de cobertura universal, así como las de vacunación contra la gripe estacionaria.

Este panorama permite vincular algunas respuestas obtenidas en las entrevistas por parte de personal encargado del manejo de centros de atención, quienes consideran el cuidado institucionalizado como una oportunidad donde las personas mayores encuentran amplia oferta de actividades para disfrutar junto a sus pares y donde, además, pueden encontrar personal capacitado para servirle y apoyarle con paciencia. Algunas personas mayores identifican al centro de cuidado como su lugar de salvación, algo que se puede listar en la categoría de inclusión/exclusión auto referida: “Tal vez no sería el adecuado, pero de todas maneras es el mejor” (“Joaquín”, comunicación personal, diciembre 2017).

La publicación de noticias relacionadas con la agenda de salud menciona la importancia de basar las acciones en el respeto a los derechos humanos y desde un sentido de responsabilidad social hacia la población mayor. La línea de manejo en temas de atención integral continúa y se amplía para proponer la conformación de redes de atención geriátrica a nivel comunitario y se proponen acciones desde la actividad física y la formación en buenas prácticas de alimentación para permitir la integración social entre grupos etarios y entre los géneros.

Al igual que en las dos décadas anteriores, la preocupación por las proyecciones de demanda de protección para estas poblaciones prevalece y, pese a las limitaciones de la capacidad instalada, se apuesta por el uso de nuevas tecnologías y la adecuación de servicios a problemas diferenciados como los diferentes tipos de demencias. En cuanto a esto, se señala

⁹ Titular de nota recabada de la sección Aldea global, Diario La Nación, 19 de setiembre de 2010, p. 17A.

también la insuficiencia de fármacos para enfrentar de manera efectiva la demanda de las poblaciones mayores.

En este periodo son explícitas formas de maltrato que en décadas no fueron consideradas, por ejemplo, el maltrato patrimonial y emocional. Personas prestatarias de servicios entrevistadas, señalan, además, que esto se debe al cambio en las formas de cuidar a partir de los criterios de protección social dictados por CONAPAM, y probablemente a que en la actualidad hay más consciencia, más información y educación sobre cuidados y, por lo tanto, más respeto hacia los derechos de las personas mayores (inclusión/exclusión auto referida).

Mientras en las décadas anteriores sobresalía en las notas de prensa la necesidad de fortalecer al personal cuidador institucional, en esta se encauza la propuesta hacia la preparación familiar para el cuidado de personas adultas mayores. En este punto, cabe ubicar las declaraciones de las personas cuidadoras entrevistadas en la categoría de inclusión/exclusión auto referida, pues cuatro de ellas no consideran el cuidar de otra persona como un trabajo al estar condicionado a factores sentimentales: “Yo no tuve papá ni abuelo, por eso veo en mi suegro una figura paterna. Todos podemos cuidar, pero depende del querer, del amor. Nunca creí llegar a hacer las tareas que realizo ahora.” (“Amalia”, comunicación personal, diciembre 2017).

La información hemerográfica recabada revela, de nuevo, casos de violencia patrimonial en instituciones de atención, es por esto que se señala la necesidad de concientización de personas jóvenes y adultas sobre estas formas de violencia que ocurren de manera más solapada, para generar cambios en la cultura hacia la fiscalización de los recursos otorgados para el trabajo con esta población.

Coincidiendo con la década anterior se visibiliza el cambio en el perfil epidemiológico y sus implicaciones como la urgencia de ampliar y adecuar la oferta de servicios en el campo de la geriatría y gerontología, la inclusión de cuidados médicos en la cotidianidad de las personas cuidadoras y, el uso de nuevos dispositivos, así como tecnologías para la atención.

Nuevos requerimientos en las formas de cuidados

Para lograr responder uno de los objetivos de esta investigación, específicamente describir los cambios socioculturales relacionados con las formas de cuidar, se abordó en las entrevistas un segmento de preguntas dirigidas a comprender la labor cotidiana de cuidar a una persona adulta mayor actualmente. Esto incluye las actividades diarias de cuidados que se deben

realizar y el peso que estas pueden representar, además de su vinculación (o no) con las tareas domésticas, con el fin de evidenciar las vulnerabilidades frecuentemente invisibilizadas, a las que se enfrenta la población cuidadora.

La comprensión, orientada a describir el sentido de la interpretación que tiene una persona cuidadora sobre sus acciones cotidianas, abre la posibilidad de abordar el cuidado de personas adultas mayores como un hecho social afectado por diferentes manifestaciones.

Las consideraciones relativas al cambio social y cultural relacionado con las formas de brindar cuidados recabadas en las entrevistas, indican que las formas de cuidar sí han cambiado en el tiempo, en tanto, las personas adultas mayores señalan que los cambios se notan en el aumento de hogares para personas adultas mayores, así como en programas que otorgan beneficios a esta población.

Con el fin de ahondar en la implicación que tiene el ejercicio de las tareas de cuidar de una persona adulta mayor, el Cuadro 7 resume las actividades diarias, de intervención parcial o total que debe asumir una persona cuidadora.

Cuadro 7. Actividades diarias realizadas por las personas cuidadoras según el tipo de intervención requerida en cada caso.

Tipo de intervención	Tipo de cuidado	Osa	Turrialba	Curridabat
Parcial	Cuido privado	Vestido, acompañarle a caminar, actividades recreativas como sembrar plantas.	Vestido, controles médicos y alimentación.	Actividades recreativas, de acompañamiento, apoyo emocional y suministro de medicamentos.
	Cuido público	Alimentación, controles médicos, traslados y acompañamiento.	Alimentación	Preparación de alimentos y diligencias.
	Cuido familiar	Baño, vestido, curaciones y apoyo emocional.	(Todas las labores son totales)	(Todas las labores son totales)
Total	Cuido privado	Preparación de alimentos y suministro de medicamentos.	Preparación de alimentos, suministro de medicamentos, acompañarla a actividades	(Todas sus tareas son parciales)

			recreativas como ir a misa a diario, labores domésticas.	
	Cuido público	Baño, vestido, necesidades fisiológicas, suministro de medicamento y curaciones.	Baño, vestido, suministro de medicamentos, actividades de estimulación, apoyo emocional.	Preparación de alimentos, acompañamiento, apoyo emocional y apoyo en superación de alcoholismo.
	Cuido familiar	Preparación de alimentos y acompañamiento a control de citas.	Actividades de estimulación, vigilancia de la pensión del AM, todas las labores de higiene y cuidado personal excepto cortar las uñas por temor a cortarlo.	Baño, vestido, necesidades fisiológicas, alimentación, suministro de medicamentos, curaciones, terapias, controles médicos, estimulación y apoyo emocional.

Fuente: Elaboración propia con datos recabados en entrevistas a cuidadoras(es).

Como se ilustra, las actividades de intervención parcial o total son variantes entre uno y otro caso, teniendo que ver directamente con el grado de dependencia que tiene la(s) persona(s) a la que se orientan las acciones de cuidados. En el caso de personas con altos grados de dependencia las personas cuidadoras de los casos familiares de Turrialba y Curridabat ejercen todas las labores de forma total, mientras en los demás casos hay alternancia entre labores de intervención parcial y total, ya sea porque son distribuidas con otras personas cuidadoras o porque los niveles de dependencia de la persona que requiere cuidados le permiten la realización de las demás tareas.

De las actividades que se describen, se indaga sobre las percepciones de las personas cuidadoras en cuanto a las actividades realizadas como parte de sus funciones cotidianas: las que demandan más tiempo, las más agotadoras, las más riesgosas y la consideración en torno si las labores domésticas deben ser parte de las labores de cuidados o no. Estos resultados se describen en el Cuadro 8:

Cuadro 9. Percepciones de las personas cuidadoras sobre las labores de cuidados, según caso.

Percepciones	Tipo de cuidado	Osa	Turrialba	Curridabat
Labor que conlleva más tiempo	Cuido privado	Acompañarla a caminar.	Al efectuar las labores domésticas.	Al realizar actividades de estimulación.

	Cuido público	Durante el suministro de medicamentos.	Las labores de baño y vestido.	Al preparar alimentos.
	Cuido familiar	Al acompañarle a citas.	Al llevar a cabo labores de higiene personal.	Durante el momento del baño.
Labor más agotadora, que produce mayor cansancio	Cuido privado	No le cansa ninguna actividad.	El baño es un momento tenso y estresante.	Ninguna actividad le genera cansancio.
	Cuido público	“Ninguna porque cuando te gusta lo que haces yo no veo como que uno se canse” (“Emma”, comunicación personal, diciembre 2017).	Durante el momento del baño.	Ninguna actividad le genera cansancio.
	Cuido familiar	Las relacionadas con el trajín de la mañana (desayuno, baño, vestido, lavar la vasenilla).	Vigilarle y protegerle del maltrato de su cuñado hacia su suegro.	Labores domésticas: “cuando termino con él yo ya estoy cansada y a empezar con lo de la casa” (“Vilma”, comunicación personal, enero 2018).
Labor más riesgosa	Cuido privado	Acompañarla a caminar.	Salir con ella a la calle porque no le gusta agarrarse (de la mano) y cruza las calles sin avisar.	Durante el suministro de medicamentos.
	Cuido público	Al llevar a cabo el suministro de medicamentos.	Al efectuar la labor de baño y vestido.	No considera ninguna actividad como riesgosa.
	Cuido familiar	Traslado de un lado a otro por el riesgo de lesiones.	Cortarle las uñas	La limpieza de la casa por sus problemas de salud.
Las labores domésticas como parte de las labores de cuidados	Cuido privado	No deben estar incluidas.	Deberían ser aparte.	Deben ser aparte.
	Cuido público	Deben ser independientes de las labores de cuidado.	Deberían ser aparte.	Las labores de cuidado deben ser parte de las tareas domésticas y la familia las debe asumir.
	Cuido familiar	Deberían ser aparte, pero si tocan, hay que asumirlas,	Deben ser aparte.	Deben ser aparte, le gustaría tener apoyo en las

				labores domésticas.
--	--	--	--	---------------------

Fuente: Elaboración propia con datos recabados en entrevistas a cuidadoras(es).

En cuanto a las labores que más cansancio les genera, llama la atención que hay cuatro personas cuidadoras remuneradas (dos de servicios públicos y dos de servicios privados en Osa y Curridabat) de las nueve entrevistadas, que consideran que ninguna de las actividades les genera cansancio, por el contrario hablan de la satisfacción emocional que les produce el cuidar de otra persona, mientras que en los casos de cuidado familiar sí se reconocen actividades que causan cansancio como lo son las labores domésticas y de atención durante las mañanas (baño, desayuno, aseo). En el caso de cuidado familiar en Turrialba se destaca como actividad que ocasiona más cansancio, la vigilancia y protección de la persona mayor que se cuida ante los maltratos de uno de sus hijos.

También existen coincidencias en las percepciones sobre las labores más riesgosas en dos grandes ámbitos: las actividades relacionadas con la movilidad de las personas mayores dentro y fuera de su espacio de habitación, especialmente con las personas que tienen algún padecimiento que limita sus capacidades físicas y/o cognitivas y, las actividades relacionadas al suministro de medicamentos, las labores de cuidado e higiene personal.

Con respecto a la interrogante de si las labores de cuidado deben ser parte de las labores domésticas, en todos los casos se consideró que deben ser independientes ambas labores, con excepción del cuidador público del cantón de zona urbana quien señaló que las tareas de cuidado deberían ser parte de las tareas domésticas y ser asumidas por las familias.

Por otra parte, en cuanto a los cambios en las formas de cuidar, las personas entrevistadas en el cantón de Turrialba, señalan que los cambios obedecen al acceso a la información y, coinciden en que las facilidades tecnológicas permiten a las familias tener mejores herramientas para cuidar a las personas mayores. Esto se ejemplifica en el caso de servicios privados de cuidado en este cantón donde la cuidadora señala no haber recibido capacitaciones sobre cuidados, a pesar de tener 14 años de experiencia trabajando como cuidadora de personas mayores y en particular con personas con Alzheimer. Ella reconoce que realiza un trabajo autodidacta investigando por medio de internet.

Además de las nuevas tecnologías aplicadas a la búsqueda de información sobre los cuidados, la información recabada evidencia el compromiso de diferentes instituciones que aportan a la

generación de conocimiento por medio de la apertura de cursos y capacitaciones en temas de envejecimiento y cuidados, tal como se ilustra en el cuadro siguiente:

Cuadro 10: Capacitaciones en temas de cuidados, según casos.

Caso	Persona entrevistada	Osa	Turrialba	Curridabat
Caso público	Cuidadora:	Participó en programa de capacitación de la CCSS en Pérez Zeledón, capacitación de cuidados especiales para pacientes encamados.	Ha recibido capacitación en temas de autocuidado de las cuidadoras, tratamiento de encamados, envejecimiento, tratamiento de pacientes con alzheimer.	Curso de cuidador en la UNED hace 8 años solamente. Considera que la capacitación de una persona cuidadora debe ir enfocada en el desarrollo de la paciencia, tolerancia y amor.
	Prestataria:	En UNED curso de año y medio para cuidadores, luego uno de 6 meses para atención de personas con Alzheimer y otras demencias, en esta capacitación estuvo todo el personal. Curso de limpieza profunda. Han contado con el apoyo de FECRUNAPA y el INA en otras ocasiones. Dan capacitaciones al personal un día al mes.	Capacitación de asistente de pacientes de Universidad Católica, técnico de primeros auxilios INA, especialista en psicología del dolor y cuidados paliativos. El personal asiste a una capacitación al mes coordinada por FECRUNAPA a nivel provincial y ha asistido a diversas capacitaciones de la CCSS sobre autocuidado, envejecimiento, alzheimer y psicología del dolor.	Ha recibido capacitación de administración de centros de cuidado, pero hace mucho tiempo. Se encarga de coordinar con instituciones.
Caso privado	Prestataria:	Formación médica y capacitaciones constantes en temas de manejo del dolor.	Ha recibido capacitaciones en JUPEMA sobre tratamiento de encamados, movilizaciones y el proceso de	No ha recibido capacitaciones en temas de cuidados, pero coordina capacitaciones para el personal.

Caso	Persona entrevistada	Osa	Turrialba	Curridabat
			envejecimiento. En la CCSS sobre nutrición, cuidados físicos fisioterapia. En COOPENAE sobre los cuidados del cuidador.	
	Cuidadora:	No ha recibido capacitaciones. Señala que las cuidadoras deberían recibir capacitaciones en temas de alimentación para la PAM según sus padecimientos y en formas de apoyo y de relaciones interpersonales.	No se ha capacitado en los últimos años a pesar de que tiene gran experiencia trabajando con pacientes con alzheimer, ha investigado por internet.	Ha recibido capacitaciones coordinadas por FECRUNAPA de diversos temas vinculados al envejecimiento, ejercicios físicos y salud ocupacional.
Caso familiar	Prestataria:	Médico, coordinador de la Clínica del Dolor.	Tiene muchos años de no recibir capacitación en temas relacionados con la PAM.	Médica especialista en cuidados paliativos.
	Cuidadora:	No ha recibido capacitaciones.	No ha recibido capacitaciones en temas de cuidados.	No ha recibido capacitación de cuidados ni conoce programas de capacitación.

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados en entrevistas.

En el caso de Curridabat, los cambios socioculturales que se reconocen van vinculados a la ampliación de normativa para la protección social de las personas mayores, por ejemplo, el prestatario de servicios del centro público de este cantón señala que los criterios universales de bienestar y cuidado de la persona adulta mayor han permeado en la sociedad.

Los cambios socioculturales que inciden en la demanda de cuidados, hacen que los centros de cuidado deban adecuar su oferta de servicios. Los datos evidencian que en los centros de cuidado desde sus inicios se contaron con servicios básicos de atención como medicina, enfermería y

nutrición; sin embargo, es reciente la ampliación en la oferta de servicios, por ejemplo, la prestataria de servicios del centro público de cuidados del cantón de Osa, señala que es hasta hace dos años que se ofrece Terapia Física y Trabajo Social, hace un año se brinda terapia recreacional y ocupacional y, en el mismo periodo se empezó a trabajar por medio de un equipo interdisciplinario conformado por la enfermera, la psicóloga, la trabajadora social y el médico para la atención de la población mayor que habita en el hogar.

Por otra parte, todas las personas cuidadoras entrevistadas señalaron sentir satisfacción con las labores de cuidados brindados; sin embargo, reconocen las cargas generadas por esos procesos. Tal es el caso de “Karla”, cuidadora de 34 años, quien cuenta con educación primaria completa, trabaja de forma remunerada en labores de jardinería y artesanías, es madre de una hija y un hijo adolescentes beneficiarios de becas del programa Avancemos. “Karla” cuida sola a su madre de crianza con discapacidad física, quien cuenta con una pensión del régimen no contributivo y es sujeta de beneficios de la red de cuidado.

“Karla” menciona sentir satisfacción por las labores de cuidado que realiza, pero al mismo tiempo disgusto por no tener el apoyo de nadie más. En la siguiente cita, ella describe la situación de violencia patrimonial ejercida por otras dos hijas, afectando a su mamá y a ella misma:

La cuida desde hace como 10 años, pero dos años que me fui a trabajar (a San José) y vino dos hijas de ella... se vinieron a cuidarla, pero la dejaron botada. O sea, dijeron que no más, estuvo una aquí y le dijo que, si no le daban el lote, si no se lo ponía a nombre de ella, no la cuidaba más, el marido le dijo a mi tía. Entonces ellas no la cuidan más y la dejaron y me dijeron que viera yo que hacía, entonces yo me tuve que volver a venir aquí. Mi tía vino y se encargó de echarme de mi casa para meterse ella, cuando ella se fue yo tuve que volver a meterme. (“Karla”, comunicación personal, noviembre 2017).

Otro ejemplo del reconocimiento de las cargas de las labores de cuidados y las implicaciones que estas tienen en la vida familiar, se encuentra en el relato de “Raquel”, cuidadora formal contratada por servicios privados para la atención de una paciente con Alzheimer. Ella tiene 37 años de edad, es soltera, sin hijos y cuenta con estudios secundarios completos, además, tiene 14 años de experiencia en tareas de cuidados dirigidas a personas mayores. Ella señala:

A veces me siento tan aburrida y tan ahuevada que yo decía “Dios mío ¡qué vida tan aburrida llevo yo!” Yo no salgo. Entonces digamos, yo salgo a medio día (sábados), si tengo que ir a hacer algún mandado voy, bajo a la casa, llego a la casa y ya me quedo ahí todo el fin de semana, paso todo el día con ellos (sus padres). (“Raquel”, comunicación personal, diciembre 2017).

Ella señala que su mayor preocupación es que no puede apoyar el proceso de curación ni dedicarles el suficiente tiempo a sus padres adultos mayores, pues trabaja triple jornada cuidando a otra adulta mayor con padecimientos neurodegenerativos, sus labores incluyen dormir en el lugar de trabajo. Le preocupa la salud de su madre que va en deterioro y es diabética “no declarada”, lo cual significa que no requiere de inyecciones de insulina. Este ejemplo evidencia la situación desventajosa y de vulnerabilidad emocional a la que se puede enfrentar una persona cuidadora, aún cuando sus labores sean desarrolladas desde la formalidad.

La información recabada con relación con las dinámicas de cuidados y sus cambios a través del tiempo permite evidenciar que atravesamos un momento de crisis de los cuidados, debido a la falta de sensibilización de la población joven y adulta con respecto al tema del envejecimiento, así como la falta procesos de integración intergeneracional. En este sentido, “María”, administradora del Hogar de ancianos de Palmar Sur, señala:

Los jóvenes que vienen es a cumplir responsabilidades de TCU, investigaciones, proyectos, no por convicción, no hay sensibilización. Creemos que la mejor herencia es el estudio y es algo trillado, no se prepara a los hijos para que los cuiden, las instituciones de educación no sensibilizan con respecto al amor y respeto hacia la población adulta mayor. Recibo en promedio dos llamadas diarias preguntando los procedimientos para ingresar, a veces es por la ley de la cosecha y la demanda, carencia de valores y principios por los que la población adulta mayor llega a ser un estorbo en este mundo tan capitalizado, porque no produce, llega a ser un estorbo. (“María”, comunicación personal, diciembre 2017).

En la cita anterior, la prestataria refiere a la ley de la cosecha y la demanda señalando que las familias justifican el internamiento de una persona mayor en un centro de cuidados por las malas acciones o las faltas que pueden haber cometido en el pasado, esto deja entrever que las responsabilidades de cuidado y afectivas no son asumidas de forma voluntaria si no que son asumidas en tanto hay una vigilancia que supone la obligación de cuidar o incluso, en tanto

hay una relación económica-patrimonial de por medio en la que se destinan los recursos de las personas mayores para el soporte de sus familias.

Las declaraciones de las personas prestatarias entrevistadas afirman enfrentarse a un fenómeno de grandes magnitudes para el que las instituciones no están preparadas para dar el debido abordaje. Hablamos de contextos cargados de estereotipos que pueden dar lugar a la discriminación de personas o grupos por razón de su edad, fenómeno que ha sido denominado como “gerontofobia” y que es considerado por la OMS como una forma de discriminación tan extendida como el sexismo y el racismo (OMS, 2016).

Esto puede ser ejemplificado con el relato de la cuidadora del caso familiar en Turrialba. “Andrea”, ella tiene 48 años de edad, es casada y madre de una hija y un hijo mayores de edad; realiza labores de cuidado de manera no remunerada dirigidas a su suegro. También es propietaria y única funcionaria de un salón de belleza ubicado en su casa. Además de cuidar a su suegro, aporta entre un 20% y 30% de sus ingresos para los cuidados de él. Su suegro requiere de cuidados permanentes, pues tuvo un derrame cerebral luego de una fuerte depresión por la muerte de su esposa.

En este caso, uno de los hijos que convive con el adulto mayor (cuñado de la cuidadora) no realiza labores de aseo en la casa y a pesar de ser el encargado de alimentar a su papá con discapacidad mantiene malos hábitos de alimentación y de higiene, lo cual genera consecuencias negativas en la salud del adulto mayor. Tiempo después de que esta situación se mantenía, llegó el momento cuando la cuidadora tuvo que alzar la voz, aun sabiendo que generaría la molestia de su cuñado.

Esta situación ocasionó una secuencia de desacuerdos en la familia por los cuidados de su suegro, “Andrea” señala que su cuñado ha puesto barreras para mejorar los cuidados de su propio padre; por ejemplo, se negó cuando surgió la necesidad de utilizarle pañales debido al gasto económico que esto genera, pues el cuñado trabaja como docente del Ministerio de Educación en zonas indígenas por temporadas cortas durante el año, o sea, no está nombrado de forma permanente y el resto del tiempo se mantiene con los recursos de la pensión de su papá, ante esto ella le advirtió que lo acusaría ante CONAPAM.

“Andrea” comenta acerca de las diferentes formas de maltrato de las cuales ha sido víctima su suegro por parte de su propio hijo, una de ellas es la violencia patrimonial: señala que su cuñado gastó 700 000 colones de la cuenta del padre, correspondientes a ahorros de su

pensión, en un periodo de un año aproximadamente, a pesar de que su suegro tiene cuatro hijos y una hija, ella es quien ejerce un papel fiscalizador y, por lo tanto, fue quien avisó de la situación. Además de su esposo, los demás hermanos aportan dinero, pero no se involucran de forma activa en las labores de cuidado.

Señala que cuando su cuñado era el encargado de cuidar a su suegro, lo mantenía en condiciones de abandono, ya que no le lavaba los dientes, no le adecuaba la dieta, le dejaba solo, además de someterlo a maltratos psicológicos incluso impidiéndole dormir. Acerca de las formas de maltrato indica que:

A veces yo llego y le está diciendo cosas feas, yo me quedo por el pasillo escuchando, un día de estos yo quería ir y yo dije “si yo voy y le digo algo, este muchacho se me va encima y me hace algo”, él le decía “¿qué es la majadería? seguro estás todo miado verdad, ¿eso es! Déjeme en paz, no sea necio papá, yo estoy aquí tranquilo viendo tele y usted no me deja, ¡ya!”. (“Andrea”, comunicación personal, diciembre 2017).

Señala sentir impotencia de que su cuñado conviva con el adulto mayor, porque a pesar de ser ella quien actualmente asume las tareas de cuidado, no tiene poder de decisión, pues no es su papá ni su casa. Desde que ella asume las tareas de cuidado, indica que la situación cambió por completo, ya que ella le proporciona las labores de cuidado, mientras cuenta con una muchacha contratada para colaborar con las labores domésticas; de esta manera, cumple a cabalidad sus necesidades de medicamentos, una dieta adecuada, artículos de higiene, entre otros. Ella realiza las labores de cuidado de forma alterna con las labores de administración de su propio salón de belleza, y las de reproducción de su hogar.

A pesar de esto, señala que las labores que realiza son menospreciadas por su cuñado. Por ejemplo, cuando se realizaban las reuniones familiares para organizarse en cuanto a los requerimientos de cuidados de su suegro, su cuñado le gritaba y la callaba. Ella indica que, desde años antes de asumir los cuidados de su suegro, su cuñado le hostigaba sexualmente por medio de llamadas telefónicas realizadas desde teléfonos públicos en las cuales le decía:

“te odio con todo el corazón, te quiero matar, te quiero ver muerta, me das asco, quiero hacer el amor contigo”... ha sido una lucha de todos, pero yo he sido la más afectada porque yo estoy ahí de necia (“Andrea”, cuidadora familiar de Turrialba, comunicación personal, diciembre 2017).

Señala categóricamente que, a pesar de las formas de violencia experimentadas como cuidadora, mientras ella esté presente se va a dedicar a velar por una vida y muerte digna para su suegro porque no soporta las formas de maltrato. Queda evidenciado entonces, cómo la mujer cuidadora puede ser víctima de distintos tipos de violencia durante las etapas de la vida, sin embargo, experimenta una doble carga emocional al soportar violencia hacia ella y a la vez ser testigo de la violencia ejercida hacia la persona adulta mayor que cuida y con quien comparte estrechos lazos afectivos.

Además, se evidencia que a pesar de las diferentes vías de denuncia que han venido en aumento en los últimos años, se requiere empoderar a las personas cuidadoras por medio de mecanismos de capacitación, especialmente en el ámbito informal familiar, ya que como en este caso, frecuentemente el peso de las labores de cuidados y sus consecuencias físicas y psicoemocionales recaen en los hombros de una sola persona del grupo familiar, la mayoría de veces sobre mujeres (hijas, esposas, nueras, etc.).

Los casos abordados mediante entrevistas, así como el análisis de revisión hemerográfica ejemplifican las diferentes manifestaciones de cómo se visibiliza la crisis de los cuidados, que se presenta históricamente como una “revolución silenciosa”, deriva de la salida de las mujeres de los hogares para reclamar su espacio en el mundo laboral, pero también es efecto del cambio de composición familiar que ha experimentado la sociedad costarricense en las últimas tres décadas.

Es necesario reconocer que las mujeres cuidamos a las personas que requieren cuidados, pero también a aquellas personas quienes pueden cuidarse y no lo hacen, por ejemplo, los compañeros, los esposos o todas las demás personas que sin ningún padecimiento físico son atendidas por las mujeres. A este respecto Teresita Ramellini, directora de la escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, participante del primer seminario investigativo vinculado a temas de género y envejecimiento, aporta lo siguiente:

Yo quisiera empezar diciendo que me parece excelente que haya crisis de los cuidados, porque si no hubiera esa crisis, no se potenciaría el cambio, porque estaríamos muy cómodos, cómodas (...) Entonces me parece buenísimo que la crisis se haya profundizado, para que nos permita hacer ese cambio (Teresita Ramellini, comunicación personal, abril 2017).

En medio del fenómeno de la crisis de los cuidados, se reconoce el síndrome del (la) cuidador(a) quemado(a) (o *burn out*) como uno de los padecimientos que puede afectar a cualquier persona cuidadora de otra dependiente, cuando es sometida a una carga de estrés prolongada. Con respecto a este concepto, las personas prestatarias entrevistadas reconocen el síndrome del cuidador quemado como uno de los padecimientos que frecuentemente se mencionan en sus contextos de trabajo, sin embargo, no reconocen haber tenido a cargo personal que haya manifestado síntomas de esta índole.

El síndrome del(la) cuidador(a) quemado(a) es identificado como uno de los padecimientos más preocupantes de la actualidad y del futuro inmediato, debido al aumento en la población adulta mayor a nivel mundial y a la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas en la población que demandan mayor oferta de personas dispuestas a cuidar (Barrantes, 2015).

La crisis de los cuidados implica reajustes en las dinámicas sociales al menos en estas tres vías: a) toca la estructura social patriarcal de la sociedad, por deconstruir y reconstruir la figura de las mujeres más allá del espacio privado familiar y de los mandatos sociales históricamente impuestos; b) desafía la realidad confesional del Estado costarricense, por la responsabilidad inevitable de integrar a la población LGBTIQ en las acciones enfocadas a proteger a la población mayor, reconociéndoles como sujetas de derechos también en su adultez mayor; c) toca las construcciones subjetivas de hombres y mujeres con respecto a los deberes de cuidado, autocuidado y de quiénes los deben asumir.

Vinculaciones y desvinculaciones intergeneracionales

Los resultados de las entrevistas señalan que la concepción de persona adulta mayor está estrechamente vinculada a su entorno y a las relaciones sociales que sostienen en su cotidianeidad, haciendo referencia a las categorías de inclusión/exclusión auto referida y de inclusión/exclusión hetero referida. En cuanto a esto, se señalan como primordiales las relaciones familiares, las relaciones PAM-PAM (de personas adultas mayores con sus pares), las relaciones de personas adultas mayores con personas prestatarias de servicios, y finalmente, aunque en menor medida, se identifica la relación entre las personas adultas mayores y otras (vecinos, vecinas, amigos y amigas, etc.).

En cuanto a las relaciones entre las personas adultas mayores, encontramos diferencias según el caso: en los de cuidado en hogares de estancia permanente, la persona adulta mayor

entrevistada señala que mantiene relaciones distantes tanto con las personas funcionarias como con sus compañeros. Mientras que en los de cuidado público en cantón rural, la persona mayor entrevistada, indica que mantiene muy buena relación con los compañeros, aunque años atrás tuvo una pelea con uno de ellos hasta llegar a los golpes, lo cual nos hace pensar en las diferenciaciones en las formas de socialización de las zonas urbanas, rurales y costeras, que pueden incluir maneras diferenciadas de entender y llevar el envejecimiento, según el entorno.

Las relaciones entre las personas cuidadoras y quienes requieren cuidados han sido objeto de estudio desde hace décadas. Los seminarios investigativos realizados con personas expertas, permitieron obtener luces en el tema de los cuidados paliativos. En estos se señaló que la atención brindada por la CCSS tiene como objetivo la atención al paciente y a la persona cuidadora, teniendo en cuenta las crisis emocionales y los procesos de duelo en los que la persona cuidadora pueden llegar a incurrir cuando fallece la persona a quien cuida.

Es así como en la relación cuidadora-paciente, ambas personas son abandonadas por sus familias en muchísimos casos, en tanto no pueden o se niegan a asumir y suplir necesidades de tipo económico, reproductivas y afectivas. Esto se evidencia en los casos analizados, ya que de las entrevistas realizadas en centros de cuidado permanente, ninguna persona mayor señaló ser visitada de manera frecuente por sus familiares, a esto se une la cifra aportada por la prestataria de servicios del hogar público de Osa, indicando que únicamente cuentan con el acompañamiento, una vez a la semana, de 4 o 5 familias de las 56 que tienen familiares en el hogar permanente.

En cuanto a las vinculaciones entre las personas adultas mayores y otras como vecinas o amigos, se identifica que aquellas quienes gozan de cuidado familiar en sus hogares tienen más acercamiento con otras personas, por ejemplo, doña “Cinthya”, adulta mayor de 68 años, ama de casa, sin hijos, con estudios primarios incompletos. Doña “Cinthya” cuida a su esposo adulto mayor de 72 años con cáncer terminal en su casa, en Tirrases de Curridabat. Ellos no tuvieron hijos, pero conviven con una sobrina de doña “Cinthya” quien no se involucra en los cuidados, tampoco en las labores domésticas, situación que causa que se recarguen las tareas sobre doña “Cinthya”.

Ella señala que algunos vecinos y vecinas muestran interés preguntando cómo está su esposo; sin embargo, tales muestras de preocupación o afecto no se traducen en apoyo como acompañamiento a citas o diligencias, o colaboración en tareas domésticas, por ejemplo. Sin

embargo, tiene el apoyo parcial de su cuñado quien le ayuda a realizar las tareas de cuidados más forzadas como las relacionadas con el baño o con el traslado de un lugar a otro.

Los factores identificados inciden en el estado de ánimo y por consiguiente en la autopercepción (inclusión/exclusión auto referida) de las personas adultas mayores y de sus cuidadoras. Uno de los factores que afecta el estado de ánimo de las personas mayores está relacionado con las actividades llevadas a cabo; así mismo, con las actividades que les gustaría realizar, pero que no las pueden hacer ya sea por sus condiciones de salud o porque no se les ofrece.

El nivel de participación de las personas mayores en los diversos ámbitos de su vida personal, familiar y comunal, tiene que ver directamente con su estado de ánimo. Dos ejemplos claros los encontramos en el caso de cuidado familiar en el cantón costero, donde se le hace partícipe de las actividades comunales a doña “Ana”, de 81 años de edad, casada, convive con su hija, un nieto y una nieta, a pesar de haber tenido siete hijos de crianza solamente una la cuida, lo que le causa un profundo sentimiento de abandono: “ninguno ve por mí, todos me abandonaron, cada uno cogió su camino, de mí no se acuerda ninguno” (doña “Ana”, comunicación personal, noviembre 2017).

Doña “Ana” enfrenta padecimientos de artritis y osteoporosis, lo que le ha afectado su movilidad impidiéndole caminar. Ella señala que poder volver a caminar es la única actividad que le gustaría realizar además de las que efectúa actualmente, como tejer, ver tele, escuchar radio y asistir a la iglesia. Por sus condiciones de salud, ella no puede trasladarse a las actividades religiosas a las que le gusta asistir, por ese motivo la iglesia le facilita un servicio de transporte tres veces a la semana; de esta manera, puede participar en un espacio donde comparte con personas de otras edades y goza de beneficios para su salud emocional. Este tipo de facilidades que pueden ser otorgadas por instituciones y grupos organizados son valiosas para integrar a las personas mayores con las actividades participativas de las localidades, estas estrategias pueden funcionar también como espacios de respiro y formas de apoyo para las personas cuidadoras, por ello es relevante tener mecanismos de ubicación y de acercamiento con las personas mayores, así como amplitud de opciones de participación para su disfrute e integración, considerando las especificidades culturales y étnicas.

El otro ejemplo de participación social de las personas adultas mayores se da en el caso de cuidado público en el cantón de Turrialba, donde don “Joaquín” mostró gran alegría al señalar

que le compuso una canción al programa televisivo “Con sello de oro” y otra al CONAPAM, cuyas líricas compartió en la entrevista:

Vengo muy gozoso a cantarles nuestro himno impregnado de emoción/ a este pueblo tan culto para darle testimonio de nuestra institución/ ya no somos los seres ignorados del gran conglomerado nacional/ hoy nos sentimos por fin reivindicados con los amigos del CONAPAM/ tanto en lo cultural como en lo recreativo, en esta institución se da la opción de que el adulto mayor tenga motivo de ser parte importante de la nación. (“Joaquín”, comunicación personal, diciembre 2017).

La autopercepción de las personas mayores también se encuentra estrechamente ligada a su historia de vida y la vivencia de sus padecimientos, en algunos casos relacionados con adicciones a sustancias, por ejemplo, en el caso de cuido público en Curridabat, el adulto mayor entrevistado, “Ricardo” de 74 años, soltero, padre de una hija adulta, con estudios de tercer grado de primaria, comenta algunos aspectos de su vida de niño que han determinado la vivencia de su etapa de adultez mayor.

Él relata sobre la migración de su lugar de origen, Quepos, a San José a la temprana edad de 12 años, valiéndose por sí mismo y escapando de la violencia que vivía en su hogar. Cayó luego en un problema de adicciones que en su etapa de adultez mayor pudo controlar con excepción del tabaquismo, con ayuda del centro de cuidados especializado en la atención de adultos mayores con problemas de alcoholismo. También recalca que los problemas de adicciones han sido recurrentes en su historia familiar, afectando a su hija, una nieta y un sobrino; considera que, de no haber sido aceptado en el centro de cuidados, estaría tirado en la calle:

Me fui de la casa a los 12 años porque mi hermano me pegaba. Cuando me fui de la casa me fui a vender verduras en el mercado y a jalar diarios, a veces me llevaba los diarios que me daban para llevar. Ya a los 14-15 años tachaba carros y robaba repuestos, luego me fui a tachar casas. Luego trabajé en bananeras, en labores agrícolas para el INA durante 3 años, pero tuve que dejar de trabajar a los 50 años por problemas en la columna y en una rodilla. (“Ricardo”, comunicación personal, enero 2018).

Por otra parte, Gerardo Zeledón, adulto mayor de 73 años, egresado del Instituto Técnico de Administración de Negocios, es socio fundador de la Asociación Albergue de Rehabilitación

para el Alcohólico Adulto Mayor Indigente hace 22 años y funge como administrador hace 12, considera que las adicciones pueden presentarse en la adultez mayor debido a la desocupación, él explica que:

Con respecto a lo del alcoholismo: mucha gente se pensiona a los 60 años y está en la casa con la señora y todo pero lee La Nación, ve televisión y luego de media hora se queda dormido, entonces opta por salir a las 10:30 p. m. o a las 11:00 p. m. ahí en el barrio, pero lo único que está abierto es la licorera, en la licorera se encuentra a dos o tres vecinos o conocidos o hacen sus amistades y ahora tiene una pensión regular que le alcanza para unos traguitos y entonces en tres años de pensión ya es alcohólico. (Gerardo Zeledón, comunicación personal, diciembre 2017).

Por su parte, las personas cuidadoras entrevistadas señalan la necesidad de que las personas adolescentes reciban mejor educación dirigida a sensibilizar y respetar a las personas mayores, así como la obligación de preparación en los grupos familiares para el cuidado de las personas mayores. Mientras tanto, las personas adultas mayores entrevistadas en su mayoría visualizan un panorama alentador de cara a los retos futuros, consideran que la situación puede mejorar; aunque algunas difieren en ese sentido, por ejemplo, doña “Cinthya”, adulta mayor cuidadora de su esposo con cáncer:

Si ahora no les ponen atención, menos en 10 años, el gobierno debería invertir para capacitar a las personas, para prepararlas para cuando se llegue el momento en que tengan que cuidar a un familiar, nadie está preparado para cuidar y menos a una persona adulta mayor. (“Cinthya”, comunicación personal, enero 2018).

El análisis de entrevistas y de la información hemerográfica permite señalar que las vinculaciones y desvinculaciones intergeneracionales se encuentran marcadas por los cambios en la estructura económica y en la transformación de los roles sociales, donde el tipo de relaciones socialmente valoradas como lo son las relaciones familiares (abuelo(a) – nieto(a), padres o madres- hijos(as), por ejemplo), las cuales se enfrentan a transiciones aceleradas debido a los cambios en las dinámicas familiares y a la propia transformación de sus estructuras. Por ejemplo, el paso de familias extensas a familias nucleares en las que se pierden los vínculos con las figuras de abuelos(as) o donde nunca llegan ni siquiera a existir; o en familias extensas donde conviven varias generaciones en un mismo hogar, pero no hay una integración entre ellas.

Finalmente, el *boom* del juvencentrismo y la sobreprotección de la población materno infantil desde las políticas públicas sin una perspectiva de integración intergeneracional desligada a todas luces del escenario sociodemográfico, son otros factores a considerar para la comprensión de los cambios socioculturales y la situación actual de los cuidados en Costa Rica.

Poblaciones específicas: LGBTIQ, en situación de abandono y calle, migrantes y personas sin redes de apoyo familiar o comunal

Las formas en las que se puede asumir la concepción de la adultez mayor y los procesos de envejecimiento, debido a su variabilidad y las distintas características estructurales que enmarcan las condiciones de vida, conducen a pensar en la renovación de relaciones y redes, pero también en nuevos acuerdos sociales desde los cuales se pueda sostener la necesidad de los cuidados que toda sociedad requiere.

La adultez mayor no solamente se comprende por la edad biológica si no por las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de salud a las que nos tenemos que enfrentar durante los procesos de envejecimiento. Hoy, son variadas las transformaciones que evidencian la urgencia de prever nuevos escenarios a futuro. Por ejemplo, actualmente vemos mujeres que deben enfrentar esta etapa sin tener derecho a un auto reconocimiento como tal, ya que permanecen sosteniendo roles productivos y reproductivos con sus hijas(os) y nietas(os). Esto también se puede vincular con grupos como la población LGBTIQ, en específico la población trans, que tiene un promedio de vida en América Latina de entre 35 y 41 años, debido a las condiciones de exclusión social, laboral, educativa, de salud, etc. que deben enfrentar (CIPAC, 2015). Esto refleja un envejecimiento heterogéneo caracterizado por un acceso diferenciado a oportunidades y participación, a relaciones de poder desiguales y, a experiencias culturales marcadas ideológicamente.

La orientación sexual y la identidad de género son factores con implicaciones en la calidad de vida de una persona a lo largo de su vida y especialmente cuando se llega a la vejez. Las consideraciones sociales y culturales otorgadas a la adultez mayor y a las vivencias no heteronormadas de orientación e identidad sexual, inciden en la manera en que son percibidas las personas:

Pensar lo contrario es un intento de “naturalizar” la discriminación social que sufren estas personas y, gays, lesbianas y transexuales deberíamos ser especialmente críticos con estos intentos, que por otra parte recogen argumentos que se han aplicado en

múltiples ocasiones contra nosotros. Lo joven no es más atractivo que lo viejo, depende de los valores que se impongan sobre esos dos hechos biológicos que, de por sí, no tienen mayor significado que ese, el puramente biológico. (Gimeno, s.f., p. 14)

En la actualidad, en países como España y Estados Unidos, está llegando a la vejez la primera generación de población LGBTIQ auto reconocida como tal y, debido a las presiones existentes en contra de la consolidación de sus derechos, no se tiene evidencia de políticas públicas que consideren su particularidad social e identitaria, lo que nos alerta ante el incremento, o mayor visibilización, de población gay, lesbiana y bisexual como parte importante de la población mayor en general (Gimeno, s.f.).

De igual manera, las demandas vinculadas a estas poblaciones son poco abordadas por los mismos movimientos que las reivindican: esto no por carecer de relevancia, sino porque se siguen centrando las luchas en asuntos de igualdad legal, derecho a la salud, no discriminación, etc. Empero, la discriminación por orientación o identidad sexual se agudiza en la vejez.

La vejez de las lesbianas y de los gays difiere entre sí en términos de las necesidades, el acceso a condiciones y servicios y confiere tratos diferenciados, por lo que resulta de vital relevancia la generación de estrategias de apoyo práctico y emocional a lo largo de la vida, mediante grupos de interacción y comunicación conducentes a generar espacios de protección frente a la violencia patriarcal, donde prime la seguridad y el respeto (Gimeno, s.f.; Serrano, 2002).

Actualmente, la tendencia de generación de políticas públicas procura abordar las especificidades de la población. Como parte de los esfuerzos necesarios para avanzar en esta vía, en 2015 el CIPAC publica la investigación “Situación de población adulta mayor LGBT en Costa Rica”, primeros datos de este tipo publicados en el país como parte de un proyecto de investigación que se llevó a cabo también de forma paralela en Panamá y El Salvador.

Ante la ausencia de respaldos para garantizar una buena calidad de vida para las personas adultas mayores no heterosexuales, las principales preocupaciones son el no reconocimiento de la orientación sexual o identidad de género en los centros de cuidado, el acceso a los servicios de salud adecuados y la estabilidad económica y de vivienda en su futuro (CIPAC, 2015). Existen barreras para el ejercicio de los derechos y el acceso a servicios de las personas LGBTIQ, por diferencias basadas en estereotipos que generan tratos

discriminatorios y derivan en desprotecciones que incrementan las situaciones de vulnerabilidad y desigualdad.

Otro sector de la población que presenta grandes desafíos en materia de envejecimiento y cuidados es el migrante. En la actualidad, se viven aumentos de crisis migratorias a nivel mundial y, Costa Rica, como país receptor y expulsor, no escapa a esta realidad. Nuestro país fue el anfitrión del Foro de Alto Nivel sobre Flujos de Migrantes en Situación Migratoria Irregular en las Américas, llevado a cabo en San José, los días 12 y 13 de setiembre de 2017, convocando a un total de veinte Estados participantes.

Este evento aportó en el reconocimiento de las necesidades de protección especial de las personas migrantes en general como parte del compromiso de cumplir con los objetivos de desarrollo sostenible en el ámbito migratorio. Se reconoció en este espacio que las tendencias migratorias internacionales actuales se caracterizan por la feminización del fenómeno y el aumento de menores no acompañados en los flujos migratorios, además, de población LGBTIQ y adulta mayor que obligada por factores como la pobreza, inestabilidad política, violencia y desastres naturales se ve forzada a emigrar (Presidencia de la República de Costa Rica, 2017).

Desde el año 2015 la región centroamericana ha enfrentado flujos migratorios que involucran a miles de migrantes extra-regionales, extra-continenciales y caravanas centroamericanas dirigidas a Estados Unidos (Presidencia de la República de Costa Rica, 2017). Sin embargo, parte de esas poblaciones encuentran acogida en Costa Rica, por lo tanto permanecen en el país y juegan un papel primordial en la oferta disponible para abarcar diferentes labores; una de ellas las relativas a solventar los cuidados de las distintas poblaciones (infantil, con discapacidad, mayores).

Sin embargo, parece perderse de vista que estas personas también envejecen y que una parte de ellas no cuenta con redes de apoyo familiar para afrontar las necesidades derivadas de su envejecimiento. Cabe mencionar, también, a los grupos de personas inmigrantes adultas mayores que cada año abandonan sus lugares de origen buscando mejores condiciones de vida y que, por tanto, enfrentan condiciones desventajosas y de exclusión, con implicaciones directas en las condiciones de salud y de bienestar social.

Es necesaria la formulación de políticas sociales dirigidas a regularizar la situación laboral de la población migrante, pues de esto depende en buena medida garantizar las condiciones de

vida y de salud que pueda tener en su etapa de adultez mayor. Aunado a esto, las personas migrantes, en su inmensa mayoría, tienen la obligación de generar recursos no solamente para su subsistencia, si no para el envío de remesas a sus lugares de origen, esto significa una disminución importante en los recursos que tienen para invertir en su protección social a largo plazo.

La manera en la que una persona concluye su etapa laboral tiene un peso enorme en la autoconstrucción de ella como persona; es decir, no se vive igual la adultez mayor si la etapa laboral culmina sin acceso a seguro social, o la garantía de una pensión, o si se vio interrumpida por un accidente o una enfermedad, a diferencia de si se concluyó de manera satisfactoria con una jubilación y gozando de buenas condiciones de salud y materiales.

Un problema que surge con el incremento de población adulta mayor y la no corresponsabilidad de sus cuidados es el abandono y maltrato de estas poblaciones. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define el abandono como: “La falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral” (citado en CONAPAM, 2017, p. 9). De acuerdo con datos de CONAPAM, desde 2016 a 2018, se identificaron 678 casos de personas adultas mayores en situación de calle o abandono, la mayoría logran ubicarse en centros de cuidados para su atención, sin embargo, permanece una lista de aproximadamente 180 personas esperando solución a su abandono (Recio, P. 10 de agosto de 2018).

El abandono de personas adultas mayores es una clara expresión de maltrato y violencia, pero también de una sociedad gerontofóbica que se resiste a asumir las responsabilidades que conlleva el envejecimiento poblacional. Es hasta 2017 que la junta rectora de CONAPAM aprueba el documento, de acatamiento obligatorio, denominado: “Procedimientos y criterios para la atención y el cuidado de personas de 60 años o más, agredidas y/o abandonadas y de 65 años y más, en condición de pobreza, dependencia, vulnerabilidad y abandono”, el cual dicta los pasos a seguir para gestionar la atención de personas adultas mayores por medio de referencias que realicen otras instituciones gubernamentales o no gubernamentales (como Fuerza Pública o Cruz Roja, por ejemplo), o por medio de la atención directa de CONAPAM. Antes de la aprobación de este protocolo, el único abordaje ofrecido para la población mayor en situación de abandono era el del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl

Blanco Cervantes (I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, 2008).

Las aceleradas dinámicas sociales y las formas de vida cada vez más individualistas a las que nos enfrentamos, especialmente en los sectores urbanos, derivan en la disminución de estructuras y de redes de apoyo capaces de brindar contención a las personas mayores. Como se analizará más ampliamente en el próximo capítulo, la población costarricense presenta índices de fecundidad con tendencia a mantenerse disminuidos, por lo tanto resulta urgente desarrollar estrategias dirigidas a las personas solas o sin familiares cercanos que respondan a sus necesidades de cuidados en la etapa de adultez mayor.

Al trabajar interinstitucionalmente y desde un enfoque de transdisciplinariedad en la construcción de redes de apoyo, se abordan las particularidades de diversos sectores y se puede dar un giro hacia formas de convivencia e integración que coadyuven en los sistemas de cuidado que la sociedad tendrá que construir a futuro, lo que permite perfeccionar el tratamiento de las demandas: “Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.” (CONAPAM, 2017, p. 7).

La atención de necesidades específicas de las poblaciones adultas mayores debe ir dirigida a un cambio paradigmático basado en un enfoque de derechos que priorice a la persona. Esto solamente puede llevarse a cabo por medio de un abordaje integral (biológico, psicológico, legal y social) y transdisciplinario que derive en nuevas formas de cuidados y apoyos que promuevan la autonomía de las personas (CONAPAM, 2017). Este tipo de abordaje toma especial relevancia ante la urgencia de atender el aumento en casos de abandono y maltrato hacia las personas mayores.

Síntesis analítica de los cambios socioculturales sobre el envejecimiento y los cuidados

A lo largo de las últimas tres décadas es posible identificar una diversidad de concepciones vinculadas a las personas adultas mayores. Estas nociones son plurales en cuanto a los cambios en las formas de composición familiar, grupos etarios variables, la urbanidad-ruralidad, la visibilización de las diversidades y las construcciones culturales degradantes que

se mantienen a lo largo de las décadas, las cuales evidencian una naturalización de las estructuras de violencia (simbólica, patrimonial, física, etc.).

Los estereotipos que reproduce la prensa como parte de la agenda informativa colaboran en la legitimación de imaginarios sociales. El lenguaje conlleva a categorías con significados asignados que fortalecen un sistema de jerarquías basado en el sexo, el género, la edad y la clase social. Los imaginarios funcionan también para crear necesidades nuevas, hacia mecanismos de inclusión y exclusión que desmovilicen y transformen lo simbólico, así como sus prácticas institucionalizadas y, en cuanto a esto, no podemos perder de vista el poder de los medios de comunicación para construir una imagen de mundo que toma fuerza a nivel del imaginario colectivo.

Los esfuerzos por generar marcos de protección más amplios para la población adulta mayor precisan reconocer y dar protección social a las personas cuidadoras, quienes tienen que asumir en soledad las cargas físicas, emocionales y hasta económicas que conlleva el cuidar de una persona adulta mayor. Así mismo, existen vacíos de democratización de la oferta educativa y de capacitación, de participación política, así como de la divulgación de políticas públicas que puedan favorecer las dinámicas de cuidado en corresponsabilidad aliviando las cargas.

Como conclusión, las políticas públicas acarrearán una deuda social en torno a la reconfiguración de los cuidados que aún se asientan en imaginarios sociales tradicionales de familia y en un rol asignado a la mujer que no corresponden a la realidad social; de ahí, la necesidad de trascender con supuestos y acuerdos modernos que discutan, planteen y definan cómo debe vivir la gente; en relaciones de igualdad, convivencia y respeto de las diferencias, que confronte la supremacía masculina y de dominación patriarcal, así como la juventocentrismo y de centralización de la política social en la sobreprotección de la población infantil.

Si se reconocen y asumen nuevos imaginarios y acuerdos sociales, se avanza en el abordaje de la negación de las tareas de cuidado y autocuidado de la población masculina y, más importante aún, se reconocerá la importancia de las masculinidades alternativas desde programas y políticas públicas que fortalezcan los ámbitos locales y comunitarios, favoreciendo así el cambio cultural necesario para la reconfiguración del panorama actual donde se superen las lógicas de protección heterosexistas y expulsoras de otras poblaciones (migrantes y refugiadas, por ejemplo).

3) SECCIÓN III

3.1) CONCLUSIONES

1. La creación de marcos legales y mecanismos de regulación de los derechos de personas adultas mayores se han concentrado en las últimas cuatro décadas, pero es hasta la entrada de la década actual que se visibilizan las necesidades de cuidados y acerca del abordaje de sus especificidades.

El país cuenta con un marco normativo que comprende la Ley 7935, la instancia reguladora en temas de envejecimiento (CONAPAM), el Sistema Nacional de Pensiones, la Política Nacional de Envejecimiento, la Red Nacional de cuidado, además, de una serie de programas institucionales dirigidos específicamente a la protección de la PAM (incluido el Hospital Nacional de Geriátrica Raúl Blanco Cervantes, los programas de las universidades públicas PIAM y PAIPAM, y el programa Ciudadano de Oro de la CCSS y el del Magisterio).

Es hasta 2006 que se da un proceso de fortalecimiento del sistema de pensiones, específicamente del régimen no contributivo y se habla del tema de cuidado hacia la niñez y la población adulta mayor. Posteriormente, para 2010 se posiciona el tema del trabajo no remunerado de las mujeres, como parte de las tendencias mundiales, retomando el análisis del uso del tiempo mediante los datos disponibles de un módulo de Uso del Tiempo que formó parte de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples en el año 2004.

Además, se aborda el tema de cuidado como un pilar fundamental de la política de bienestar social, y pese a que este es un paso importante, se mantienen los esfuerzos en la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, y se implementa, por medio del CONAPAM, la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica.

El país ha hecho una inversión significativa en la última década en infraestructura, servicios especializados y formación de recurso humano que se ha orientado primordialmente a la atención de población infantil; no obstante, se observa una

disparidad entre la realidad demográfica del país y la realidad de la distribución en inversión social ejecutada por los últimos dos gobiernos, lo cual indica la necesidad de hacer una revisión de la inversión social en contraposición con la demanda según grupos de población.

2. Las agendas intergubernamentales han debido replantear la política sanitaria frente a los desafíos que suponen el aumento en la esperanza de vida de la población (aumento de población adulta mayor) y el cambio en el perfil epidemiológico (nuevas y crecientes enfermedades no transmisibles).

Sin embargo, para la región latinoamericana, no están siendo capaces de planificar a mediano y largo plazo las necesidades, si no que apenas se responde a las urgencias actuales sin poner en relieve las proyecciones demográficas y epidemiológicas. Esto se explica en parte por el periodo tan corto cuando sucedieron esas transformaciones, por lo cual fue difícil que las instituciones pudieran prever la demanda y responder a tiempo, sin embargo, hoy tenemos disponibles los indicadores necesarios para asegurar una planificación a largo plazo que contemple la variabilidad y el cambio constante en la demanda. Además, los resultados de este Seminario evidencian la necesidad de considerar los también los cambios socioculturales en las políticas públicas.

El país tiene la capacidad instalada en términos de infraestructura, capacitación y recurso humano para desarrollar estrategias de trabajo con personas cuidadoras y familias. El reto consiste en conjugar las diferentes iniciativas y sistematizar las experiencias que se han llevado a cabo, para facilitar la vivencia cotidiana de las personas adultas mayores y sus cuidados. Se debe tomar en cuenta que en este momento hay localidades donde existen centros de cuidado para población infantil y se encuentran en desuso o subutilizados, por lo tanto se puede pensar en el uso compartido de estos espacios y en la vinculación intergeneracional de las poblaciones, tal como es tendencia mundial (*cohousing*, estimulación cognitiva por medio de TIC's, redes de huertos comunitarios, alojamiento de personas estudiantes universitarias con personas adultas mayores, actividades de ocio terapéutico mediante videojuegos como la *wiiterapia*).

La evidencia señala la existencia de una construcción estereotipada del envejecimiento, visibilizada en la forma en como se conceptualiza a la persona adulta

mayor, por medio de adjetivaciones infantilizantes que incluso subyacen en el marco normativo vigente, lo cual sirve para justificar los procesos de tutelaje que limitan la autonomía de las personas mayores y pueden vincularse con las diferentes manifestaciones de violencia.

3. Los procesos de educación y socialización basados en el modelo patriarcal heteronormativo conlleva a que las cargas de cuidado aún se centralicen en las mujeres, esto deriva en situaciones como la ejecución de dobles y triples jornadas laborales asumidas, la no autoidentificación de las mujeres adultas mayores como tales por asumir los pesos de sostener roles de producción y reproducción en sus familias, el desconocimiento de las necesidades de atención y la negación de integrar a las poblaciones LGBTIQ en la oferta pública de cuidados, la sobrecarga de las labores de cuidados sobre la población migrante femenina y el alejamiento de los hombres de las responsabilidades de autocuidado.

Los cambios en las estructuras familiares, sumados a los cambios culturales y la crisis de los cuidados pueden denotarse en las resistencias para asimilar los cambios en las dinámicas familiares, lo cual causa que las familias cada vez estén asumiendo en menos medida las tareas de cuidados, esto genera que muchas veces la persona con menos recursos económicos sea quien asume estas labores por necesidad de un lugar para vivir y de manutención, no por convicción, quedando relegada al abandono, incluso las familias tienden a depositar esas responsabilidades en el Estado, prueba de ello es la tendencia al abandono en hospitales y centros de cuidado, situación que se da con mayor frecuencia en épocas de festividades.

4. Se evidencia un gran vacío en la preparación intergeneracional de cara al envejecimiento, tanto en la forma en la que se resiste a este como un proceso natural atravesado a lo largo de la vida, así como en la formación ciudadana para asumir las corresponsabilidades de los cuidados. Esto deriva en estigmatizaciones que son naturalizadas socialmente en cuanto al significado de ser una persona adulta mayor o una persona cuidadora.

La información recabada permite dar cuenta de que la percepción del cuidado como un no trabajo es asumida por las personas cuidadoras en cuanto la labor se relaciona con factores afectivos o filiales, este hecho se da sin mayor diferenciación entre personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas. A pesar de que las personas entrevistadas

reconocen las cargas físicas y emocionales presentes por el hecho de cuidar de otra persona (muchas veces unidas a las tareas domésticas), la naturalización del cuidado por obligación o por afecto prevalece.

Se evidencia un detrimento en la autonomía de las personas cuidadoras, especialmente en no remuneradas y familiares que se hacen cargo de las tareas de cuidado, pero que no son necesariamente quienes toman las decisiones con respecto a las PAM a pesar de la información que manejan y su vivencia cotidiana que ha conducido al desarrollo de pericias. Usualmente, las decisiones son tomadas por quienes aportan económicamente para la manutención de la PAM pese a no ser las personas más indicadas para la toma de decisiones por asuntos de desinformación o desvinculación. La pérdida de autonomía también incide en vulnerabilidades físicas, emocionales y socioeconómicas de la población cuidadora.

5. El aumento en la población adulta mayor y la disminución en la cantidad de población joven, aunado a los cambios culturales vinculados con los estereotipos y las cargas socialmente impuestas sobre las mujeres, empujan hacia la institucionalización del cuidado, depositando la carga mayor en el Estado, lo cual es claro reflejo de que la regulación en general no contempla una corresponsabilidad del cuidado donde las comunidades y el sector privado sean partícipes, ya sea por apatía o porque tienen dificultades de vinculación con las instituciones a cargo.

Por otra parte, vemos una tendencia a que los recursos destinados a la seguridad social de la PAM tienden a concentrarse en el segundo y tercer nivel de atención, es decir, se prioriza una atención clínica y medicalizada en desmérito de un modelo de atención integral, el cual debería centrarse en el primer nivel de atención con acciones de prevención y promoción de la salud, pero además tendría que incorporar otras fases y necesidades de los cuidados que involucran el entorno familiar-comunitario y a otros actores fuera del ámbito hospitalario.

La oferta destinada a satisfacer servicios de cuidados, no está abarcando las especificidades de las poblaciones (las personas LGBTIQ, las poblaciones indígenas, las personas con enfermedades neurodegenerativas, migrantes y refugiadas), además, no propicia la participación del sector privado que puede generar aportes principalmente a nivel de las regiones para poder soportar, ya no por inercia, si no por estrategias integrales planificadas que apunten a la intervención local de esta

problemática. La elaboración de respuestas a gran escala, debe verse reflejada en respuestas locales adecuadas a las especificidades étnicas de las poblaciones, lo cual permite la participación más inmediata de las familias en necesidad de atención, inclusive cuando esto supone grandes esfuerzos de acercamiento y coordinación interinstitucional.

6. La tensión implícita en el fenómeno del envejecimiento poblacional y la crisis de los cuidados, radica en torno a quién debería asumir las tareas de cuidados y si esto va a ser resuelto por medio de normas establecidas, o bien si se logra un nuevo acuerdo social, en tanto la lógica del relevo generacional o del cuidado femenino obligatorio dejan de tener peso moral.
7. Desde la Sociología se aporta la comprensión del envejecimiento como un constructo social y cultural, permitiendo, desde una perspectiva transdisciplinaria, el análisis del problema de la demanda de cuidados y su consideración en la agenda política desde su recorrido histórico. Así mismo, permite la construcción de propuestas y recomendaciones en materia de cuidados poniendo de relieve las tendencias demográficas y epidemiológicas considerando también los indicadores de cambio cultural.

Además, desde la aplicación del método descriptivo-comprensivo se permite el reconocimiento de las múltiples interpretaciones de la acción por parte de las personas vinculadas a los procesos de atención de la PAM y sus impactos en términos de oportunidades de vida y vulnerabilidades.

Esta investigación recupera temas que han sido ampliamente desarrollados por la Sociología, tales como los cambios demográficos y las políticas públicas de bienestar que tienen relación directa con los cuidados. El abordaje de este tema de investigación fue acertado desde esta disciplina puesto que, desde una lectura transversal y transdisciplinaria, supone el análisis de las familias como una institución históricamente determinada, la cual se ve impactada por factores socioeconómicos y culturales que derivan en cambios en las estructuras familiares, seguidos de tensiones que desencadenan un nuevo significado social y cambios en las funciones socialmente impuestas.

3.2) RECOMENDACIONES:

1. A CONAPAM en tanto es el órgano rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica, se recomienda la ampliación de la Política Nacional de Envejecimiento a una que involucre a toda la población, identificando así el envejecimiento como un proceso continuo y complejo que se da a lo largo de la vida, promoviendo estrategias de autocuidado, cuidado integral y corresponsabilidad desde un marco de los derechos humanos y, desde un enfoque que fomente la autonomía personal, el lugar de las personas cuidadoras, el proceso de formación y educación de la población de cara a preparar a la sociedad costarricense a largo plazo.

Es necesario incorporar los temas de envejecimiento y cuidados en los programas educativos, contemplando los cambios en las estructuras familiares y las nuevas formas de relaciones, así como un programa capacitación sistemático y en constante actualización para los centros de atención y cuidado de personas adultas mayores. Al respecto, es relevante distinguir la preparación y el rol que siguen las personas tomadoras de decisiones de políticas y programas relacionados con la población adulta mayor. Así mismo, es necesaria la creación de mecanismos de acercamiento de la población joven con las necesidades de cuidados y la construcción de estrategias de corresponsabilidad social que incidan en la forma como se asumen los cuidados y de quienes los asumen.

La intervención estatal por medio de políticas públicas puede colaborar (o no) a las transformaciones de los imaginarios sociales sobre el envejecimiento y los cuidados, implicando necesariamente las transformaciones en los roles de género y los apoyos necesarios para lograr una redistribución de las tareas de cuidado que avance hacia la equidad y fomenten la autonomía de las personas implicadas, en cuanto a esto, se resalta la aplicabilidad del eje 2 de Distribución del tiempo de la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres (PIEG 2018-2030). Esta intervención estatal puede estar acompañada del trabajo con los medios de comunicación, tal como se viene realizando en las campañas de divulgación ejecutadas por el INAMU, así mismo, se puede ampliar a los espacios de discusión de los diferentes sectores del Estado que tienen eco en la prensa.

Se evidencia la necesidad de generar acciones dirigidas hacia fomentar un cambio cultural, más allá de solo acciones orientadas a atender las necesidades de cuidado.

Acciones que contribuyan a la erradicación del mandato social del cuidado como obligación de las mujeres, así como al reconocimiento de las relaciones particulares que tenemos mujeres y hombres con el cuidado, en todas las etapas de la vida. Ese cambio cultural debe ir dirigido, también, a la censura de todas las formas de discriminación presentes en la sociedad, reconociendo la gerontofobia como una de ellas que se intersecciona a la vez con otras formas de discriminación.

Las acciones orientadas a propiciar un cambio cultural también deben incluir la convivencia con las personas adultas mayores mediante estrategias de intercambio generacional y el uso de los espacios de forma compartida. Es necesario, por lo tanto, promover la adecuación de las ciudades y los entornos comunales para hacerlos amigables con la población mayor y que puedan apropiarse de los espacios de forma segura.

2. Las sociedades contemporáneas han dado un salto en el reconocimiento de derechos especiales de las poblaciones, así la Política Nacional de Cuidados está llamada a reconocer e incorporar las especificidades demostradas de las poblaciones indígenas, campesinas, costeras, LGBTIQ, con discapacidades permanentes, así como de personas sin redes de apoyo o sin hijos(as).
3. Se recomienda dar seguimiento a las modificaciones de la Ley 7935 que se comparten en el documento de Resumen de Política que aporta esta investigación, con la finalidad de actualizar la legislación a las necesidades de protección actuales, visibilizar y dar protección jurídica a las personas cuidadoras de personas mayores, así como incorporar información de las personas cuidadoras (remuneradas y no remuneradas) en los sistemas de registro ya establecidos por parte del CONAPAM y el Ministerio de Salud.
4. Se necesita fortalecer el apoyo técnico, económico y las formas de vinculación con los grupos organizados en las zonas geográficas fuera de la GAM para atender las necesidades de las personas mayores a través de actividades, centros diurnos de atención u hogares permanentes, asesorando sobre cómo estos pueden ser dinamizadores de sus comunidades en materia de concientización y capacitación en temas de envejecimiento y cuidados considerando los cambios socioculturales.

5. Se recomienda fortalecer el rol de los gobiernos locales en la gestión y ejecución de recursos municipales destinados a favorecer a las PAM y a las personas cuidadoras, desde el mejoramiento de infraestructura para la accesibilidad de todas las poblaciones, hasta en el apoyo a proyectos específicos destinados esta población. Los gobiernos locales cuentan con recursos, tales como terrenos y fondos ejecutables, por ejemplo, en lugares como Turrialba hay grupos organizados que aportan en el quehacer cotidiano, pero su lucha principal es tener el apoyo municipal ya que, si bien el Consejo Municipal se ha pronunciado a favor de apoyar estas iniciativas, la Municipalidad ha puesto trabas para la ejecución presupuestaria de fondos existente.
6. A las personas involucradas en ofrecer cuidados a la población adulta mayor, se recomienda la construcción y consolidación de redes de apoyo familiares y comunales que les permita soportar las cargas propias de sus labores y distribuir los pesos de las labores de cuidados, estar al tanto de los marcos normativos de protección social y sus actualizaciones. También, vincularse con procesos de capacitación continua que les provea herramientas para prevenir riesgos de lesiones y demás consecuencias vinculadas a las tareas de cuidados, aprovechando en este sentido las herramientas tecnológicas para la obtención de información. En la misma vía, se recomienda implementar hábitos de autocuidado los cuales inciden directamente en la autoestima y salud mental de la población.
7. A la Escuela de Sociología de la Universidad de Costa Rica, considerar la relevancia actual del tema del envejecimiento poblacional desarrollando más ampliamente contenidos referidos al tema del envejecimiento y la vejez (temas de interés en la Sociología como los regímenes de bienestar, la división sexual del trabajo, etc.) en los cursos que conforman el plan de estudios. Promover investigaciones desde enfoques integradores que garanticen un abordaje sustantivo del tema, pues como queda evidenciado en esta investigación, no solamente existe un factor sociodemográfico que nos alerta sobre el problema de envejecimiento. Incentivar que desde las investigaciones se realicen propuestas de acción concretas con el fin de incidir en la realidad social desde la capacidad que tenemos de vincular la producción científica con las necesidades poblacionales, pues más allá de investigar para cumplir con el requisito académico, las investigaciones deben generar aportes en los diferentes ámbitos de aplicabilidad de nuestra disciplina.

Es trascendental recalcar que el acercamiento al tema de investigación de este Seminario tuvo que ver con la vinculación de la práctica aplicada del curso de Gestión de la Investigación y la Acción Social, posteriormente se decide profundizar en los cursos de Taller de Investigación preparando una propuesta de investigación que finalmente derivó en este Seminario.

Se recomienda también proporcionar al estudiantado nuevos tipos de herramientas metodológicas, con las cuales se pueda repensar las formas de recolección de información y de intervención en la investigación social; así mismo, generar o al menos vincularse con proyectos de extensión y acción social que promuevan el diálogo intergeneracional entre estudiantes y personas adultas mayores, un esfuerzo inicial puede estar dirigido a la participación de la Escuela en iniciativas ya existentes en la Universidad, como por ejemplo la apertura de cupos en algunos cursos de la malla curricular para personas mayores de 50 años estudiantes del Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM-UCR).

8. A estudiantes y personas investigadoras, se recomienda considerar algunas de las limitaciones más importantes de este estudio que sobrepasan los objetivos de la investigación, como lo es el abordaje de algunas de las líneas de investigación que quedan abiertas y son de suma relevancia para complementar el conocimiento científico en torno a las dinámicas de envejecimiento y cuidados de la población costarricense. Algunas de esas líneas, no abordadas en esta investigación (o se abordaron de forma incipiente), son las especificidades de envejecimiento y cuidados en población indígena, en grupos migrantes, en población LGBTIQ, así como la necesidad de construir un perfil epidemiológico y sociodemográfico de la población cuidadora de otras personas, así como la elaboración de un marco de protección jurídica para quienes cuidan.

3.3) RESUMEN DE POLÍTICA PÚBLICA



Recomendaciones para el desarrollo de una estrategia nacional de cuidados de la población adulta mayor

Resumen de política¹⁰



Preparación

Se dirige a las instancias tomadoras de decisiones en materia de cuidados y específicamente con población adulta mayor (PAM). Estas recomendaciones, técnica y políticamente fundamentadas, derivan de la investigación titulada: *“Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N°7935-1999), en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente”*, Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Sociología de la Universidad de Costa Rica, sustentado en marzo de 2019.

La investigación abordó el problema de los desafíos de cuidados de la PAM desde la transversalización de tres ejes: género, autonomía y personas cuidadoras. La metodología y las fuentes mixtas (revisión bibliográfica, análisis hemerográfico, entrevistas semiestructuradas y seminarios investigativos con personas clave) permitieron un análisis amplio y relacional, con descripción de los puntos críticos de la situación de la PAM.

Múltiples indicadores determinan la urgencia de conformar una estrategia nacional de cuidados para la PAM, considerando las proyecciones demográficas que alertan el crecimiento poblacional de personas adultas mayores, un perfil epidemiológico que dejó atrás las enfermedades infecciosas con tendencia a la predominancia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como indicadores socioculturales que desafían un nuevo paradigma para la delimitación y vivencia de los cuidados y el envejecimiento. Esta comprendería la articulación de los subsistemas de atención de la PAM, mediante un abordaje relacional e integral que, en corresponsabilidad, permita una distribución más efectiva, adecuada y equitativa de recursos, a mediano y largo plazo.

Se tiene una base normativa sólida que provee los mecanismos y las responsabilidades multiactor: Ley Integral para la Persona Adulta Mayor con la entidad rectora (CONAPAM), la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, la Red de Cuido y Atención Integral para la PAM, el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, la Ley 9379 para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad y la Ley 9325 para la contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado.

Como país, tenemos una coyuntura especial para decidir en la materia. Con más de un quinquenio de ejecución, contamos con la experiencia de la Red de Cuido y Atención Integral y nos encontramos en la construcción de la Política Nacional de Cuidados, que contará con resultados clave derivados de la Encuesta Nacional de Cuidados y Apoyos (ENCyA, 2018), para tomar decisiones de cara al futuro.

¹⁰ Hernández Salas, María Fernanda y Loría Bolaños, Rocío. **Recomendaciones para el desarrollo de una estrategia nacional de cuidados de la población adulta mayor. Resumen de política.** Escuela de Sociología, Universidad de Costa Rica. Marzo, 2019.

Resumen ejecutivo

La construcción de la Política Nacional de Cuidados precisa considerar los cambios en la demanda y las necesidades que tendrá el país a largo plazo, pero aprovechando la normativa y los subsistemas de protección social y cuidados de los que dispone el país.

Para el 2060, la PAM corresponderá al 25% de la población total: aproximadamente 1.5 millones de personas. Esta población ha de pervivir con patrones epidemiológicos de enfermedades no transmisibles y asociadas al mundo moderno, entre ellas las neurodegenerativas, en un medio que dispone de condiciones y tecnología necesarias para que las personas adultas mayores puedan desenvolverse con libertad y autonomía suficientes.

Al finalizar la segunda década del siglo XXI, se sugiere construir una estrategia nacional de cuidados para la PAM, de consideración multidimensional, basado en los derechos humanos, de cara al cumplimiento de la Agenda 2030 y siguiendo el mandato de la Ley 7935, en sus artículos 12, 15, 17, 18 y 34.

Introducción

A pesar de que las proyecciones demográficas y los indicadores epidemiológicos alertan sobre las urgencias de atender las demandas de cuidados de la población adulta mayor, las políticas públicas actuales no se trazaron considerando las mismas. Los programas en desarrollo con creces responden a demandas inmediatas, por lo que podrán ser insuficientes en el corto plazo. Vemos entonces que no se están asignando los recursos necesarios, ni se planifica según las necesidades y las tendencias de atención.

Costa Rica cuenta con un perfil de población que incluye cada vez menos cantidad de población menor de edad, mientras que tienden a crecer los grupos etarios de mayor edad. Vemos una tendencia creciente de subsistencia unipersonal: para 2017, el INEC señala que 101 259 personas adultas mayores habitan en hogares unipersonales, lo que conlleva cada vez mayores desafíos en torno a las necesidades de acompañamiento, apoyos y cuidados (INEC, 2017).

En este escenario, se identifica la necesidad de priorizar la educación de cuidados en inclusividad etaria y de género, si pretendemos atender las necesidades reales de las poblaciones de manera integral y desde una articulación multisectorial que asuma la corresponsabilidad de los mismos. De continuar la respuesta social actual, los programas, incluida la capacidad instalada y recursos humanos, serán insuficientes para atender la demanda de cuidados de la PAM en número y según su complejidad.

El país ha ratificado acuerdos fundamentales como la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores y los compromisos de la Agenda 2030; por tanto, la generación de personas funcionarias, que actualmente es tomadora de decisiones, tiene la oportunidad de saber leer las implicaciones de los indicadores señalados, máxime que se verá directamente implicada en estos desafíos, por el hecho de conformar la próxima generación de PAM que será altamente impactada por la no previsión de acciones que respondan a las dinámicas de la población costarricense, para ello se exponen algunas pautas como guía para trazar la ruta hacia una estrategia de cuidados.

El objetivo principal de este resumen de política es identificar los desafíos existentes con base en la

demanda y la respuesta social de los cuidados.

Indicadores y resultados

Costa Rica se encuentra entre los países de la región con una esperanza de vida alta, que supera a países como Brasil y Chile. Las acciones en educación y salubridad efectuadas por el Estado costarricense décadas atrás, sumado a momentos económicos favorables, incidieron en el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad en general. El perfil epidemiológico pasó de la prevalencia de enfermedades infecciosas y transmisibles a uno caracterizado por enfermedades crónicas y neurodegenerativas (diabetes, hipertensión, diferentes tipos de cáncer, alzheimer y otras demencias).

Se identifican cambios en las estructuras poblacionales, efecto de dos periodos de explosión demográfica en la segunda mitad del siglo XX con bajas tasas de natalidad en la actualidad, que derivan en el aumento acelerado de la PAM. Según el INEC, para 2018 hay una cantidad de 799 342 personas mayores de 60 años en Costa Rica, de las cuales 390 324 son hombres y 409 018 son mujeres; 619 058 viven en zonas urbanas y 180 284 en zonas rurales (INEC, 2018). Se proyecta que para el 2060, un 25% de la población total del país será adulta mayor: aproximadamente 1.5 millones de personas, siendo este el único grupo poblacional con un crecimiento continuado (Rosero y Jiménez, 2012).

Estos procesos de transformación, ligados a factores socioeconómicos y culturales, llevan a transformaciones necesarias en las estructuras familiares que, por lo demás, alteran las funciones socialmente impuestas a sus miembros en razón del género, el parentesco y la edad, llevando a tensiones expresadas en forma de crisis. Dicho de otra manera, hoy se tienen dificultades para asegurar las funciones tradicionales de la familia, con ausencia de nuevas formas de organización interna, y resistencias importantes de la sociedad para enfrentar el cambio en los roles de género (Comas D'Argemir, 2014). La actual crisis de los cuidados afecta las subjetividades de las personas en términos de quiénes, cómo se asumen y se atienden (o niegan) las necesidades de cuidados.

El cambio cultural deriva de estilos de vida modernos y de nuevas formas de consumo que decididamente inciden en la respuesta social frente a la demanda de cuidados de una población creciente. Por ello, los cuidados precisan abordarse desde distintas consideraciones que tomen en cuenta las condiciones de vida y las formas de relacionarse entre los grupos sociales, para lo cual nombrar y comprender las especificidades de la PAM es una obligación social. Al respecto, es preciso examinar la variabilidad identitaria que deriva de la adscripción geográfica (urbanidad, ruralidad, costera, migrante), socioeconómica (en situación de calle, jubilados extranjeros) de género (LGTBI) y étnica.

Las políticas públicas han prosperado en el reconocimiento de las necesidades de protección social de poblacionales especiales, pero atenderlas confiere desafíos para el Estado y la sociedad costarricense, de transformación de sus instituciones sociales. Para comprender la afectación del cambio social en las dinámicas de cuidados, son fundamentales los aportes de diversas disciplinas, para encontrar soluciones complejas como la realidad misma que se pretende intervenir. También es necesario contemplar la relación en lo global y lo local y comparar la respuesta actual con las necesidades futuras.

La transversalidad de género permite prever los impactos diferenciados de las políticas públicas entre hombres y mujeres, por esto propone someter las iniciativas a análisis previo y contemplar los cambios estructurales e institucionales. Las Encuestas de Uso del Tiempo, fundamentales para generar política pública con fundamento técnico, brindan los indicadores para trazar acciones que buscan promover la equidad.

La consideración de la autonomía en la respuesta social de cuidados, permite desentrañar la lógica de poder que subyace en los procesos de tutela y protección culturalmente aceptados; así como de los mecanismos de coacción y abandono de las personas mayores y de las cuidadoras, incluidas las formas de maltrato y violencias. En ello, son determinantes las prácticas culturales de las que se sustentan relaciones de poder que justifican estructuras de dependencia socialmente naturalizadas.

Las personas cuidadoras como un eje transversal en las dinámicas de cuidado de la PAM nos lleva a que se reconozca el cuidado como acción social de múltiples interpretaciones que sucede en relaciones sociales dinámicas, cargadas de vínculos afectivos y con dimensiones morales respecto a la asignación e invisibilización de las labores de cuidados. Es necesario entender la connotación y las características de las tareas de cuidados y su colateral efecto en la salud y en las condiciones de vida de quienes las realizan.

El análisis transeccional del cuidado de la PAM, deja ver también la proyección de la realidad socioeconómica donde prevalece una alta tasa de desempleo, con tendencia a la informalidad laboral que incidirá más aún en el incremento de personas mayores excluidas de los regímenes contributivos, pero también de poblaciones de personas mayores que sostienen con sus recursos, muchas veces limitados, a las más jóvenes.

Las políticas públicas actuales acarrear el compromiso de asumir la reconfiguración de los cuidados con sus especificidades. Existen poblaciones en vulnerabilidad que están siendo excluidas de los sistemas de cuidados u obligadas a entrar en esquemas de atención que no contemplan sus propias necesidades y deseos. Carecimos de una lectura que considerara las diversidades y la variabilidad posibles entre la PAM, es decir, no proyectamos cómo atender o cómo cuidar a la PAM en situación de calle, a la migrante y refugiada, a la LGBTIQ y, a la que habita en zonas costeras o en territorios indígenas.

Conclusión

Las tendencias demográficas y epidemiológicas nos alertan sobre el crecimiento de una población adulta mayor con enfermedades más complejas y cada vez más demandantes, en escenarios sociales proyectivos donde la reducida población joven se desenvuelve entre estilos de vida y hábitos que a largo plazo desmejorarán sus condiciones de salud, donde las personas jóvenes y adultas podrán sentirse altamente desligadas de las personas mayores, esto incluye sin vínculo afectivo y sin reconocimiento de una responsabilidad justificada para cuidarles cuando lo necesiten. Hemos respondido parcialmente a los sucesos que nos anteceden, con provisión de algunas demandas y con reestructuraciones importantes; sin embargo, ahora tenemos indicadores críticos y la posibilidad de modelar la demanda a largo plazo, contemplando las especificidades y el cambio constante que afecta los procesos de envejecimiento y de cuidados.

La forma incipiente y tímida en que se abordan los nuevos requerimientos de cuidados, aún adolece de una perspectiva integral multisectorial que delimite con claridad quiénes atenderán a la PAM cuando requieran apoyo de índole diverso, y esto delega en el Estado la institucionalización de los cuidados.

La investigación científica alerta sobre los efectos críticos del cambio sociocultural, se entrevén formas estereotipadas de concebir la vejez que infantilizan a las personas mayores. Los mitos y estereotipos sobre las personas adultas mayores afectan directamente la construcción de su identidad y su participación en la sociedad.

Los sistemas de atención y registro permiten mayores oportunidades de denuncia y, por lo tanto, la visibilización del problema. Vemos entonces, un aumento en los índices de violencia contra la PAM. Según datos de CONAPAM, la institución atiende cerca de 1500 reportes de violencia y maltratos al año, con un aumento de 20% anual. Estos mecanismos de rechazo son de todo tipo: aislamiento, depresión, vivencia en soledad, abandono, irrespeto, exclusión, etc. Además, estos ocurren en todos los espacios sociales: centros de salud y de cuidado, en los hogares y en el transporte público (Jiménez, 25 de agosto, 2017). Los datos dan referencia de una sociedad que se resiste a asumir las responsabilidades éticas, materiales y afectivas vinculadas con el envejecimiento poblacional.

Pese a esto, nunca como hoy, se tuvieron las herramientas y la capacidad de agencia para que la sociedad costarricense se prepare de cara al futuro. Disponemos de tecnologías, de profesionales de alto nivel en múltiples campos, de sistemas de redes de diversa índole, así como de infraestructura para desarrollar estrategias de trabajo que permitan facilitar la vivencia cotidiana de las personas mayores y de sus cuidadoras(es). La realidad demanda la utilización compartida de recursos y del tiempo entre los diferentes grupos poblacionales demandantes (niñez, PAM y personas con discapacidad), lo que puede mejorar significativamente el acercamiento intergeneracional.

La Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores podría fortalecerse a partir de una estrategia que sume a distintos actores, de manera que se pueda garantizar no solo el cuidado de la población mayor sino que se incorporen además los ámbitos de preparación de la sociedad costarricense (educación, cultura). Para ello, es necesario dibujar los escenarios y las dinámicas de cuidado de la PAM de manera gradual y, al menos, a tres décadas plazo. Es el momento de tomar decisiones concretas que respondan a las necesidades específicas de la PAM, incluida su diversidad y la variabilidad de la demanda.

Recomendaciones

<i>Recomendación específica</i>	<i>Implicaciones</i>	<i>A quienes involucra</i>
Propuestas de reforma a la Ley 7935 y su Reglamento (decreto ejecutivo número 30438-MP).	<p>-La Ley y su reglamento define los servicios de atención y atención integral dirigidos a la PAM, y en una única ocasión, el artículo 17 inciso c), hace mención a los cuidados como “medidas de apoyo”, incluyendo a las personas voluntarias. Es preciso delimitar y dar sustento a los cuidados, sus implicaciones y responsables directos e indirectos, así como incluir la figura de la persona cuidadora que permita describir sus derechos, necesidades de apoyos y la oferta de servicios dirigidos a esta. Ambos aspectos podrían conformar un capítulo específico. La atención integral y los servicios de atención para posicionar los cuidados, han de considerar un enfoque ético-político que promueva la visibilización del derecho al cuidado y de quienes los realizan.</p> <p>-Ampliar el artículo 15 del Reglamento, sobre las funciones del Ministerio de Salud, para que se incluyan medidas para promover el autocuidado, el cuidado de los otros y la atención integral en salud de las personas cuidadoras. Estas</p>	CONAPAM desde su rectoría y coordinaciones con Asamblea Legislativa.

	<p>consideraciones deben formar parte de la Política Nacional de Salud, del Plan Nacional de Salud y de la Política Nacional de Salud Mental. Es necesario retomar la propuesta de política pública de cuidados para apoyar a las personas mayores y, de protección a quienes las cuidan, que fuera iniciada por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud-CEPAL, 24 y 25 de agosto de 2015).</p> <p>-De conformidad con el artículo 5, inciso h), se recomienda la creación de una norma de acatamiento obligatorio para la acreditación de centros de cuidado que promuevan el respeto a los derechos de las poblaciones específicas (LGBTIQ, migrantes, refugiadas, etc.) y su derecho a la privacidad individual y en pareja, incluyendo la posibilidad de suministrarles un dormitorio común en los establecimientos permanentes.</p> <p>-Reformar el artículo 19 del Reglamento, respecto a programas culturales, recreativos y deportivos, para que los programas de las instituciones que allí se mencionan promuevan actividades de interacción entre personas adultas mayores, infantes, jóvenes y adultas, tal como se contempla en el inciso b) del mismo artículo.</p>	
Desarrollar el II Informe de Estado de situación de la PAM y el compromiso institucional para la realización de uno cada 10 años.	<p>-Contemplar los nuevos ámbitos de acción para tener precisión de las carencias y necesidades de los grupos específicos.</p> <p>-Promover la realización de un censo de personas cuidadoras desarrollado a nivel local para generar indicadores locales y regionales de atención para el abordaje de las dinámicas de cuidado y sus especificidades.</p>	CONAPAM en coordinación con INEC, CONARE (PEN y universidades) y las Municipalidades.
Creación de un marco formativo interinstitucional sobre envejecimiento y cuidados.	<p>-Siguiendo el artículo 21 de la Ley 7935, se recomienda impulsar enérgicamente la preparación ciudadana, en todos los rangos de edad, en el ámbito formal y no formal, frente al envejecimiento y para los cuidados. Esto incluye la facilitación de procesos de reconocimiento de la vejez, del autocuidado, la gerontofobia como forma de discriminación y, del respeto a los derechos humanos de la PAM.</p> <p>-Promover en medios de comunicación y en el sector educativo espacios de generación de información que sensibilice a la</p>	CONAPAM, CONARE y MEP.

	<p>población en general en materia de envejecimiento y cuidados, incluida la reflexión frente a los cambios socioculturales y las resistencias.</p>	
<p>Asesoría, adecuación y fiscalización de las Redes de Cuido (REDCUDI y Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores).</p>	<p>-Se recomienda un sistema de evaluación integral permanente que permita articular la oferta de servicios de cuidado según los grupos demandantes, incluida la REDCUDI y la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>-La Contraloría General de la República, mediante su informe N° DFOE-DL-IF-00011-2017, alertó sobre los problemas de planificación que afectan el servicio de atención de poblaciones en necesidad de cuidados en al menos diecisiete centros de cuidado infantil, todos a cargo de municipalidades; por tanto, se recomienda definir planes locales de atención de la PAM que contemplen el uso compartido de recursos y su articulación operativa con participación multiactor.</p> <p>-La conformación de un programa de voluntariado en cuidados y apoyos de la PAM de la CCSS articulado localmente (áreas de salud y municipalidades). Considerar la conformación de un programa de voluntariado de coordinación conjunta entre CCSS-CONAPAM.</p> <p>-En 2016 permanecían alrededor de 4000 personas mayores en lista de espera de la Red de Cuido (CONAPAM, 2016), por lo que es necesario ampliar la cobertura de este programa, planificar y comprometer el trabajo articulado entre sector público y privado, con formatos de responsabilidad múltiple: familia, comunidad, organizaciones sociedad civil, mercado laboral, etc.</p>	<p>Ministerio de Salud, CONAPAM, Gobiernos locales, IMAS, CCSS, IAFA y MEP.</p>
<p>Recomendaciones a la Política Nacional de Cuidados y Apoyos.</p>	<p>-Considerar los cambios socioculturales que conllevan nuevas formas de atención de los cuidados y la transversalidad en cuatro niveles para la delimitación de la política: género, personas cuidadoras, autonomía y participación.</p> <p>-Brindar respuesta inclusiva e integral a las especificidades de cuidado de grupos poblacionales (migrantes, refugiadas, LGBTIQ, en situación de abandono o calle, en adicción y sin redes de apoyo). Es necesario un proceso educativo continuo, basado en un enfoque de derechos humanos, que promueva el reconocimiento de todas las personas como sujetas de derechos de forma indiferenciada y de los cuidados como acción a la que</p>	<p>Poder Ejecutivo, sociedad civil, mercado laboral.</p>

	<p>toda sociedad debe responder de manera solidaria.</p> <p>-De conformidad con el artículo 4 del Reglamento de la Ley 7935, se recomienda incluir un sistema de registro amplio, con acceso público, de los centros de cuidado diurnos y permanentes, así como de personas cuidadoras autorizadas; de esta forma, el CONAPAM contará en tiempo real con la información de disponibilidad de cupos según el tipo de servicios.</p> <p>-Articular sistemas de registro y análisis que incluyan datos epidemiológicos y sociodemográficos, los datos de la Encuesta de Uso del Tiempo, la disponibilidad de servicios de cuidado y, la incorporación de los cuidados en leyes y políticas que involucren a la PAM (Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Ley de Promoción para la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, Política Integral para Personas en Situación de Abandono y Calle, Política Nacional de Salud Mental, Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, Programa Ciudadano de Oro, Política de Envejecimiento y Vejez, así como el Plan Nacional para la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias).</p>	
<p>Aprovechar la capacidad instalada del sistema de salud costarricense (81 sedes del Ministerio de Salud, alrededor de 1043 EBAIS y 640 CEN CINAI a febrero de 2019).</p>	<p>-Realizar programas de formación continua para las personas cuidadoras, las familias y las comunidades, que provea conocimientos en prevención de riesgos de lesiones y manejo de estrés, entre otras.</p> <p>-Aplicar el enfoque de promoción de la salud en los aspectos cotidianos que pueden facilitar la experiencia de los cuidados.</p> <p>-Evaluar la inversión de recursos destinados a la seguridad social de la PAM para priorizar la atención integral desde el primer nivel de atención por medio de acciones de prevención y promoción de la salud.</p> <p>-Elaborar y apoyar las respuestas locales ancladas en el marco normativo nacional, que consideran las especificidades identitarias de las poblaciones y permiten la participación activa de las familias.</p>	<p>CONAPAM, Ministerio de Salud y CCSS.</p>



Referencias

- Comas D'Argemir, D. La crisis de los cuidados como crisis de reproducción social. Las políticas públicas y más allá. En: Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. Tarragona. 2-5 de setiembre de 2014. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili. pp. 329-349.
- Contraloría General de la República. (2017). Informe N° DFOE-DL-IF-00011-2017. Informe de auditoría de carácter especial acerca de la gestión de las municipalidades de Bagaces, Cañas, Cartago, Los Chiles, Tilarán y Upala en relación con los centros de cuidado y desarrollo infantil. San José, Costa Rica.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2016). Acta N° 361-27-01-15. Sesión ordinaria junta rectora CONAPAM. San José, Costa Rica.
- Decreto 30438-MP. (2002, 16 de mayo). Reglamento de la Ley 7935 (Ley Integral para la Persona Adulta Mayor). La Gaceta 93.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Encuesta Nacional de Hogares.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). INEC, Encuesta Continua de Empleo (ECE).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: resultados generales.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Encuesta Continua de Empleo al segundo trimestre 2018. Resultados Generales.
- Jiménez, J. (2017, 25 de agosto). Casos de violencia a adultos mayores aumenta casi un 20% cada año. Oficina de Divulgación e Información Universidad de Costa Rica. Recuperado de <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/08/25/casos-de-violencia-a-adultos-mayores-aumenta-casi-un-20-cada-ano.html> [Consulta 25 setiembre de 2018].
- Ley N° 7935, 1999. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.
- Ministerio de Salud-CEPAL. Seminario Cuidar a quienes cuidan personas adultas mayores. Hacia una estrategia de promoción de su salud mental. 24 y 25 de agosto, 2015. Centro de Transferencia Tecnológica TEC. San José, Costa Rica.
- Rosero-Bixby, L. y Jiménez-Fontana, P. (2012). Retos y oportunidades del cambio demográfico para la política fiscal de Costa Rica. San José: Editorial Universidad de Costa Rica. Versión digital: <http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/retosyoportunidades.html> Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].
- s.a. (2016, 10 de abril). Red de Cuido para ancianos clama por más presupuesto. La Nación. Recuperado de <https://www.nacion.com/el-pais/servicios/red-de-cuido-para-ancianos-clama-por-mas-presupuesto/BJOXX56AERHQ5LAPEW2R3SIASI/story/> [Consulta 25 setiembre de 2018].

3.4) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta-González, E. (2009). El cuidado de personas dependientes en las políticas sociales en Chile: ¿Quién cuidará de nosotros/as? Artículo de la Revista A-mérika. Volumen 2 Número 3. Chile.

Acosta, L. (2016). Lineamientos técnicos para la presentación de informes de política breves (Policy Brief). Ministerio de salud de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/lineamientos-policity-brief.pdf> [Consulta 27 marzo 2017].

Agrela-Romero, B., Martín-Palomo, M.T., Langa-Rosado, D. (2010). Modelos de provisión de cuidados: género, familias y Migraciones. Nuevos retos y configuraciones para las políticas públicas http://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/14530/modelos_martin_ACTS_2010.pdf?sequence=1

Aguilar-Fernández, E. y Carballo-Alfaro, A. (2012). Prevalencia de Hipercolesterolemia en adultos mayores de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica, 9(2), 1-10. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Agulló-Tomás, M.; Gómez, M.; Martín-Palomo, M. y Tobío, C. (2010). El Cuidado de las personas, un reto para el siglo XXI. Revista Fundación la Caixa. Colección de Estudios Sociales. N°28.

Alejo, J., (2010). Transición demográfica y pobreza en América Latina. Un análisis de microsimulaciones. Documento de Trabajo CEDLAS. Recuperado de <http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/> [Consulta 15 marzo 2016].

Alejo, J., Gasparini, L., Haimovich, F., Olivieri, S, y Tornarolli, L. (2010). Poverty among older people in Latin America and the Caribbean. Publicado en el Journal of International Development, 22 (2). Recuperado de <http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/> [Consulta 15 marzo 2016].

Alfaro, A.; Carranza L.; González, J.; y Hernández E. (2013). Recomendaciones para la Formulación de Políticas Públicas con base al análisis prospectivo de la familia costarricense a un horizonte de 15 años. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Administración Pública. Universidad de Costa Rica. Facultad de Ciencias Económicas. Escuela de Administración Pública.

Alfaro-Sánchez, B.; Román-Gómez, L. y Salazar-Ledezma, L. (2013). Propuesta teórico-metodológica para la construcción de un cuidado alternativo a partir de la realidad de las personas cuidadoras de la población adulta mayor en los distritos San Roque y Central del cantón de Grecia, Alajuela. Memoria del proyecto de graduación para optar por Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Recinto universitario Tacaes, Grecia.

Alvarado, A. (2004). La ética del cuidado. Aquichan, vol. 4, núm. 4, pp. 30-39. Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/741/74140405.pdf> [Consulta 23 julio 2017].

Araya-Molina, Campos-Soto, Chinchilla-Alvarez, Navarro-Aragón y Porras-Méndez (2015). Política social para la población adulta mayor en Costa Rica: un análisis desde la participación política. Memoria de seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. San José, Costa Rica.

Argueta-Regino, D. (2010). Análisis Hemerográfico de los titulares de hechos violentos publicados en las portadas de los medios escritos El Periódico y Prensa Libre durante los 31 días del mes de enero de 2009. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Universidad de San Carlos de Guatemala. Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Arriagada, I. (2007). Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros. Chile: CEPAL.

Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A. y Ojeda, A. (2007). Exclusión Social de los Adultos Mayores. Mesa de Trabajo: N°9 - Desigualdad, Vulnerabilidad y Exclusión

Social. Observatorio Social del Envejecimiento y la Vejez en Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Chile.

Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A. y Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: un estudio exploratorio. *Última Década*. 27). 75-91. Recuperado de <http://www.scielo.cl/> [Consulta 15 marzo 2016].

Arroyo-Rueda, M. C. y Ribeiro-Ferreira, M. (2011). El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. *Ciencia UANL*. 14 (3). pp. 297-305. Recuperado de <http://www.redalyc.org/> [Consulta 15 marzo 2016].

Arteaga, M. (2005). Modelo tridimensional de transversalidad. *Revista Investigación y Postgrado*. Vol. 20. N° 2. pp. 241-274. Recuperado de http://www.academia.edu/10992436/Modelo_Tridimensional_de_Transversalidad [Consulta 25 marzo 2016].

Artiles-Visbal, L. (s.f.). *Sociología y Antropología del Envejecimiento*. Ciudad Habana. Recuperado de <http://cursos.campusvirtualsp.org/> [Consulta 15 marzo 2016].

Asociación Cartaginesa de Atención a Ciudadanos de la Tercera Edad (AS.CA.TE). (2014). *Proyecto Creación de una Unidad de Atención Gerontológica para Personas Adultas Mayores con Demencia*.

Ávalos, A. (2013, 1 de setiembre). 20.000 adultos mayores viven con algún tipo de demencia en Costa Rica. *La Nación*.

Barbour, R. (2007). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.

Barrantes, L. (2015). *Síndrome del cuidador cansado en el contexto de pacientes con demencia. Intervenciones de abordaje en el primer nivel de atención. Revisión bibliográfica. Tesis para optar por el grado de especialista en medicina familiar y comunitaria*. Universidad de Costa Rica.

Barraza, A. y Castillo, M. (2006). *El envejecimiento. Programa de diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena. Módulo 1: Tendencias en Salud Pública*. Recuperado de <https://docplayer.es/22488328-El-envejecimiento-programa-de-diplomado-en-salud-publica-y-salud-familiar-autoras-andrea-barraza-r-maricel-castillo-p.html> [Consultado 26 setiembre 2016].

Batthyány, K. (2009). Cuidado de personas dependientes y género, Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay, Rosario Aguirre (ed.), Montevideo, Instituto Nacional de Estadística (INE)/Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)/Universidad de la República (UDELAR)/Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

Blanco, N. y Pirela, J. (2016). La complementariedad metodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social. Espacios públicos. Vol. 19. n° 45. Universidad Autónoma de México.

Blanco, R. (2012). Campos, relaciones y redes de poder: Debates teóricos para la comprensión de las disputas por el control del Estado. Jornadas de Investigación Interdisciplinaria. Revista Reflexiones, 95-106.

Bermejo, D. (2005). Posmodernidad: pluralidad y transversalidad. Anthropos Editorial, Barcelona, España.

Brenes-Camacho, G. (2004). Rezagados durante la crisis económica: Pobreza entre adultos mayores en Costa Rica. Población y salud en Mesoamérica, Vol 2, 2-36.

Brenes-Camacho, G.; Rosero-Bixby, L. (2007). Diabetes mellitus en adultos mayores costarricenses. Número especial: Proyecto CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad.

Brenes, M.; Vásquez, J.; Ventura, T. (2012). Miradas que marcan. Análisis crítico de las narrativas y las representaciones de los y las jóvenes en la prensa. Departamento de investigación Universidad La Salle. Editorial FLACSO.

Camarillo, M. (2003). La investigación hemerográfica en el Instituto de Investigaciones Bibliográficas. Recuperado el 05 de julio de 2016, de <http://132.247.12.15:10003/archivoCECU/ponsemloc/ponencias/803.html>

Carmona, J. (2012). Clínica de memoria: UCR y CCSS ofrecen atención integral de la demencia. Semanario Universidad.

Carrasquer, P. (2012). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. Universidad de Barcelona. Recuperado de www.revistas.ucm.es . [Consulta 22 junio 2016].

Carrillo, P. y Marín, M. (2009). Un acercamiento a las condiciones de vida de las personas adultas mayores trabajadoras en el sector informal, desde el Enfoque de Derechos. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Carvajal, M., Conejo, S., Piedra, Y., Vásquez, C. y Villalobos, C. (2001). Acreditación para la atención integral en establecimientos que brindan servicios a la población adulta mayor en Costa Rica. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Castro, M. (2008). Derechos Fundamentales, Dignidad Humana y Participación de los mayores en la sociedad (II). Revista Sesenta y más, 1 (275), 22-25.

Cascante, L.; Molina-Campos, L. y Ulate-Porras, A. (2006). Los derechos de los y las residentes de los hogares de ancianos de la sub -región de occidente de Costa Rica. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Centro Centroamericano de Población (CCP). (2014). Plataforma infocensos. Recuperado de <http://infocensos.ccp.ucr.ac.cr/index.php/grafico-crecimiento-poblacion-costa-rica.html> [Consulta 26 abril 2016].

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. (2013). Buenas prácticas Redes Provinciales de Pensionados y Jubilados del Magisterio Nacional en Costa Rica. Boletín Envejecimiento y Desarrollo. (11), 11. Recuperado el 8 de febrero del 2016, de http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/51631/Boletin_11.pdf

CELADE-CEPAL. (2005). Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas miradas., División de Población de la CEPAL Número 1.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2003). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. Recuperado de <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/13611/final-dsc-1-espanol.pdf> [Consulta 28 marzo 2016].

CEPAL. (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CELADE, División de Población de la CEPAL Número 1.

CEPAL. (2005). Impacto de las tendencias demográficas en los sectores sociales en América Latina: Contribución al diseño de políticas y programas. CELADE, División de Población de la CEPAL Número 1. Recuperado de <http://www.cepal.org/> [Consulta 15 marzo 2016].

Centro Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2050. San José, C.R.: Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2008

Centro Centroamericano de Población. Indicadores Demográficos. En <http://www.ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/index.htm>

Centro de Estudios Avanzados de las Américas. Módulo 7: Entorno geográfico mundial. Recuperado de <http://www.ceaamer.edu.mx/> [Consulta 15 marzo 2016].

Cerda, H. (1991). Los elementos de la investigación. Universidad Nacional Abierta. Bogotá: El buhó. Recuperado de <http://postgrado.una.edu.ve/metodologia2/paginas/cerda7.pdf> [Consulta 22 marzo 2016].

Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC). (2015). Situación de población adulta mayor LGBT en Costa Rica. Recuperado de https://www.cipacdh.org/pdf/Informe_final_CR_Am_LGBT.PDF [Consulta 12 abril. 2016].

Citizens Information Board. (2010). Anual Report 2010. Recuperado de http://www.citizensinformationboard.ie/downloads/cib/annual_report2010.pdf [Consulta 12 abril 2016].

Comas D'Argemir, D. (2014) Las crisis de los cuidados como crisis de reproducción social. Las políticas públicas y más allá. En: Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. 2-5 de setiembre de 2014. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265598631_La_crisis_de_los_cuidados_como_crisis_de_reproduccion_social_Las_politicas_publicas_y_mas_alla

Comisión Europea. (2013). El desarrollo de los servicios de acogida de niños de corta edad en Europa en pro del crecimiento sostenible e integrador. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2013:0322:FIN:ES:PDF> [Consulta 12 abril 2016].

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José, Costa Rica.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2011). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021. San José, Costa Rica.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2012). Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las personas adultas mayores en Costa Rica.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2013). Normativa en Beneficio de la Población Adulta Mayor. San José, Costa Rica.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (ASCADA), Alzheimer Iberoamérica (AI), Confederación Multidisciplinaria de Centroamérica de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (COMCAEDA) y Alzheimer Disease Internacional (ADI). (2014). Plan Nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, esfuerzos compartidos 2014-2024. San José, Costa Rica.

CONAPAM. (2017). Procedimiento para la atención y el cuidado de personas de 60 años o más, agredidas y/o abandonadas y de 65 años y más. San José, Costa Rica.

Coomeva. (2010). Diagnóstico de la situación de salud de la población afiliada a Coomeva. Perfil epidemiológico 2010. Recuperado de <https://studylib.es/doc/8266367/perfil-epidemiol%C3%B3gico-2010> [Consulta 23 octubre 2016].

Corte Suprema de Justicia. (2015). Circular 207-2015. Política Institucional para garantizar el acceso a la justicia de personas adultas mayores.

Decreto 30438-MP. (2002, 16 de mayo). Reglamento de la Ley 7935 (Ley Integral para la Persona Adulta Mayor). La Gaceta 93.

De la Cuesta-Benjumea, C. (2009). “Estar tranquila”: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. *Pensar Enfermagem*. Vol. 13. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/16902> [Consulta 27 febrero 2016].

Delval, J. (2007). Aspectos de la construcción del conocimiento sobre la sociedad. *Revista Educación* (30). p. 45-64. Recuperado de <http://www.scielo.br> [Consulta 7 setiembre 2016].

De Sousa, A. (2002). Envelhecimento, Estratégias de Saúde e Qualidade de Vida em uma Vila Popuar do município de Porto Alegre. Tese para obtenção do título de Mestre em Enfermage. Universidade Federa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Díaz, L.; Torruco, U.; Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica. Vol. 2. N° 7. Universidad Autónoma de México.

Di Domizio, D.P. (2011). Políticas públicas, prácticas corporales y representaciones sociales sobre la vejez: Un estudio de casos. Magister en Educación Corporal. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Di Filippo, M. y Mathey, D. (2008). Los indicadores sociales en la formulación de proyectos de desarrollo con enfoque territorial: documento de trabajo N° 2, 1era edición. Instituto de Tecnología Agropecuaria INTA. Buenos Aires, Argentina.

Dulzaides, M. y Molina, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. ACIMED. V. 12. N°2. Recuperado de <http://eprints.rclis.org/5013/1/analisis.pdf> [Consulta 15 julio 2016].

Durán, M. (2012). El trabajo no remunerado en la economía global. Fundación BBVA.

Durán, M. (2014). La rebelión de las familias. Mediterráneo Económico, vol. 26.

Eguiguren, A., García, M. y Mateo, I. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta sanitaria, Vol. 18. N° 4. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400021 [Consulta 16 junio 2017].

Esquivel, V., Faur, E., Jelin, E. (2012). Las lógicas del cuidado infantil entre las familias, el estado y el mercado. Buenos Aires: Argentina.

Estado Nación. (2016). Plan Rescate 2014-2018 Trabajo, Progreso y Alegría. Recuperado de http://electoral.estadonacion.or.cr/files/pac/PAC_propuesta2014.pdf [Consulta 15 mayo 2016].

Esteban, M.L. e Otxoa, I. (2010). El debate feminista en torno al concepto de cuidados. CIP-Ecosocial – Boletín ECOS n° 10, enero-marzo 2010.

<http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20ECOS/Boletin%2010/DIALOGO%20Esteban-Otxoa.pdf>

Etxeberría, X. (2005). Aproximación ética a la discapacidad. Bilbao. Universidad de Deusto.

Etxeberría, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En: Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en las políticas de derechos de las personas mayores. CEPAL, Naciones Unidas, México.

Farfán, R. (2009). La sociología comprensiva como un capítulo de la historia de la sociología. *Revista Sociológica*, año 24, número 70, mayo-agosto de 2009, pp. 203-214. Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Azcapotzalco.

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM). (2014). ASOCUPAM: espacio de expresión y apoyo a cuidadores familiares. Recuperado de <https://fiapam.org/etiqueta/asocupam/> [Consulta 16 julio 2017].

Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. *Revista Nueva Sociedad*, N°256. Recuperado de http://nuso.org/media/articles/downloads/4103_1.pdf [Consulta 16 julio 2017].

Felt, E.; Carrasco, J.; y Vives, C. (2017). Metodología para el desarrollo de un resumen de evidencia para políticas en salud pública. *Gaceta sanitaria*. Vol. 32. N°4. Sociedad española de salud pública y administración sanitaria.

Fernández, E. (2016, 9 octubre). Adultos mayores despiertan interés de más negocios en Costa Rica. *El Financiero*. Recuperado de <https://www.elfinancierocr.com/negocios/adultos-mayores-despiertan-interes-de-mas-negocios-en-costa-rica/5IU4U7DZDZC5HKRUARYLC4J23U/story/> [Consulta 1 febrero 2017].

Fernández Rojas, X.; Méndez Chacón, E. (2007). Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES- Costa Rica 2004-2006. Número especial: Proyecto CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*. Volumen 5, número 1, Julio - Diciembre, 2007. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Fernández, X. y Robles, A. (2008). I Informe estado de situación de la población adulta mayor en Costa Rica. Recuperado de https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_creditosweb.pdf [Consulta 29 mar. 2016].

Figueiro, R. y Regina, V. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf [Consulta 26 mayo 2017].

Flick, U. (2012). Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata. Madrid, España.

Fuentes, E. (2009). Representaciones sociales que orientan la fecundidad de mujeres de 20 a 29 años en tres contextos socioeconómicos. Población y salud en Mesoamérica. Vol. 6. N°2.

Garzón-Castrillon, M.A. (s.f.). El Seminario Investigativo: el Seminario Alemán. Barranquilla.

Gaston, L. (2001). La vejez como objeto de las representaciones sociales. *En libro: Jornadas Gino Germani*. Liliana Gastron, Jorge Vujosevich, Haydée Andrés y María Julieta Oddone. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 12 setiembre 2016].

García-Jiménez, E. (2011). Envejecimiento de la población trae retos y beneficios económicos. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Garzón, M. (s.f.) El seminario investigativo o seminario alemán. Recuperado de <https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-seminario-investigativo-seminario-aleman.pdf> [Consulta 28 mayo 2016].

Gil, F. (2013) ¿Qué significa investigar? Fondo de cultura económica de Chile.

Gimeno, B. (s.f.). Vejez y orientación sexual. Recuperado de <http://www.fundacion26d.org/wp-content/uploads/2014/06/informe-mayores-lgtb.pdf> [Consulta 26 noviembre 2017].

Girola, L. (2012). Representaciones e imaginarios sociales: Tendencias recientes en la investigación. En E. de la Garza Toledo y G. Leyva (eds.) Tratado de metodología de las

ciencias sociales: perspectivas actuales. México D.F. Universidad Metropolitana y Fondo de Cultura Económica.

Gómez, T. (2003). Heteroestereotipos y Autoestereotipos asociados a la Vejez en Extremadura. Tesis para optar por el grado de Doctorado en Psicología Social. Universidad de Extremadura. Extremadura, España.

González, N. y Gómez, M. (2006). Transición demográfica en el contexto caribeño. Ponencia en Seminario Internacional “Problemas de la población mundial en el siglo XXI: Dilemas y desarrollo”, La Habana.

González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. Tribuna del investigador. Vol. 11. N° 1-2. Recuperado de <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/> [Consulta 16 julio 2017].

Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. Recuperado de <http://tgrajales.net/investipos.pdf> [Consulta 30 de junio 2013].

Guevara, B., Zambrana de Guerrero, A.; EVIES, A. Cosmovisión en el cuidar de sí y cuidar del otro. Enfermería global, 2011, vol. 10, no 21.

Guzmán, L. (s.f.). Los estudios sobre la familia en Costa Rica: una mirada crítica desde los estudios de la mujer. Recuperado de <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=25368> [Consulta 15 junio 2016].

Hernández-Ortiz, A.W. (2013). Estudio comparativo de las notas acerca de los asesinatos ocurridos en la ciudad de Guatemala, durante el primer mes de enero de los años 2010 y 2011 en Prensa Libre y Siglo XXI. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Universidad de San Carlos de Guatemala. Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Hochschild, A. (2001). Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional, En Hutton, W. y Giddens, A. (Eds.). En el límite. La vida en el capitalismo global, Tusquets Editores, Barcelona

Huber et al. (2011). How should we define health. The BMJ; 343. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163> [Consulta 27 febrero 2016].

Huenchuan, S.; Guzmán, J. y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf [Consulta 23 mayo 2016].

Huenchuan, S. (2005). Políticas sobre Vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales. Recuperado de http://fiapam.org/?page_id=350 [Consulta 09 abril 2014].

Huenchuan, S. (2009). Políticas dirigidas a las personas de edad: Hacia un cambio de perspectiva en América Latina y el Caribe. *La Voz de los Mayores*, 1(7), 12-15. Recuperado de <http://www.conapam.go.cr/revista.asp> [Consulta 22 de febrero 2013].

Huenchuan, S; Roqué, M y Arias, C. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Santiago, Chile (CEPAL, Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la Nación, UNFPA).

Huenchuan, S. (2011). Módulo 1, Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuan, S. (2013). Los derechos de las personas mayores. El valor de la protección de los derechos de las personas mayores al más alto nivel. CEPAL. Santiago, Chile.

Huenchuan, S. y Rodríguez, I. (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). México.

Hernández, G. (1999). El Análisis de las Políticas Públicas: Una disciplina incipiente en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* 1999, (4).

Hernández, K. y Saénz, I. (2006). Primera Encuesta Nacional de Salud. Informe técnico y primeros resultados. Recuperado de https://ccp.ucr.ac.cr/documentos/farmacoeconomia/Documentos_ENSA/informetecnicoyprimerosresultadosENSA.pdf [Consulta 16 abril 2016].

Huenchuan, S. y Rodríguez, I. (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). México.

Inchaústegui, T. y Ugalde, Y. (2004). Materiales y Herramientas conceptuales para la Transversalidad de Género. Instituto de las mujeres, México D.F.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2008). Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento Foro de ONGs y Foro Científico Contribución de la Sociedad Civil a la conferencia Ministerial de la ONU sobre envejecimiento. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/23004foroscivilenv_es.pdf [Consulta 20 mayo de 2016].

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Gobierno de España. (2011). Envejecimiento activo. El libro blanco. Madrid, España.

Instituto Mixto de Ayuda Social. (2016). Plan Gobierno Laura Chinchilla 2010-2014. Recuperado de http://www.imas.go.cr/servicios_linea/centro_documentacion_cire/cire_coleccion/cire_planes/Plan%20Gobierno%20%20Laura%20Chinchilla%202010-2014.pdf [Consulta 15 julio 2016].

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y Centro Centroamericano de Población (CCP). (2008). Estimaciones (1950-2007) y Proyecciones (2008-2100) de Población Costa Rica por sexo y edad.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2011). X Censo Nacional de Población. Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2011). Encuesta Nacional de Hogares: cifras básicas sobre fuerza de trabajo, pobreza e ingresos. Julio 2011. San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Vol. 1, Año 2.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2012). X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011 Resultados Generales. Recuperado el, de http://www.cipacdh.org/pdf/Resultados_Generales_Censo_2011.pdf [Consulta 29 marzo 2014].

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2013). Costa Rica: Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950-2050. San José, Costa Rica: publicaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), marzo 2013.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2013). Encuesta Nacional de Hogares. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/enaho/result/adultMayor.aspx> [Consulta 24 marzo 2015].

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2015). Encuesta Nacional de Hogares 2015. Resultados generales.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2016). Encuesta Nacional de Hogares Julio 2016. Resultados Generales.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2017). Encuesta Nacional de Hogares.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2017). INEC, Encuesta Continua de Empleo (ECE).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2018). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: resultados generales.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2018). Encuesta Continua de Empleo al segundo trimestre 2018. Resultados Generales.

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2008). Estudio sobre las percepciones sociales sobre el cuidado. San José, Costa Rica.

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2011). Identidad de género y cuidado. Colección Aprendo con Igualdad y Equidad; n° 9.

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2012). Encuesta de Uso del Tiempo en la Gran Área Metropolitana 2011: una mirada cuantitativa del trabajo invisible de las mujeres.

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2015). Segundo Estado de los Derechos de las Mujeres en Costa Rica. San José, Costa Rica.

Jiménez, R. (2014). Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma. En: Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y

práctica en las políticas de derechos de las personas mayores. CEPAL, Naciones Unidas, México.

Jorquera, P. (2010). Vejez y envejecimiento: Imaginarios sociales presentes en los textos escolares oficiales del Ministerio de educación chileno. *Revista Mad*. N°22.

Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto posmayor. *Desacatos* 50, enero-abril. Pp. 156-169.

Knoepfel, P. Larrue, C. Subirats, J. y Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona, España: Editorial Ariel.

León, M. (2011). Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM). Repositorio Centroamericano SIIDCA. Recuperado de <http://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoUNACR6994/Description#tabnav>

Letablier, M. T. (2007). El trabajo de «cuidados» y su conceptualización en Europa, en Prieto, C. (ed.). *Trabajo, Género y tiempo social*, Editorial Complutense, Madrid

Ley N° 7935, 1999. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Ley N° 9379, 2016. Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Ley N° 9325, 2015. Contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado en Costa Rica. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

López, O. (2013). Sociología del envejecimiento. Recuperado de <http://www.suat.com.uy> [Consulta 15 marzo 2016].

Loría, R.; Chaverri, M.; Corrales, D. y Loría, M. (2014). Situación sociolaboral de las personas cuidadoras no remuneradas de personas adultas con discapacidad: Estudio piloto en Palmares, Alajuela, Costa Rica 2011-2013. *Revista Noticias Centroamericanas Salud, Trabajo y Ambiente*. Volumen 11.

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa*, n° 9. Recuperado de <http://dev.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf> [Consulta 26 mayo 2017].

Lutz, B. (2010). La acción social en la teoría sociológica: Una aproximación. Argumentos, vol. 23. n° 64.

Marco, F. (2012). La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas. Publicación de las Naciones Unidas-CEPAL. Santiago, Chile.

Martínez, J. (2005). La pieza que faltaba: uso del tiempo y regímenes de bienestar en América Latina. Revista Nueva Sociedad 199. Setiembre-octubre 2005.

Martínez, J. (2008). Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familias. Instituto de Investigaciones Sociales. Editorial UCR.

Martínez, J. (2010). Conciliación con corresponsabilidad social en América Latina: ¿Cómo avanzar? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Colección Atando cabos; deshaciendo nudos. Recuperado de http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/conciliacion_es_2010.pdf [Consulta 24 agosto 2016].

Martínez, A.; Meneses, G.; Salas, J. y Solano, H. (2009). Formación del régimen de política social costarricense durante la época dorada (1970 -1975): Actores, paradigmas, influencias e implicaciones en el presente. Seminario para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Martínez, J. (2011). Métodos de Investigación cualitativa. Revista Silogismo más que conceptos. N° 8. 1-33.

Martínez, M.A. (2006). La quiebra del principio de igualdad de oportunidades en las mujeres cuidadoras de personas con dependencia. Revista de cultura y ciencias sociales. N° 49-50. 107-116 pp. Virtual: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2222368>

Menjívar, M. (2012). ¿Hacia masculinidades tráfugas? Políticas públicas y experiencias de trabajo sobre masculinidades en Iberoamérica. FLACSO. San José, Costa Rica.

Méndez Chacón, E.; Rosero-Bixby, L. (2007). Prevalencia de hipertensión en adultos mayores de Costa Rica. Número especial: Proyecto CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable. Revista Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 5, número 1, Julio - Diciembre, 2007. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Mercado, M. (2015). El goce de la adultez mayor: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163> Concepciones de bienestar presentes en la tercera edad. Integración Académica en Psicología. Vol. 3. N° 8. Recuperado de <http://integracion-academica.org/anteriores/17-volumen-3-numero-8-2015/95-en-el-goce-de-la-aduldez-mayor-concepciones-de-bienestar-presentes-en-la-tercera-edad> [Consulta 15 marzo 2016]

Milosavljevic y Tacla. (2009). Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares: restricciones y potencialidades. Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadística. Panorama Estadístico. 2 (17) Recuperado de <http://www.one.gob.do/> [Consulta 15 marzo 2016].

Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión. (2016). Política Nacional de Atención Integral para personas en situación de abandono y en situación de calle. San José, Costa Rica.

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (2014). Cuidados como sistema. Propuesta para un modelo solidario y responsable de cuidados en Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Planificación Nacional y Política económica. (2016) Página principal. Recuperado de <http://www.mideplan.go.cr/> [Consulta 15 julio 2016].

Ministerio de Salud de Gobierno de Colombia, s.f. Abecé. Enfoque de curso de vida. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf> [Consulta 16 julio 2017].

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). Política Nacional de Salud Mental 2011-2021. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). Estrategia Nacional. Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad 2013-2021. San José, Costa Rica

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2018). Estrategia Nacional para un envejecimiento saludable basado en el curso de la vida 2018-2020. San José, Costa Rica.

Miró-, C. A. (2013). América Latina, Población y Desarrollo. Recuperado de <http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/> [Consulta 15 marzo 2016].

Miró-, C. A. (2001). La Población del Istmo Centroamericano. Tendencias hacia fines del Milenio y retos para el Siglo XXI. En “Población del Istmo 2000: Familia, migración, violencia y medio ambiente”. Editado por Luis Rosero Bixbi, Centro Centroamericano de Población, San José, Costa Rica.

Molina, E. (2004). Las políticas públicas en torno a la familia en Costa Rica, en el contexto de la crisis del Estado Social 1990 -2002. Tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Ciencias Políticas. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Moliner, P. (1996). Images et représentations sociales. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/289066831_Images_et_representations_sociales_De_la_theorie_des_representations_a_l'etude_des_images_sociales [Consulta 27 setiembre 2017].

Monge-Guevara, G. y Muñoz-Chacón, S. (2008). Informe Final. Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de reconciliación con responsabilidad social. OIT-PNUD

Montero, X. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez en México. *Revistas científicas complutenses*, Vol. 11, N°1. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44918> [Consulta 28 junio 2017].

Morales, O. (2004). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. Recuperado de <http://webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/publicaciones/articulo18.pdf> [Consulta 13 de julio de 2016].

Moreno-Altamirano, A.; López-Moreno, S.; Corcho-Verdugo, A. (2007). Principales medidas en epidemiología. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2232/223219928011.pdf> [Consulta 25 abril 2017].

Munévar, D. y Villaseñor, M. (2005). Transversalidad de género. Una estrategia para el uso político-educativo de sus saberes. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, núm. 21, 2005, pp. 44-68 Universidad de Guadalajara, México.

Navarro, N (1986). *Práctica del Seminario Investigativo Bogotá*.

Navarro, N. (2001). El Seminario Investigativo. Bogotá: ASCUN- Simposio Permanente sobre la Universidad, Primer Seminario General.

Nué, A. (2000). Percepciones y autopercepciones de ancianos en Santa Cruz de Andamarca. Asociaciones con actividad y productividad, y salud y muerte en una comunidad de la sierra de Lima. *Anthropologica*. Vol. 18. Núm 18. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/1302/1256> [Consulta 29 marzo 2016].

Nutley, S.; Walter, I. y Davis, H. (2003). From knowing to doing: A framework for understanding the evidence-into-practice agenda. *Evaluación*. Vol. 9. N°2.

Organización de Estados Americanos (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Envejecimiento activo: un marco político [Versión electrónica], *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(2), 74-105. Recuperado el de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento01.pdf> [Consulta 22 de marzo del 2016].

OMS. (2016). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. 69° Asamblea Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Recuperado de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf> [Consulta 25 enero 2018].

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2000). Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Santiago, Chile.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2004). Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Santiago, Chile.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2011). Declaración de Brasilia. II Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. Brasilia, Brasil.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2012). Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José, Costa Rica.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2017). Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-CEPAL). (2017). Proyecto de declaración de Asunción. Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos. Cuarta conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Observatorio de equidad de género en salud. Informe 2005. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud, Chile. Segunda Fase.

Palacios, A. (2016). La soledad en el adulto mayor. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores.

Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social en: Cuadernos de la CEPAL #94. Publicación de las Naciones Unidas. Chile, Santiago.

Partido Liberación Nacional. (2016). Reseña histórica. Recuperado de <http://www.plnrc.org/#!resena-historica/c1t3j> [Consulta 15 julio 2016].

Partido Liberación Nacional. (2016). Programa de Gobierno 2006-2010. Recuperado de <http://americo.usal.es/oir/opal/Documentos/CostaRica/PLN/ProgramaGobPLN06-10.pdf> [Consulta 15 julio 2016].

Paz, J. (2010). Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_140847.pdf [Consulta 23 marzo 2016].

Pérez Díaz, J. (1998). La demografía y el envejecimiento de las poblaciones, incluido en A.S. Staab y L.C. Hodges. Enfermería Gerontológica. McGraw Hill, pp. 451-463. México.

Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza Tormenta1: La Crisis De Los Cuidados Y La Reorganización Del Sistema Económico. Recuperado de http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf Agrela

Periódico La Nación. (2001, 7 de noviembre). Especial Elecciones 2002. Partido Unidad Social Cristiana. Candidatura Dr. Abel Pacheco Administración 2002-2006. Recuperado de http://www.nacion.com/ln_ee/2001/noviembre/08/plan_gobiernopusc1.html [Consulta 15 julio 2016].

Pintos, J. (2004). Inclusión-exclusión. Los imaginarios sociales de un proceso de construcción social. Semana, Ciencias Sociales y Humanidades. N°16.

Pintos, J. (2014). Algunas precisiones sobre el concepto de imaginarios sociales. Revista Latina de Sociología. N°4.

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. (1982). Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Viena, Austria.

Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento. (2002). Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España.

Pole, K. (2009). Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. En Renglon, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm.60. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.

Presidencia de la República de Costa Rica. (2017, 31 de octubre). Costa Rica presenta resultados de Foro de Alto Nivel sobre Flujos Migratorios en OEA.

Presidencia de la República de Costa Rica. (2017, 10 de noviembre). Encuentro Mundial de Zonas Azules mezclará cultura, tradiciones, turismo e investigación.

Presidencia de la República de Costa Rica. (2018, 14 de marzo). Inicia aplicación de Encuesta Nacional de Cuidados y Apoyos. Comunicado. Recuperado de <https://presidencia.go.cr/comunicados/2018/03/inicia-aplicacion-de-encuesta-nacional-de-cuidados-y-apoyos/> [Consulta, 15 marzo 2018].

Programa Estado de la Nación. (2000). Sexto Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 11 marzo 2016].

Programa Estado de la Nación. (2001). Séptimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 14 marzo 2016].

Programa Estado de la Nación. (2002). Octavo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 14 marzo 2016].

Programa Estado de la Nación. (2003). Noveno Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 14 marzo 2016].

Programa Estado de la Nación. (2004). Décimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 22 marzo 2016].

Programa Estado de la Nación. (2005). Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 17 abril 2016].

Programa Estado de la Nación. (2006). Duodécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 17 abril 2016].

Programa Estado de la Nación. (2007). Decimotercer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 17 abril 2016].

Programa Estado de la Nación. (2008). Decimocuarto Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 21 abril 2016].

Programa Estado de la Nación. (2009). Decimoquinto Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 07 mayo 2016].

Programa Estado de la Nación. (2010). Decimosexto Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 18 mayo 2016].

Programa Estado de la Nación. (2011). Decimoséptimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 03 junio 2016].

Programa Estado de la Nación. (2012). Decimoctavo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 03 junio 2016].

Programa Estado de la Nación. (2013). Decimonoveno Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de [Consulta 08 junio 2016].

Programa Estado de la Nación. (2014). Vigésimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 08 junio 2016].

Programa Estado de la Nación. (2015). Vigésimo Primer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/> [Consulta 08 junio 2016].

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Universidad de Costa Rica (UCR). (2011). Atlas del Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Puga, D.; Rosero-Bixby, L; Glaser, K.; Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Número especial: Proyecto

CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable. Revista Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 5, número 1, Julio - Diciembre, 2007. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Ramírez-García, M. M. (2013). Construcción sociocultural de las emociones en el proceso del cuidado en la vejez en un contexto de exclusión social urbana. Prácticas y significados de mujeres adultas mayores y el cuidador(a), en sus comunidades de vida y sentido. Tesis de maestría, Maestría en Comunicación de la Ciencia y la Cultura. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. Recuperado de <http://www.rei.iteso.mx/> [Consulta 15 marzo 2016].

Ramírez, L. (2016, 31 de mayo) Curridabat y San Pablo tendrán “centros de respiro” para cuidadores de personas con Alzheimer. AmeliaRueda. Recuperado de <https://www.ameliarueda.com/nota/curridabat-san-pablo-tendran-centros-respiro-cuidadores-alzheimer-2016>

Recio, P. (2018, 10 de agosto). 127 adultos mayores han sido abandonados este año en Costa Rica. La Nación. Salud.

Reuben, S. (2000). Política social y familia. En: Población del Istmo 2000: familia, migración, violencia y medio ambiente. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica.

Revista Población y Salud en Mesoamérica. Envejecimiento Saludable. Volumen 5, número 1, Julio - Diciembre, 2007. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Rieznik, P. (2001). Trabajo, una definición antropológica. Razón y Revolución número 7.

Rivera-Garreta, M.M. (2001). Mujeres en relación. Feminismo 1970-2000. Barcelona: Icaria.

Robles, L. (2003). Género, pobreza y cuidado: La experiencia de mujeres cuidadoras urbanas. En: Salgado, N. y Wong, R. (2003). Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/315113620_Genero_pobreza_y_cuidado_La_experiencia_de_mujeres_cuidadoras_pobres_urbanas [Consulta 16 julio 2017].

Robles, A. (2005). Cambio demográfico, inversión social y diferencias generacionales en Costa Rica. Notas de población N°82, CEPAL.

Robles, A. (2008). Cambio demográfico, inversión social y diferencias generacionales en Costa Rica. En. Notas de Población N. 82. Pp.69-94. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Robles, L. & Pérez, A. C. (2012). Expectativas sobre la obligación filial: comparación de dos generaciones en México. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10 (1), pp. 527-540. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/> [Consulta 15 marzo 2016].

Robles-Silva, L., Vázquez-Palacios, F., Reyes-Gómez, L. y Orozco-Mares, I. (2006). Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. El Colegio de la Frontera Norte. México.

Rodríguez, F. y Banegas, J. (2009). Conceptos y usos de la epidemiología. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf [Consulta 27 abril 2017].

Rodríguez, A., Vega, N. y Rodríguez, L. (2006). Mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor de las Áreas de salud de Naranjo y Valverde Vega mediante acciones socioeducativas y promocionales. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. San Ramón, Costa Rica.

Rodríguez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? Revista CEPAL 106, abril 2012.

Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. España: Artegraf.

Rosero, L. (1995). La reducción de la mortalidad de adultos. Actualidad demográfica de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población.

Rosero, L. (1999, 31 de enero). La Revolución Demográfica. La Nación, p. 15. Recuperado de <https://ccp.ucr.ac.cr/investi/nacion/revolucion.htm> [Consulta 26 marzo 2016].

Rosero-Bixby, L. (2005). ¿Son los nonagenarios costarricenses los seres humanos más longevos? En López, G. & Herrera, R. (Editores). Ensayos en Honor a Victor Hugo Cespedes Solano. San José, C. R.: Academia de Centroamerica, 161-188. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Rosero-Bixby, L.; Brenes-Camacho, G.; Méndez-Chacón, E. (2008). Obesidad, envejecimiento y mortalidad en Costa Rica. Sociedad y Adulto Mayor en América Latina. Estudios sobre Envejecimiento en la Región, p. 117-138. Rio de Janeiro, Brasil: ALAP Editor, UNFPA, 1ª. Ed. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Rosero-Bixby, L. y Jiménez-Fontana, P. (2012). Retos y oportunidades del cambio demográfico para la política fiscal de Costa Rica. San José: Editorial Universidad de Costa Rica. Versión digital: <http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/retosyoportunidades.html> Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Rosero-Bixby, L. y Robles, A. (2008). Los dividendos demográficos y la economía del ciclo vital en Costa Rica. Papeles de Población 14(55): 9-34. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 15 marzo 2016].

Salgado, N. y Wong, R. (2003). Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México.

Sánchez, C. (2011). Género y Vejez: Una Mirada Distinta a Un Problema Común. Ciencia, Revista de la Academia Mexicana de Ciencias, 1(62), pp. 48-53. Recuperado de <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/105/103> [Consulta 21 junio 2016].

Sauma, P. (2011). Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica. Chile: CEPAL

Sauma, P. (2011). Protección social y trabajo no remunerado: redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica. Informe de consultoría para CEPAL. Recuperado de https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/2/42272/Proteccion_social_-_informe_final.pdf [Consulta 21 junio 2016].

Sayago, S. (2014). El análisis de discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile.

Serrano Madrigal, E. (2002). De la memoria individual a la historia social: grupos de encuentro de las mujeres lesbianas costarricenses. Tesis de maestría en Estudios de la Mujer, Universidad de Costa Rica.

Setién-Santamaría, M. L. y Acosta-González E. (2010). La gestión de la crisis de los cuidados y su relación con la feminización de las migraciones. Análisis comparativo de los modelos de España y Chile. <http://www.siiis.net/documentos/ficha/194482.pdf>

Sol-Arriaza, R. (2012). El desafío de la participación ciudadana en el estado democrático de derecho y retos de la participación ciudadana en la gestión de políticas públicas, en espacios institucionales de los estados centroamericanos. FLACSO, San José, Costa Rica.

Solís, M. (14 de julio de 2017). CCSS ofrece mayores facilidades para asegurar a población adulta mayor. Nota extraída de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-ofrece-mayores-facilidades-para-asegurar-a-poblacion-adulta-mayor>

Tejada, L. y Mercado, F. (2013). La atención médica a los enfermos crónicos. Contribuciones de una evaluación cualitativa. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México.

Thumala, D. (2011). Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer. Tesis para optar al grado de Doctora en psicología. Universidad de Chile.

Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género, en EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. N.o 15, enero-junio.

Travassos, C. (2013). La comercialización del cuidado de la salud. Saúde Pública. Vol. 29. Río de Janeiro, Brasil.

Twigg, J. (1993). Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis. En Jamieson, A. & Illsley, R. (Eds.), Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas. Barcelona: SG Editores.

United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). (2010). Cuál es la importancia del cuidado para el desarrollo social. Recuperado de <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/110344BD15614820C12577190051F32> A [Consulta 25 julio 2016].

Universidad de Costa Rica. (2006). Encuesta Nacional en Salud.

Valverde, J.M. (2004). Contexto y Perfil de las Instituciones de Bienestar Social para la atención de las personas adultas mayores. CONAPAM.

Vaquiro, S., & Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Revista Ciencia y Enfermería*. XVI (2): 9-16 pp. Digital: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext

Vázquez, E. y Enríquez, M. (2012). Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional de cuidadores familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco. *Revista de Antropología Social Desacatos*. 39, 57-72.

Vega, I. (2006). *Subjetividades en tránsito en los servicios de atención y cuidado. Aproximaciones desde el feminismo*. Barcelona: Disputación de Barcelona.

Vega-Jiménez, P. (2013). La guerra como espectáculo mediático, La prensa centroamericana en la Gran Guerra (1917). *Revista Historia y Comunicación Social*. Vol 18, p. 43-61.

Vela, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: La entrevista cualitativa. En Tarrés, M. (2001). *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Colegio de México y FLACSO, México.

Villa, G. (2013). *¿Qué significa investigar? Exorcismo de trabajo de investigación*. España: Fondo de Cultura Económica.

Villalobos, C. (2000, 20 de junio). Tilarán llora a sus ancianos. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/ln_ee/2000/julio/20/pais1.html [Consulta 25 mayo 2017].

Villalobos, M. (2006). Características sociodemográficas la población adulta mayor e influencia de la participación en procesos de socialización grupal en su independencia social. Pithaya y Guacimal. Área de salud 3. Región Pacífico Central. Costa Rica. 2002-2003. Universidad Nacional, Heredia.

Weber, M. (2001). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.

Zambrano, M. (2007). *Filosofía y educación*. Manuscritos, ed. Angel Casado y Juana Sánchez-Gey. Málaga: Agora.

3.5) ANEXOS

3.5.1) Nota aclaratoria del seminario de graduación

El proyecto “Situación y desafíos de las políticas de cuidados de la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la persona adulta mayor (Ley 7935-1999) y en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente.” fue sometido a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación contemplando la participación de 5 personas. Fue aprobado el 04 de enero de 2016 según el oficio SO-008-2016 de la Escuela de Sociología, en modalidad de seminario de graduación. No obstante, muy tempranamente una de las estudiantes hizo renuncia de su participación y tres lo llegan a hacer entre julio 2016 y octubre 2017.

Dado que se trata de un seminario de graduación, se determina generar esta nota aclaratoria que recaba en detalle la participación con los aportes individuales, así como los momentos en que la mayoría de integrantes se retiran de la investigación.

Es importante aclarar que cuando se retira la cuarta integrante, mi persona presentó la nota para solicitar la continuación dado lo inusual de esta situación, con fecha de 18 de octubre de 2017, esta fue debidamente analizada y aprobada con el director Dr. Allen Cordero Ulate.

El siguiente cuadro detalla los integrantes del seminario con la fecha en que presentaron su renuncia, además de los aportes realizados en el proceso de investigación:

Salidas	Avance de la investigación
Kimberly Chinchilla Quirós, carné A91827. Marzo 2016.	Aporte colectivo: Avances preliminares de la revisión bibliográfica.
Bryan Porras Abarca, carné A84884. Julio 2016.	Aporte colectivo: Participación en las correcciones solicitadas por la CTFG y formulación de la estrategia metodológica a seguir.
Jason Ismael Rojas Rojas, carné	Aporte colectivo: Participación en las correcciones solicitadas por la CTFG. Sesiones de formulación de la estrategia metodológica y

A54929. Julio 2017.	<p>preparación para la ejecución de los seminarios investigativos. Planificación y participación en la ejecución de los 4 seminarios investigativos y su transcripción, construcción de base de datos hemerográficos.</p> <p>Aporte Individual: Revisión de indicadores sociodemográficos y epidemiológicos.</p>
Natasha Núñez Morales, carné A74623. Octubre 2017.	<p>Aporte colectivo: Participación en las correcciones solicitadas por la CTFG. Sesiones de formulación de la estrategia metodológica y preparación para la ejecución de los seminarios investigativos. Planificación, ejecución de los 4 seminarios investigativos y su sistematización, construcción de base de datos hemerográficos y construcción de los instrumentos de entrevista. Aporte individual: Matriz Estados de la Nación, matriz de normativa, revisión bibliográfica sobre cuidados y género.</p>
María Fernanda Hernández Salas, carné A93050. Sustentante.	<p>Aporte colectivo: Participación en las correcciones solicitadas por la CTFG. Sesiones de formulación de la estrategia metodológica y preparación para la ejecución de los seminarios investigativos. Planificación, ejecución de los 4 seminarios investigativos y su sistematización, construcción de base de datos hemerográficos. construcción de los instrumentos de entrevista.</p> <p>Aporte individual (hasta octubre 2017): Revisión teórica y metodológica de los ejes transversales, construcción gráfica de línea del tiempo de políticas de protección, análisis relacional de políticas, participación en 4 eventos académicos relacionados con la temática, elaboración y manejo de correspondencia.</p>

En síntesis, a octubre de 2017, con la salida de la penúltima integrante, el seminario había llegado hasta este punto de avance punto de avance: ampliación parcial de marco conceptual, recuento y descripción de normativa, incluyendo tendencias en políticas y gestión pública, análisis de Informes de Estado de la Nación, identificación con descripción inicial de los indicadores, 4 seminarios investigativos con sus respectivas transcripciones, 3 instrumentos de entrevista para ser validados.

El aporte individual posterior comprende la realización del trabajo de campo (26 entrevistas semiestructuradas) en los cantones de Osa, Turrialba y Curridabat, su procesamiento, el análisis

hemerográfico, la culminación de los reportes de los seminarios investigativos, el seguimiento y discusión mediante tutorías con la docente a cargo, la participación en 6 eventos académicos e institucionales atinentes a la temática, revisión actualizada de producción académica, marco regulatorio y tendencias internacionales de la atención de la PAM respecto a los cuidados, la discusión y el proceso de análisis mediante triangulación de técnicas y la redacción del informe final del seminario.

3.5.3) Anexo 3. Matriz histórica de revisión hemerográfica. Construcción de categorías y adjetivos, basado en imágenes, representaciones, estereotipos, significados.

Persona adulta mayor

80	90	2000	2010
<p>Anciano inútil: frágil, ciego, viejo, demente.</p> <p>Dependiente: protección, sin higiene, en soledad, atendidos por asignación familiar</p> <p>Desechable: atropello, devorado, asesinado, cadáver</p> <p>Enterrado, abandono, occiso, estrangulado (se centra en mujeres), derecho de abandono</p> <p>Valeroso: longevo, eternidad, felicidad, valiente, octogenario, trabajador, con pensión, autosuficiente, admirado, los que destacan (artes, deporte). Experimentado (se</p>	<p>Apreciado: apreciado, inspiración, amoroso. Es nombrado, es querido, ciudadano de oro</p> <p>Resguardado: protección estatal. Por profesionales, amigos que les cuidan</p> <p>Desechable: Asesinado, infortunado, atropellado, rostizado (le prenden fuego con gasolina), destrozado</p> <p>Roble: no se arruga, maestro de vida (hombres), de barro</p>	<p>Perdido, senil</p> <p>Se multiplican: siglo de viejos el país envejece</p> <p>Protegido por el estado, vacunación. Asilado. Ley protege, tutela, subsidios</p> <p>Desechable Agredido y abandonado, golpeado, quemado, carbonizado, desmembrado. Abuso, pensión, despojo.</p> <p>Injusticia, ciudadano segunda clase. Abuso institucional.</p> <p>Discriminado: maltrato en la calle</p> <p>Ciudadano: de oro, ocupación, visibilización, apreciado, joven por siempre,</p> <p>Ejemplar: por labor que realiza y estado físico-mental,</p>	<p>Multiplicado: son muchos, en aumento, veloz.</p> <p>Estudiado: por demencia,</p> <p>Rescate, protección, red de cuidado. Pensiones no contributivas, red familiar de cuidado. resguardo</p> <p>Desechable Garroteado, apabullado, deceso.</p> <p>Abandonado: Desechado, descuidado, solos (más mujeres)</p> <p>Con habilidades (aparece la mujer), valor de longevidad por capacidades, con poder adquisitivo</p>

<p>centra en hombres)</p> <p>Agresor: intolerante</p> <p>Suicida: deprimido, sin querer seguir, abandonado, intenta y/o se suicida</p> <p><u>Otros:</u></p> <p>Convergen entre generaciones</p> <p>Ciudadano porque que vota, símbolos patrios</p> <p>Valerse por sí mismo, aun con capacidad disminuida</p>	<p>Agresor: Furioso, celoso (hombre)</p> <p>Proveedor: si tiene poder adquisitivo (pensión, herencia) (M/H)</p> <p>Organizado: tercera edad, derechos (M/H). Ciudadano el que vota, democracia</p> <p>Rebelde: ya no cuenta cuentos, ya no es como antes</p> <p><u>Otros:</u></p> <p><i>Desprotegido:</i> los sin pensión</p>	<p>saludable.</p> <p>Conocen recursos que les protege: 911</p> <p>Siente: amor sin edad, recreación, tienen sexualidad,</p> <p><u>Otros:</u></p> <p>Nuevas enfermedades: SIDA, cáncer. Alternativas de atención</p>	<p>Agresor: violador (hombre)</p> <p>Asalto, por recurso, robo, degüella</p> <p>Desempleado: sin recursos, sin pensión</p> <p>Siente: tienen sexualidad, risas, juego</p> <p>Fuerte y activo: Vida saludable, vida activa</p>
--	---	--	---

Cuido y cuidados

80 y anterior	90	2000	2010 – actualidad
<p>Obligatorio: protección, responsabilidad de adultos, sostenerles,</p>		<p>Estado debe responder a demanda cuidado AM, incluidos procesos de mejora, inversiones. Legislación especial:</p>	<p>Red de cuidado, intersectorialidad, políticas específicas, formación especializada,</p>

sustento, asilo		proyección, política nacional de cara al aumento.	campanas concientización Cobertura universal: gripe estacionaria, por ejm
Derecho a un hogar , para el cuidado, para la protección	Por natural derecho de existir, atención igualitaria (con o sin recursos), Hogar de ancianos para envejecer Hogares diurnos: salud y atención médica	Cuido como derecho: Trato preferencial, la atención que merecen. Resarcirles	Responsabilidad hacia AM Agenda salud pública basada en DDHH
Resguardo institucional: albergar, dar cariño, asistencial	Cuidado y protección <u>sin sobreprotección</u>	Protección/salvaguarda: ante agresión, violencia y abandono (familiar e institucional)	
	Desigual: seguro para los que tienen ingresos, no por los sin pensión, trato preferencial. Aparece, se habla del cuido privado	Economización de los cuidados: el costo de atención de c/AM	
Integral: atención integral, sustento, medicina preventiva, higiene, ocupacional Programas de atención, centros de cuido,	Atención biopsicosocial, prevención de por vida (H/M). Programas para mejorar calidad de vida	Atención psicosocial: paciencia (“Ser que camina con tres extremidades”), gente preparada en; atención integral, nutrición, recreación y salud, sensibilización. Servicios integrales con equidad y género	Red de atención geriátrica comunitaria Integración social. Actividad física, alimentación
	Proyectado a demanda: serán muchos, se requiere respuesta	Política nacional de cara al aumento poblacional -Vejez latina amenazada,	-Proyección demanda protección a largo plazo es gigante: 1000

Injusto: quita recursos a otras poblaciones	interinstitucional,	no previsión de cuidados	millones
Limitado: espacio reducido, falta condiciones	No adecuación de espacios	Infraestructura obsoleta, deficiente, sin capacidad instalada. Descuido lleva a incendio, muchas perdidas	Nuevas tecnologías. Adecuación servicios según problemas de AM: demencias, por ejm -Fármacos insuficientes
Reclamo sin respuesta: piden, necesita, no ocurre, ayuda, patrullas no atienden, aislado, separados	Amenaza de abandono	En lista de espera: hacen fila para centros de cuidado y hospitales	
Caridad: por los ancianos	Caridad: noble causa, para quien no tiene recursos para solventarlo		Maltrato: patrimonial, emocional
	Cuidador/a institucional: debe prepararse -Capacitación técnica para cuidadoras	Cuidador/a institucional: Sensibilización y capacitación a instituciones	-Preparación para cuidar, cuidado familiar
Otros			
-Jóvenes hostigadores que no entienden cuidado AM -Regulación y vigilancia institucional	-Vigilancia por malversación de fondos (pensiones) en asilo -No tienen pensión, atención al sistema de pensiones	-Llamado a la conciencia, por negligencia hacia esta población -Código para proteger viejitos -Reducción de trámites y facilitación de acceso: no carne ciudadano oro -Hacienda debe a AM, no se derivan los recursos asignados -Atención médica: SIDA	-De nuevo, caso violencia patrimonial en una institución -Concientización jóvenes-adultos -Se visibiliza el perfil epidemiológico y sus implicaciones

3.5.4) Anexo 4. Memoria del I seminario investigativo: Género y envejecimiento: cuidado autonegado, masculinidades, población LGBTIQ

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología

Proyecto:

Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población (es) adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999), en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Fecha: miércoles 15 de febrero de 2017

Hora: 5:30 p.m. a 08:30 p.m.

Lugar: Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales, Aula 506.

Personas Seminaristas:

Bach. María Fernanda Hernández Morales

Bach. Natasha Núñez Morales

Bach. Jason Ismael Rojas Rojas

Tutora:

M.Sc. Rocío Loría Bolaños

Personas invitadas y participantes:

Lic. Karla Isabel Acuña Salas, CIPAC

Lic. Geovanna Jiménez Zúñiga, CIPAC

Lic. Marco Castillo Rojas, Movimiento Diversidad Costa Rica

M.Sc. Ester Serrano Madrigal, INAMU

M.Sc. Teresita Ramellini Centella, Directora Escuela de Psicología UCR

Dr. Allen Cordero Ulate, Director Escuela de Sociología UCR

Mario Bonilla Chaverri, Estudiante Sociología UCR

Presentación

Como parte de nuestro proceso de investigación nos propusimos elaborar cuatro seminarios investigativos¹¹, los temas centrales planteados para el análisis y la discusión en cada uno de los mismos, giran en torno a: Género e envejecimiento, Autonomía, Transformación del perfil epidemiológico, y, crisis de los cuidados y cambio cultural.

Con estos seminarios, pretendemos abrir el espacio para una discusión integral desde un enfoque multidisciplinario, y a la vez, mediante los aportes grupales generados durante la implementación de esta técnica de investigación, poder mejorar nuestro análisis.

Una de las estrategias de esta metodología de aprendizaje, consiste, en la formación de las personas seminaristas como cientistas sociales, es decir, en la posibilidad de producir conocimiento de manera conjunta, ese conocimiento al ser compartido y transmitido tiene la posibilidad de ser pensado y por tanto criticado, valorado y renovado.

Por otro lado, la presencia de las personas expertas en la temática es fundamental, ya que gracias a su experticia, es que se puede evaluar el estado del proyecto de investigación, desde perspectivas de análisis diversas, consideramos que es un método que en gran medida permite objetivar la investigación en curso.

La decisión de elaborar estos seminarios, es el resultado de la búsqueda de una herramienta metodológica para la concreción de nuestra cuarta etapa investigativa, y así para poder alcanzar asertivamente el cuarto objetivo específico de nuestra tesis, siendo este: Determinar prioridades y adecuaciones a las políticas públicas de cuidado de la población (es) adulta mayor en Costa Rica.

Se torna necesario señalar que, así como nuestra investigación, es atravesada transversalmente desde tres ejes de análisis teóricos y metodológicos, los cuales son: género, autonomía y personas cuidadoras, pretendemos que los seminarios en cuestión sean planteados y desarrollados a partir de la misma lógica.

Por su parte, el presente documento, tiene como objetivo la recuperación del relato, el correlato, y la síntesis de los puntos centrales sobre los que giró la discusión, con el fin de registrar los conocimientos producidos.

Nos encontramos muy agradecidas con las personas que se vincularon dentro de la dinámica de los seminarios, además, como estudiantes de Sociología consideramos que la implementación de esta metodología nos permitió conocer y adueñarnos de una técnica creativa e integral para la generación de conocimiento, por ende, recomendamos su utilización en futuros proyectos.

Relato¹²

Buenas noches, espero se encuentren muy bien, les reitero, mi nombre es Natasha Núñez Morales, la razón de mi presentación esta noche es relatarles acerca de varias posturas analíticas, las cuales han sido utilizadas desde el planteamiento de la investigación de la cual formo parte, las mismas

¹¹ Garzón (s.f.) expresa que “la implementación de metodologías de Seminarios investigativos son alternativas andragógicas que contribuyen al rompimiento con la clase magistral: acaba con el protagonismo - a veces nefasto - del profesor y en el reconocimiento de que el proceso de formación, tiene que estar centralizado en el ser humano más que en una profesión” (p. 13).

Garzón, M. El Seminario investigativo o Seminario alemán. Recuperado de [Recuperado de https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf](https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf) [Consulta 28 may. 2016].

¹² Elaborado por: Bach. Natasha Núñez Morales.

referidas al proceso de envejecimiento y la cuestión de género, ello porque las consideramos necesarias para la continuación de nuestro proceso investigativo con el fin de plasmar recomendaciones certeras y viables que permitan formar una política pública para el cuidado integral de la población adulta mayor dentro de la sociedad costarricense.

Como sociólogas, la preocupación acerca de la problemática sobre el envejecimiento poblacional y a la vez, la manera en que es asumida y abordada la cuestión del género dentro de las políticas públicas de cuidado existentes, surge a partir del hecho histórico concreto del cambio sociodemográfico que se encuentra atravesando el país, este cambio se ve reflejado en las proyecciones de población presentadas en el Primer Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor, las cuales indican que para el año 2025, a menos de 10 años, un 11,5% del total de población, es decir 600 mil personas tendrán 65 años o más.

Sin lugar a dudas, el dato anterior, constituye una alerta que envuelve a la sociedad costarricense en su conjunto, las instituciones y la sociedad civil están siendo advertidas, y se ven en la obligación y urgencia de responder a las siguientes interrogantes: ¿De qué manera enfrentar el reto de una sociedad envejecida?, ¿Quién (es) van a cuidar de estas personas adultas mayores? ¿Bajo cuales formas será realizado el cuidado hacia esta población, siendo esta tan variada en su conformación, es decir con consideraciones específicas de género, origen étnico/geográfico, entre muchas otras variables, en otras palabras con calidades, necesidades, afectaciones y olvidos tan variados?

Entonces, desde la Sociología como referente teórico y metodológico y siendo esta una disciplina que debe promover y acompañar los procesos de cambio social, considero pertinente, abordar la problemática desde las posturas teóricas que me dedicaré a mencionar a continuación.

La primera postura de análisis que se plantea para comprender la importancia de abordar el cuidado de la población adulta mayor dentro del marco contextual de una sociedad tendiente a envejecer se encuentra en la Sociología del Envejecimiento, ya que el hecho de cuidar de otras personas es considerado un tema de relevancia social, una corresponsabilidad entre personas actoras, decisiones estatales, mentalidades y representaciones colectivas. Según el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (2010): “El cuidado del otro/a, es una construcción social, histórica y relacional; corresponde a un acto inherente en la producción-reproducción de la cultura humana. El cuidado y el trabajo doméstico no remunerado son actividades básicas que forman parte del trabajo de reproducción social y contribuyen al bienestar de las personas y al crecimiento económico.”

Ahora bien, la sociedad costarricense se enfrenta de lleno al reto de convertirse en una sociedad envejecida, cambiante además en sus estructuras socioculturales, un ejemplo de esto se manifiesta en el cambio dentro de la estructura familiar proveniente de la incorporación de la mujer al mercado laboral. Para contextualizar un poco acerca de este hecho, el cual marca un hito para nuestra investigación, me referiré a datos presentes en el Segundo Informe de Avance llamado: “Tendencias recientes de la inserción femenina en el mercado laboral en Costa Rica” elaborado en el año 2009 por el INAMU y el Estado de la Nación, según la información obtenida de la fuente anterior: “En la década de los setenta la participación femenina en el mercado laboral costarricense era menor al 20% de las mujeres en edad de trabajar. En los años siguientes esa situación comenzó a variar de manera sustancial: para 1990 su participación alcanzaba un 30,3%, proporción que aumentó a 35% en el 2000 y alcanzó su máximo hasta el momento, de 41,7% en el 2008”. Además, lo anterior tuvo como consecuencias cambios en la estructura de los hogares, en la producción y reproducción de la vida social desde el núcleo familiar.

Sin embargo, para el año 2016, con el cambio sociodemográfico en boga, según datos presentes en el diario nacional El Financiero, en la sección Economía y Política, y referentes a la Encuesta Continua de Empleo, 395 899 mil mujeres se ven obligadas a abandonar la fuerza de trabajo debido a “obligaciones familiares”, entre esas obligaciones se encuentran el cuidado de niños (as) y de personas adultas mayores.

El hecho de que las mujeres se vean en la necesidad de dejar de trabajar para hacerse cargo del cuidado de otra persona me conduce a introducir el segundo punto de referencia teórico para el tratamiento del proceso de envejecimiento y la cuestión de género: la Feminización del cuidado, según Batthyány (2010) en su texto: Envejecimiento, cuidados y género en América Latina, la feminización del cuidado responde acerca de “la posición y relación de las mujeres en la familia y en la sociedad, así como a las oportunidades laborales, que generalmente son definidas según su capacidad de brindar y realizar cuidados.”. Además, como expone acertadamente Carrasquer (2012) en el escrito El redescubrimiento de los cuidados: “el trabajo de los cuidados es un problema específico de las mujeres”. Entonces, el trabajo de cuidar a otras personas es achacado cultural y primordialmente a las mujeres convirtiéndose además en la tendencia producida sistémicamente dentro del sistema patriarcal.

Me atrevo, pues, a señalar que las mujeres son víctimas pasivas de la problemática, el cuidar de otras personas es atribuido a las mujeres desde la posición biologicista y funcionalista que apuestan al “rol maternal” de la mujer, un rol impuesto que se enmascara y socializa desde la infancia bajo la leyenda de ser un don de la mujer el hacerse cargo de otras personas, hasta el punto de relegar el cuidado propio ante esa impuesta obligatoriedad femenina de cuidar.

Pero, ¿qué sucede con esa obligación de cuidar, en el marco de una sociedad que atraviesa cambios socioculturales y demográficos, los cuales obligan a re pensar el hecho social de cuidar de otras personas? La respuesta se encuentra teóricamente fundamentada en la tercera vertiente de análisis que traigo a colación, y es denominada: Crisis de los cuidados.

La crisis de los cuidados, supone abordar el cuidado hacia las otras personas desde la emergencia de la crisis actual sobre la necesidad imperante y vigente de hacerse cargo, es decir, se construye a partir de que se empiezan a hacer palpables y comprobables las tendencias respecto a los cambios sociodemográficos y culturales, aquí aparece con tono alarmante grandes interpelaciones: ¿quién (es), así como de qué manera, se va a tratar y enfrentar la necesidad concreta de cuidar a una sociedad envejecida?

Al principio de esta ponencia, hago referencia al reto de plantear soluciones y adecuaciones para una política pública de cuidado integral hacia la población adulta mayor, una política que deberá estar atravesada transversal y transeccionalmente por el eje de género, lo que supondría pensar y construir propuestas que aborden el género, la etnia, la posición social, entre otras condiciones, generando así acciones construidas a partir de elementos de equidad y oportunidades de acceso, ya que el reto hoy día es poder trascender el abordaje enfocado en el género dicotómico o estructurado únicamente bajo la etiqueta biológicamente definida del sexo.

Y bien, recalco nuevamente la importancia de asumir el reto que sobresale a través de esta ponencia, el pensar en las particularidades, en las diferencias, en las necesidades específicas inmersas dentro del gran conglomerado de las personas adultas mayores. Por ejemplo, las masculinidades que emergen y constituyen la mayor parte de las mentalidades de las personas adultas mayores, forjadas cultural y estructuralmente dentro de un sistema machista y confesional como el costarricense, así como las personas LGTBI que se enfrentan diariamente a situaciones de rechazo y violencia, solo por mencionar dos de los grupos que conciernen este Seminario, pero existen muchos más dentro de la población adulta mayor; el simple hecho de enfrentar el ser una persona adulta mayor en una sociedad repleta de violencia sistémica y simbólica, desigualdad, inacceso y abandono debe de ser el punto de partida para la reflexión.

Referencias Bibliográficas:

- Batthyány, K. (2010). Envejecimiento, cuidados y género en América Latina. Recuperado de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen14_1/V14_Envejecimiento.pdf [Consulta 23 may. 2016].

- Carrasquer, P. (2012). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. Universidad de Barcelona. Recuperado de www.revistas.ucm.es . [Consulta 22 jun. 2016].
- Centro Centroamericano de Población. (2008). Primer informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html> . [Consulta 21 ene. 2017].
- El financiero. (2016). Cuido aleja 396.000 mujeres de la fuerza laboral en Costa Rica. Recuperado de http://www.elfinancierocr.com/economia-y-politica/Costa_Rica-empleo-mujeres-cuido-trabajo_0_1015698422.html [Consulta 23 ene. 2017].
- Programa Estado Nación & INAMU. (2009). Segundo informe de avance: Tendencias recientes de la inserción femenina en el mercado laboral en Costa Rica. Recuperado de http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/otras_publicaciones/empleo_femenino.pdf. [Consulta 24 ene. 2017].

Correlato¹³

Desde la formulación de este Seminario de Graduación se considera indispensable el desarrollo de tres ejes transversales para el tratamiento de nuestro tema de investigación. Los tres ejes son: Autonomía, Personas cuidadoras y Género que es el tema en el que profundizaremos en este correlato. Primeramente abordaré el tema de la transversalidad de la razón, desde donde parte la investigación para integrar los ejes transversales a la comprensión del problema, seguidamente lo vínculo con el trabajo de transversalidad de género, los rasgos del sistema moderno/colonial de género y masculinidades

Es indispensable que las necesidades de la población adulta mayor pasen de verse como solamente necesidades de cuidado, a tomarse como necesidades de educación, actividad, integración y diálogo, para que con esto la sociedad logre aprovechar tanto el conocimiento de la población mayor generando una sociedad en la que los saberes se intercambien de manera adecuada.

El Seminario parte de la relevancia de la transversalidad de la razón propuesta por Diego Bermejo que define lo transversal como el modo de operar por tránsitos pluridireccionales entre complejos diferentes” (Bermejo, 2005: 61). Es decir, como actividad central y dominio de la razón esto permite crear conexiones entre distintos ámbitos complejos marcados por la multiplicidad de pensamiento.

Esto comprende un pensamiento plural y complejo que construye la base de las situaciones actuales, planteando soluciones a los problemas surgidos en la realidad – también compleja y plural- a la que nos enfrentamos; acercándonos así, a un tratamiento del tema de una manera más profunda y transeccional y construyendo posibilidades de intervenir en la realidad desde la comprensión de los temas a tratar, partiendo desde la misma pluralidad de la que surge el problema.

Mientras el paradigma de pensamiento de lo “trans” permite pensar la multiplicidad evitando los riesgos de los particularismos o los totalitarismos, permite también entender las multiplicidades desde el contexto complejo actual, entenderlas como procesos que se encuentran en constante transformación. Desde la pluralidad de pensamiento que nos permite lo transversal podemos abarcar el tema de los distintos procesos de envejecimiento a los que nos enfrentamos, así como justificar, desde la razón transversal, la utilización de género, autonomía y personas cuidadoras como ejes transversales de nuestra investigación.

Marlene Arteaga (2005) discute tres tipos distintos de integración, como lo son, la investigación multidisciplinaria, la investigación interdisciplinaria y la investigación transdisciplinaria. La multidisciplinaria apunta al agrupamiento de diversas disciplinas para la utilización al momento del ordenamiento de la información. La investigación interdisciplinaria apunta a la

¹³ Elaborado por: Bach. María Fernanda Hernández Salas

integración de un todo homogéneo por medio del enriquecimiento entre distintas disciplinas. Finalmente, la transdisciplinariedad se considera superior a las otras ya que comparte un nuevo marco epistémico y comparte los saberes de las diversas disciplinas (Arteaga, 2005).

A partir de esto se constituye esta propuesta de transversalidad, trascendiendo las disciplinas, con la responsabilidad de comprender lo local, lo regional y lo global, relacionando los hechos del pasado con las necesidades actuales y lo que se proyecta a futuro, relacionando de manera completa las diferentes áreas académicas y las dimensiones de la realidad. Metodológicamente se promueve el uso del diálogo y el desarrollo de la persona como sujeto integral.

Para efectos de nuestra investigación, lo transdisciplinario nos permite apoyarnos en las teorías de la economía familiar, las teorías feministas, de la antropología, las teorías de Políticas públicas y el paradigma de los Determinantes Sociales de la Salud y a partir de ahí, construir nuestra propuesta propia para el análisis de las tendencias en la especificidad de nuestro trabajo y el fortalecimiento del sistema de cuidados en Costa Rica, interviniendo así en la realidad por medio de nuestra investigación.

Es necesario tener presente el concepto de razón transversal, ya que tratamos el problema del cuidado de la población adulta mayor de manera relacional entre las distintas perspectivas mencionadas y desde enfoques comprendidos en la sociología, por lo tanto, pensar en la pluralidad del espacio desde el que se gesta el problema nos permite mediante la rigurosidad del pensamiento transversal construir soluciones posibles ante lo que investigamos.

Transversalidad de género

La transversalidad de género es el ámbito de aplicabilidad práctica del pensamiento transversal que más se ha trabajado teóricamente; inicia a trabajarse a finales de la década de los ochentas y a inicios de los noventas. La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, es clave en el tema de transversalidad de género ya que allí se adopta como una estrategia a adoptar por los países firmantes.

La necesidad de tomar la transversalidad como estrategia política, parte del reconocimiento del poco impacto real de las acciones desarrolladas a favor de la igualdad de género. Con esto, las propuestas de intervención surgidas en dicha conferencia planteaban las reformas estructurales al sistema de género establecido (Inchaústegui y Ugalde 2004), transformándolo desde los distintos ámbitos de la vida (en la familia, el trabajo, el Estado, etc.) a partir de la incorporación de la perspectiva de género en la formulación y ejecución de políticas públicas.

Históricamente los gobiernos se han encontrado en la tendencia de relegar las demandas de género a la tangente de las políticas públicas, es decir, sin darles un lugar de importancia ni presupuesto suficiente. Es por esto que la perspectiva de transversalidad de género se incorporó como una acción integral para que los Estados tomen en cuenta la perspectiva de género a nivel de las políticas públicas a través de la idea fuerza de aplicación de la dimensión de género a todo el proceso de actuación pública (Inchaústegui y Ugalde 2004).

Las políticas públicas tienen impactos diferenciados entre hombres y mujeres debido a las relaciones de poder en las que las mujeres son desfavorecidas, en cuanto a esto, el paradigma de transversalidad de género en las políticas debe partir de someter a dos tipos de análisis toda intervención pública:

- El análisis “ex ante” para integrar el factor de la igualdad entre géneros en todo programa de política, haciendo los ajustes necesarios para garantizarla.
- El análisis “ex post” para evaluar los resultados de las acciones desarrolladas en las relaciones de género establecidas y en el avance de las mujeres.

Este enfoque también considera el desarrollo de acciones que modifiquen la condición masculina, buscando una reubicación de los hombres en la sociedad (Inchaústegui y Ugalde 2004) especialmente en ámbitos en los que no han estado integrados como lo son los familiares y específicamente en las labores de cuidado de las distintas poblaciones vulnerables.

Esto nos permite incorporar los estudios sobre masculinidades para la construcción de respuestas de acción para el mejoramiento del panorama de los cuidados en Costa Rica ya que está evidenciado que las desigualdades entre hombres y mujeres refuerzan procesos de exclusión (Thumala, 20011).

Sobre la base de un discurso patriarcal hegemónico, las tareas de cuidado de personas adultas mayores han sido principalmente asignadas a las mujeres y al ser en su mayoría un trabajo no remunerado, no se reconoce ni social ni económicamente, lo cual genera un desmérito para la autonomía de quienes cuidan:

Las prácticas culturales inciden en el mantenimiento de roles y estereotipos que impiden el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres cuidadoras y las personas sujetas al cuidado o al otorgamiento de servicios de apoyo o ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida. (Jiménez, 2014, 79).

La consecución de justicia distributiva de las cargas familiares, representa un cambio paradigmático en la manera de concebir el cuidado para inclinarse hacia una forma de cuidado no patriarcal. Sin embargo para que este cambio paradigmático se logre de manera efectiva se debe insistir en la consecución de cambios culturales que integren a las familias, las comunidades y el Estado en la distribución del cuidado sobre la base del trabajo en la dimensión de género.

Esa falta de acceso a la justicia distributiva, conlleva una doble y triple explotación de las mujeres por la multiplicación de jornadas laborales, esto es parte de las violencias que sistémicamente se infringen sobre las mujeres. Es por eso que tomamos el feminismo deconolonial y los estudios sobre colonialidad y género para considerar la interseccionalidad de raza/clase/sexualidad/género (Lugones, 2008) en nuestro trabajo y pensarla desde la transversalidad, proponiendo así un pensamiento transeccional del problema.

Lugones retoma a Quijano que considera el poder estructurado “en relaciones de dominación, explotación y conflicto entre actores sociales que se disputan el control de “los cuatro ámbitos básicos de la existencia humana: sexo, trabajo, autoridad colectiva y subjetividad/intersubjetividad, sus recursos y productos” (Lugones, 2008, 78).

Es relevante para la integración de la dimensión de género en este tema de investigación, trascender el género dicotómico y pensar en “los géneros”, este reconocimiento está directamente relacionado con definir elementos de equidad para el acceso a servicios y calidad de vida de las poblaciones.

En cuanto a esto, la misma autora citada explica cómo el comprender los rasgos históricos específicos de la organización del género en el sistema moderno/colonial de género pasa por comprender lo que ella llama el lado claro/visible de la organización colonial/moderna del género que coloca en la punta de su hegemonía el diformismo biológico, el heterosexualismo, la dicotomía hombre-mujer y el patriarcado, por lo tanto no podemos comprender el género en su significado complejo si no se toman en cuenta esos rasgos.

El papel de los estudios sobre masculinidades en la formulación de políticas públicas equitativas

El proceso de elaboración de los estudios sobre masculinidades se ha visto alimentado por la experiencia del feminismo, esto es evidente fundamentalmente cuando los hombres han empezado a incursionar en las políticas públicas y en el desarrollo de programas que se acercan a la concientización de lo que implica ser varón, con las exigencias, dolores y posiciones de poder de las que goza esa población interviniendo así desde el precepto de la transformación de la condición masculina (Menjívar, 2012).

Los roles de género limitan las capacidades de socialización de los hombres y mujeres, ya que todos y todas somos víctimas de la opresión patriarcal sobre la que se instauran las estructuras

sociales. En la etapa de la adultez mayor se evidencia la construcción socio-simbólica del proceso de envejecimiento que es visto como una antesala de la muerte.

Esos roles de género hacen que los hombres nieguen los cuidados, se los auto nieguen porque son socializados dentro de un contexto rígido en donde el autocuidado masculino es percibido como debilidad y que hasta cierto punto pone en duda su masculinidad construida, el hecho de asumirme como hombre capaz de auto cuidarme pone en riesgo mi autopercepción como hombre desde una perspectiva heteropatriarcal.

Como seres humanos tenemos una gran responsabilidad con nuestro cuerpo, nuestra salud física y mental, sin embargo, el mismo contexto rígido y patriarcal acarrea comportamientos aprendidos e irracionales de lo que pasa con mi cuerpo y con lo que hago. Esto no es algo que sucede exclusivamente con los hombres, si no que se da en hombres y mujeres, pero en las mujeres la autonegación del cuidado suele darse luego de anteponer el cuidado de otras personas. El cuidado propio, así como de otras personas no es un estado estático, sino más bien una relación social en la que la historia de vida y la construcción de redes socioafectivas a lo largo del tiempo marca la forma en la que me relaciono y si cuido de otras personas o si permito que otras personas cuiden de mí.

Las construcciones sociales de la masculinidad repercuten en la calidad de vida, de la persona adulta mayor y del entorno familiar, las características de esta etapa de la vida colisionan con los pilares de la masculinidad, tales como la pérdida del rol de proveedor y el de autoridad en el hogar. En nuestro país son incipientes las experiencias conocidas del tratamiento de las masculinidades desde el precepto de la transformación de la masculinidad y las que se han generado padecen de la discontinuación de su vigencia debido al cambio de gobierno o al agotamiento de recursos presupuestarios. Sin embargo, en otros países de la región, algunos grupos de hombres en procesos de concienciación de su condición de varones (respaldados por el feminismo) han incursionado en el campo de políticas públicas.

Mauricio Menjívar (2012) recopila algunas de esas experiencias donde se han dado experiencias de trabajo especialmente en países como México y España fundamentalmente en materia de violencia de género. A pesar de que no conocemos todavía de experiencias de trabajo que relacionen el problema del cuidado de personas adultas mayores con el trabajo de las masculinidades, pensamos que es importante y esperanzador adoptar el trabajo desde las masculinidades dentro de la elaboración de políticas públicas de cuidado de las personas adultas mayores, permitiendo comprender a la población masculina que la lucha debe ser contra cualquier posición de poder, permitiendo procesos continuos de deconstrucción y reconstrucción de la vivencia de su condición de hombres.

El trabajo interdisciplinario y transdisciplinario puede permitir una apertura mayor en la manera de ver las problemáticas y las perspectivas a considerar, lo que puede permitir procesos más profundos y provechosos en la población de varones, generando repercusiones en la calidad de vida de los hombres, las mujeres y las personas adultas mayores que requieren de cuidado.

A partir de los estudios de masculinidades, se reconoce la alianza existente entre los feminismos y su incidencia en los procesos de reflexión- acción sobre varones y masculinidades permitiendo un diálogo en el que los hombres y los estudios sobre masculinidades se ven enriquecidos tanto política como epistemológicamente, abriendo las puertas para el surgimiento de hombres género sensitivos.

Población LGBTIQ y Envejecimiento

Existen grandes vacíos en la legislación y en los mecanismos estatales que no abordan la necesidad de la población LGBTIQ adulta mayor, al existir esos vacíos de datos e información, no se visibiliza la dimensión real del problema de cuidado y se profundizan las inequidades por discriminación, violentando así los derechos humanos de las personas adultas mayores LGBTIQ.

A partir de los datos analizados por el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC) se evidencia que no existe la respuesta adecuada para la atención

y el cuidado de personas gays, lesbianas, bisexuales y trans. Es necesario un programa de capacitación sistemático y en constante actualización para los centros de atención y cuidado de personas adultas mayores e incluso para las personas tomadoras de decisión de políticas y programas que tienen que ver con la población adulta mayor, ya que, más allá del reglamento de la Caja Costarricense del Seguro Social que recientemente permite el aseguramiento y las visitas de parejas no heterosexuales, no hay más legislación que proteja los derechos de esta población desencadenando una doble vulneración.

Ante la ausencia de respaldos para garantizar una buena calidad de vida para las personas adultas mayores no heterosexuales, las principales preocupaciones de esta población son el no reconocimiento de la orientación sexual o identidad de género en los centros de cuidado, el acceso a los servicios de salud adecuados y la estabilidad económica y de vivienda en su futuro.

Desde la postura de este Seminario consideramos de vital importancia tomar en consideración la recomendación que hace el CIPAC, se deben crear programas estatales que atiendan y garanticen el cumplimiento de los derechos de la población LGBTIQ en todos los grupos etarios y promuevan la sensibilización en la sociedad para así disminuir la discriminación por orientación e identidad sexual y garantizar una mejor calidad de vida a la población. Se debe señalar de manera tajante que estos vacíos y omisiones tienen un efecto destructivo en las poblaciones específicas y en la población adulta mayor en general.

Importancia de las Encuestas del Uso del Tiempo en la formulación de Políticas Públicas

El trabajo no remunerado es un tipo de trabajo que empobrece a quienes lo realizan, este tipo de trabajo es mayoritariamente realizado por mujeres e incluye las labores de cuidado, crianza, las labores domésticas y el trabajo comunitario o voluntario. Para identificar los fenómenos comunes de la realidad histórica que no reconoce las implicaciones de este tipo de trabajo son indispensables las Encuestas de Uso del Tiempo (EUT).

Las EUT llenan el vacío de la visibilización y cuantificación del trabajo no remunerado proporcionando datos que apoyen la implementación de políticas públicas para la reducción de las desigualdades que marcan las brechas de género. Las EUT también dan información para la construcción de cuentas satélite sobre trabajo no remunerado en general o en campos específicos de la vida cotidiana.

En Costa Rica la aplicabilidad de las EUT y la construcción de las cuentas satélites se encuentran reguladas por la Ley de Contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado en Costa Rica (Ley N°9325) decretada en el 2015 con el objetivo de medir la economía del cuidado conformada por el trabajo doméstico no remunerado de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Cuentas Nacionales.

Esta Ley adopta, además de la definición de las Encuestas de Uso del Tiempo, las siguientes definiciones para su aplicabilidad:

- Cuenta satélite del trabajo doméstico no remunerado: Cuenta específica del Sistema de Cuentas Nacionales que organiza y registra la información del trabajo doméstico no remunerado para estimar su aporte a la economía.
- Economía del Cuidado: El trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, relacionado con el mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado.
- Trabajo doméstico no remunerado: Servicios domésticos, personales y de cuidados generados y consumidos dentro del propio hogar por los que no se percibe retribución económica directa.

La ley señala al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y al Banco Central de Costa Rica (BCCR) como autoridades responsables de coordinar para velar por el cumplimiento de la ley, así, es el INEC el encargado de formular y ejecutar las encuestas de uso del tiempo para que a partir de la información recopilada sea el BCCR de calcular el aporte del trabajo no remunerado a la cuenta satélite de trabajo no remunerado.

Según la legislación, la actualización de la encuesta debe darse en un plazo no mayor a los tres años. Así mismo, se señala al Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) como ente responsable de coordinar una mesa con otros entes de control, la academia y las organizaciones sociales para apoyar el proceso de implementación de la encuesta. El resto de instituciones públicas también deberán utilizar los resultados de las EUT para el mejoramiento y la formulación de políticas públicas.

La última EUT realizada por el INEC es del año 2011 y en esta se presentan diferencias importantes en el tiempo invertido en diversas actividades entre hombres y mujeres, por ejemplo, del total de tiempo de los hombres, el 21% lo dedican al trabajo remunerado. Las mujeres dedican una cantidad de tiempo similar, pero al trabajo doméstico no remunerado. En cuanto a la totalidad del tiempo dedicado al trabajo no remunerado, el 75% de este corresponde a tiempo de las mujeres y solo el 25% a los hombres.

Las mujeres de entre 25 y 39 años de edad son las que concentran mayor cantidad de trabajo de cuidado exclusivo con una tasa del 68.8%. Los resultados señalan que, sin importar su nivel de instrucción, las mujeres tienen más horas de cuidado que los hombres.

Una de las limitaciones de la aplicación de este instrumento es que, por lo incipiente de su aplicación y análisis, apenas se ha alcanzado abordar el Gran Área Metropolitana (GAM), por lo tanto el reto pendiente es abordar una Encuesta Nacional de Uso del Tiempo.

Referencias Bibliográficas:

- Arteaga, M. (2005) Modelo Tridimensional de Transversalidad. *Revista Investigación y Posgrado*, Vol. 20 N°2.
- Bermejo, D. (2005) *Posmodernidad: pluralidad y transversalidad*. Anthropos Editorial, Barcelona, España.
- Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC). (2015) *Situación de población adulta mayor LGBT en Costa Rica*.
- Inchaústegui, T. y Ugalde, Y. (2004) *Materiales y Herramientas conceptuales para la Transversalidad de Género*. Instituto de las mujeres, México D.F.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2012) *Encuesta del uso del tiempo en el Gran Área Metropolitana 2011: una mirada cuantitativa del trabajo invisible de las mujeres*. Instituto Nacional de las Mujeres; Universidad Nacional: Instituto de Estudios en Población; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Colección Estadísticas de la desigualdad por género N° 5.
- Jiménez, R. (2014) *Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma*. En: *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en las políticas de derechos de las personas mayores*. CEPAL, Naciones Unidas, México.
- Ley N° 9325. (2015) *Contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado en Costa Rica*. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.
- Lugones, M. (2008) *Colonialidad y Género*. *Tabula Rasa*. Bogotá- Colombia, N° 9: 73-101, julio-diciembre 2008.
- Menjívar, M. (2012) *¿Hacia masculinidades tráfugas?: políticas públicas y experiencias de trabajo sobre masculinidad en Iberoamérica*. 1era edición, San José, Costa Rica: FLACSO.
- Thumala, D. (2011) *Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer*. Tesis para optar al grado de Doctora en psicología. Universidad de Chile.

Síntesis

- Desde las Ciencias Sociales y particularmente desde la Sociología, este Seminario se plantea analizar el tratamiento y las implicaciones de las relaciones que existen entre género y envejecimiento. Hablamos de las relaciones entre/ de los géneros, no del género como variable o categoría aislada.
- El tema del cuidado sigue siendo una problemática que involucra específicamente a las mujeres, el reto está en transformarlo en una corresponsabilidad social.
- El reconocimiento de la diversidad trasciende el género dicotómico, validando el lugar de los múltiples géneros y sexualidades, pero no por ello descuida la mirada en el peso y determinación de los roles femenino y masculinos hegemónicos: los estereotipos de género de las creencias patriarcales.
- No puede haber un envejecimiento homogéneo porque las historias y experiencias de vida, en términos de los accesos, oportunidades y de la participación estuvieron marcadas por el género: trayectoria de vivir, del bienestar, de la elección y de las exclusiones en las relaciones de poder. Y las/os cuidadoras/es no están exentas de tal construcción social/experiencia cultural, marcada ideológicamente.
- ¿Por qué persiste el predominio de mujeres cuidadoras, sin y con remuneración? y ¿qué hay de personas cuidadoras con historia de haber sido violentadas y subyugadas, cuidando a agresoras/es?
- Dimensión de género para comprender la desigualdad en la vejez, la diferencia en el derecho a ser una persona asistida.
- Esperanza de vida, estado de salud diferencial, autocuidado y descuido, estatus y poder adquisitivo, tipo de vínculos que permanecen en la vejez (lesbiana-pobre-con escaso vínculo familiar-rol de proveedora y deudora), tipo de redes sociales para unos y otras.

3.5.5) Anexo 5: Memoria del II Seminario investigativo: Autonomía de la persona adulta mayor desde el enfoque de los derechos humanos: autocuidado, violencia patrimonial y autonomía jurídica, discapacidad adquirida, autoridad y abuso de tutelaje.

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología

Proyecto:

Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población (es) adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999), en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Fecha: Miércoles 01 de Marzo de 2017

Hora: 5:30 p.m. a 08:30 p.m.

Lugar: Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales, Aula 506.

Personas Seminaristas:

Bach. María Fernanda Hernández Morales

Bach. Natasha Núñez Morales

Bach. Jason Ismael Rojas Rojas

Tutora:

M.Sc. Rocío Loría Bolaños

Personas invitadas y participantes:

Licda. Elena Varadé Cordero

Lic. Francisco Monge Román

Lic. Erick Valdelomar Marín

Lic. Román Navarro Fallas

Bach. Iván Rodríguez Soriano

Sr. Mario Bonilla Chaverri

Sra. Cristina Carpio Alvarado

Presentación

Como parte de nuestro proceso de investigación nos propusimos elaborar cuatro seminarios investigativos (o alemán¹⁴), los temas centrales planteados para el análisis y la discusión en cada uno de los mismos, giran en torno a: Género e envejecimiento, Autonomía, Transformación del perfil epidemiológico, y, crisis de los cuidados y cambio cultural.

Con estos seminarios, pretendemos abrir el espacio para una discusión integral desde un enfoque multidisciplinario, y a la vez, mediante los aportes grupales generados durante la implementación de esta técnica de investigación, poder mejorar nuestro análisis.

Una de las estrategias de esta metodología de aprendizaje, consiste, en la formación de las personas seminaristas como científicos sociales, es decir, en la posibilidad de producir conocimiento de manera conjunta, ese conocimiento al ser compartido y transmitido tiene la posibilidad de ser repensado y por tanto criticado, valorado y renovado.

Por otro lado, la presencia de las personas expertas en la temática es fundamental, ya que gracias a su experticia, es que se puede evaluar el estado del proyecto de investigación, desde perspectivas de análisis diversas, consideramos que es un método que en gran medida permite objetivizar la investigación en curso.

La decisión de elaborar estos seminarios, es el resultado de la búsqueda de una herramienta metodológica para la concreción de nuestra cuarta etapa investigativa, y así para poder alcanzar asertivamente el cuarto objetivo específico de nuestra tesis, siendo este: Determinar prioridades y adecuaciones a las políticas públicas de cuidado de la población (es) adulta mayor en Costa Rica.

Se torna necesario señalar que, así como nuestra investigación, es atravesada transversalmente desde tres ejes de análisis teóricos y metodológicos, los cuales son: género, autonomía y personas cuidadoras, pretendemos que los seminarios en cuestión sean planteados y desarrollados a partir de la misma lógica.

Por su parte, el presente documento, tiene como objetivo la recuperación del relato, el correlato, y la síntesis de los puntos centrales sobre los que giró la discusión, con el fin de registrar los conocimientos producidos.

Nos encontramos muy agradecidas con las personas que se vincularon dentro de la dinámica de los seminarios, además, como estudiantes de Sociología consideramos que la implementación de esta metodología nos permitió conocer y adueñarnos de una técnica creativa e integral para la generación de conocimiento, por ende recomendamos su utilización en futuros proyectos.

Relato¹⁵

Desde la formulación de este Seminario de Graduación se considera indispensable el desarrollo de tres ejes transversales para el tratamiento de nuestro tema de investigación. Los tres ejes son: Autonomía, Personas cuidadoras y Género. Primeramente, abordaré el tema de

¹⁴ Garzón (s.f.) expresa que “la implementación de metodologías de Seminarios investigativos son alternativas andragógicas que contribuyen al rompimiento con la clase magistral: acaba con el protagonismo - a veces nefasto - del profesor y en el reconocimiento de que el proceso de formación, tiene que estar centralizado en el ser humano más que en una profesión” (p. 13).

Garzón, M. El Seminario investigativo o Seminario alemán. Recuperado de [Recuperado de https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf](https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf) [Consulta 28 may. 2016].

¹⁵ Elaborado por: Bach. María Fernanda Hernández Salas.

la transversalidad de la razón, desde donde parte la investigación para integrar los ejes transversales a la comprensión del problema.

Es indispensable que las necesidades de la población adulta mayor pasen de verse como solamente necesidades de cuidado, a tomarse como necesidades de educación, actividad, integración y diálogo, para que con esto la sociedad logre aprovechar tanto el conocimiento de la población mayor generando una sociedad en la que los saberes se intercambien de manera adecuada entre las generaciones.

El Seminario parte de la relevancia de la transversalidad de la razón propuesta por Diego Bermejo que define lo transversal como el modo de operar por tránsitos pluridireccionales entre complejos diferentes” (Bermejo, 2005: 61). Es decir, como actividad central y dominio de la razón esto permite crear conexiones entre distintos ámbitos complejos marcados por la multiplicidad de pensamiento.

Esto comprende un pensamiento plural y complejo que construye la base de las situaciones actuales, planteando soluciones a los problemas surgidos en la realidad – también compleja y plural- a la que nos enfrentamos; acercándonos así, a un tratamiento del tema de una manera más profunda y transeccional y construyendo posibilidades de intervenir en la realidad desde la comprensión de los temas a tratar, partiendo desde la misma pluralidad de la que surge el problema.

Mientras el paradigma de pensamiento de lo “trans” permite pensar la multiplicidad evitando los riesgos de los particularismos o los totalitarismos, permite también entender las multiplicidades desde el contexto complejo actual, entenderlas como procesos que se encuentran en constante transformación. Desde la pluralidad de pensamiento que nos permite lo transversal podemos abarcar el tema de los distintos procesos de envejecimiento a los que nos enfrentamos, así como justificar, desde la razón transversal, la utilización de género, autonomía y personas cuidadoras como ejes transversales de nuestra investigación.

Marlene Arteaga (2005) discute tres tipos distintos de integración, como lo son, la investigación multidisciplinaria, la investigación interdisciplinaria y la investigación transdisciplinaria. La multidisciplinaria apunta al agrupamiento de diversas disciplinas para la utilización al momento del ordenamiento de la información. La investigación interdisciplinaria apunta a la integración de un todo homogéneo por medio del enriquecimiento entre distintas disciplinas. Finalmente, la transdisciplinaria se considera superior a las otras ya que comparte un nuevo marco epistémico y comparte los saberes de las diversas disciplinas (Arteaga, 2005).

A partir de esto se constituye esta propuesta de transversalidad, trascendiendo las disciplinas, con la responsabilidad de comprender lo local, lo regional y lo global, relacionando los hechos del pasado con las necesidades actuales y lo que se proyecta a futuro, relacionando de manera completa las diferentes áreas académicas y las dimensiones de la realidad. Metodológicamente se promueve el uso del diálogo y el desarrollo de la persona como sujeto integral.

Para efectos de nuestra investigación, lo transdisciplinario nos permite apoyarnos en las teorías de la economía familiar, las teorías feministas, de la antropología, las teorías de Políticas públicas y el paradigma de los Determinantes Sociales de la Salud y a partir de ahí, construir nuestra propuesta propia para el análisis de las tendencias en la especificidad de nuestro trabajo y el fortalecimiento del sistema de cuidados en Costa Rica, interviniendo así en la realidad por medio de nuestra investigación.

Es necesario tener presente el concepto de razón transversal, ya que tratamos el problema del cuidado de la población adulta mayor de manera relacional entre las distintas perspectivas mencionadas y desde enfoques comprendidos en la sociología, por lo tanto pensar en la pluralidad del espacio desde el que se gesta el problema nos permite mediante la rigurosidad del pensamiento transversal construir soluciones posibles ante lo que investigamos.

Introduzco un antecedente reciente que representa un gran avance en cuanto a legislación de la autonomía personal es la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (N°9379) aprobada en agosto del 2016. La aprobación de esta Ley representa un hecho histórico ya que fortalece la independencia y la calidad de vida de las personas con discapacidad en Costa Rica y además con esto se cumple con el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que indica el “reconocimiento como persona ante la ley y de la capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida”.

Esta Ley introduce dos figuras nuevas al panorama jurídico: la figura de asistencia personal humana y la figura de salvaguardia para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad mediante una persona garante designada por un juez o jueza. La Ley además visibiliza el derecho al goce pleno de la igualdad jurídica de las personas con discapacidad, lo que implica reconocer su personalidad jurídica y su capacidad jurídica de actuar con base en ella, reconocer la titularidad y el legítimo ejercicio de todos sus derechos y el ejercicio de la patria potestad.

En cuanto al eje de autonomía, este se aplicará desde dos vías para efectos de la investigación: la autonomía de las personas adultas mayores y la autonomía de las personas cuidadoras. En el primer sentido se busca comprender a lo largo de la complejidad de la investigación cómo la situación de cuidado de las personas adultas mayores puede vulnerar su autonomía debido a las características propias de su edad pero principalmente debido a las enfermedades crónicas que se presentan en esta etapa de la vida (Etxeberria, en Huenchuan, y Rodríguez, 2014) esto ocasiona que las personas adultas mayores puedan encontrarse inmersas en procesos de tutelaje en los que se pueden desarrollar relaciones verticales, ese decrecimiento de la autonomía se ve potenciado cuando esta población se desarrolla en contextos de pobreza o marginalidad.

Por su parte, Rodrigo Jiménez (2014), reivindica la autonomía como la capacidad de tomar decisiones para dirigir los deseos para la vida cotidiana. Cuando esas decisiones no se respetan se incurre en violación de los derechos humanos, un tema en el que las desigualdades de género se vinculan de manera estrecha, en especial cuando se toma en cuenta que las cargas del trabajo de cuidados recaen mayormente sobre las mujeres aún cuando en muchas ocasiones se les asigne el cuidado de la persona que ha sido su agresora.

Es por eso que señalamos la forma tan directa en la que incide una cultura de base patriarcal hegemónica en las desigualdades de género, por medio de la potenciación de procesos de discriminación y exclusión que afectan la calidad de vida tanto de las personas cuidadoras como de las personas adultas mayores que requieren cuidados, esto por medio de la restricción y el control de su capacidad de tomar decisiones y al ser en su mayoría un trabajo no remunerado, no se reconoce ni social ni económicamente, lo cual genera un desmérito para la autonomía de quienes cuidan por medio del control del ingreso:

En estas sociedades que discriminan, las poblaciones tradicionalmente excluidas por razones de sexo, edad, etnia, discapacidad, diversidad sexual, entre otras características, son en el mejor de los casos, objetos en el proceso de reconocimiento de ser sujetos. Las personas mayores se ubican entre estos grupos de discriminados, y en la base de esa restricción se encuentra la restricción y el control de su capacidad de tomar decisiones (Jiménez, 2014: 78).

Un proceso de fortalecimiento de la autonomía de las personas en general y de la población adulta mayor, así como de la población cuidadora debe darse en la búsqueda de la justicia distributiva de las cargas familiares, lo que representa la necesidad de un cambio paradigmático en la manera de concebir el cuidado para inclinarse hacia una forma de

cuidado no patriarcal. Sin embargo, para que este cambio paradigmático se logre de manera efectiva se debe insistir en la consecución de cambios culturales que integren a las familias, las comunidades y el Estado en la distribución del cuidado sobre la base del respeto a la autonomía y a la dignidad personal de las personas adultas mayores.

Las prácticas culturales inciden en el mantenimiento de roles y estereotipos que impiden el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres cuidadoras y las personas sujetas al cuidado o al otorgamiento de servicios de apoyo o ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida. Como consecuencia de esta relación de poder, prevalece una cultura de la dependencia por sobre una de la autonomía, como una manifestación de violencia y control (Jiménez, 2014: 79).

Es por eso que Etxeberria (en Huenchuan, y Rodríguez, 2014) propone una “autonomía acompañada” en la que las capacidades que se mantienen compartan espacio con las que van mermando (más allá de las capacidades físicas y cognitivas las capacidades afectivas y morales por ejemplo), mediante procesos de interdependencia que posibilite el intercambio de dependencias e independencias en solidaridad, en la que se está en disponibilidad de dar y recibir bienes diversos, tanto materiales como inmateriales, en estos procesos las personas cuidadoras estarían jugando un papel fundamental.

En cuanto al concepto de autonomía el mismo autor señala una diferenciación entre autonomía moral y fáctica. La moral comprende la capacidad de tomar decisiones según argumentos morales de la persona, reforzando la responsabilidad. La autonomía fáctica tiene que ver con la puesta en práctica de la autonomía moral, es decir, la capacidad de llevar a cabo la decisión (Etxeberria, 2014: 63).

La autonomía en las personas de cualquier edad incide directamente en sus procesos de construcción de identidad, sin embargo el grado de autonomía tiene que ver con factores más allá de las capacidades personales, tiene que ver con lo contextual. Es decir los contextos inmediatos de las personas tienen que ver con la disminución o el aumento de la autonomía.

Existen cuatro ámbitos en los que la autonomía puede ejercerse (Etxeberria, 2005: 66):

- El privado del espacio familiar y las amistades donde se toman las decisiones relacionadas con los vínculos afectivos.
- El privado de la vida civil, tiene que ver con las elecciones y participaciones en las diversas instituciones sociales.
- El público en su expresión social, en las acciones y expresiones en persecución del bien público.
- El público en su expresión política estricta, a través de la participación democrática en los aparatos del Estado.

Por lo tanto una autonomía ejercida en su totalidad requiere del cumplimiento de esa pluralidad de ámbitos para fortalecer a su vez los procesos de ciudadanía. Potenciar esos espacios de autonomía deben ser responsabilidad tanto de las familias y personas cuidadoras, como del Estado por medio de políticas públicas y mercado.

A modo de conclusión, desde este seminario consideramos que un proceso de fortalecimiento de la autonomía de las personas en general y de la población adulta mayor, así como de la población cuidadora debe darse en la búsqueda de la justicia redistributiva de las cargas familiares, lo que representa la necesidad de un cambio paradigmático en la manera de concebir el cuidado para inclinarse hacia una forma de cuidado no patriarcal. Sin embargo para que este cambio paradigmático se logre de manera efectiva se debe insistir en la consecución de cambios culturales que integren a las familias, las comunidades y el Estado en la distribución del cuidado sobre la base del respeto de la autonomía y de la dignidad personal de las personas adultas mayores y quienes ejercen su cuidado.

Referencias Bibliográficas:

- Arteaga, M. (2005) Modelo Tridimensional de Transversalidad. *Revista Investigación y Posgrado*, Vol. 20 N°2.
- Bermejo, D. (2005) Posmodernidad: pluralidad y transversalidad. *Anthropos* Editorial, Barcelona, España.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Nueva York, 13 de diciembre de 2006. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Étxebarria, X. (2014) Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En: *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en las políticas de derechos de las personas mayores*. CEPAL, Naciones Unidas, México.
- Huenchuan, S. y Rodríguez, I. (2014) Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). México.
- Jiménez, R. (2014) Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma. En: *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en las políticas de derechos de las personas mayores*. CEPAL, Naciones Unidas, México.
- Ley N°9379 (2016) Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad.

Correlato¹⁶

Desde la presente correlatoria, quiero señalar algunos aspectos fundamentales, para poder comprender o más bien para poder profundizar en el tema de la autonomía, específicamente relacionada con la persona adulta mayor y quisiera comenzar dando un ejemplo de nuestra cotidianeidad en la cual estamos inmersos cada uno de nosotros y nosotras.

¿Se ha imaginado usted que alguien o algo le impida ejercer cada una de las acciones que ha llevado a cabo este día? Imagínese usted que alguna persona le limite a donde ir y con quién ir, que en el momento de subirse a un autobús no pueda porque se le dificulta subirse, y cuando logra subirse, tiene que sujetarse fuerte porque el conductor maneja de manera grosera, pero sus brazos han perdido masa muscular, que no pueda caminar por las aceras de su comunidad por las pésimas condiciones que estas tienen, que en los ambientes laborales digan de usted que ya está desactualizado, es incapaz de muchas cosas, y que su ciclo vital está acabando, o en dado caso, que digan de usted que nunca fue capaz de tener un empleo digno que le generara una pensión onerosa, ahora tiene que depender de su familia, que su familia insinúe que usted está “robando aire”, “jugando los tiempos extra”, y que usted es en muchos casos, una persona que incomoda, que estorba, y que no tiene capacidad para utilizar por usted mismo su patrimonio, que para cuidarlo es mejor que lo ceda, que le recuerden que usted en el tiempo pasado hizo desordenes en su vida, y eso es lo que explica sus dolencias y molestias.

Llega el momento de ir a dormir a su cama, si tiene la suerte de tener la suya propia, tenga que compartir habitación con una persona más joven que usted y que tenga más energía como para pasar despierto hasta tarde cuando es la hora que usted se le levanta, o tal vez al contrario, agréguele a ello que tal vez la familia con la que conviva tengan la mayor disposición de cuidar de usted, pero son una familia de escasos recursos, donde lo que comen uno, comen todos, pero ya su estómago no es el mismo, y su digestión ahora es más lenta y ya no puede comer “cualquier cosa”, por otro lado también pudo haber compartido la suerte de muchos otros, que viven en un “Hogar de ancianos”, donde le asignan su habitación a cambio de la pensión que tenga, por una cama en una habitación, por supuesto, si su pensión no alcanza a cubrir más de 450 000 colones al mes, tendrá que compartir cuarto con 5 personas más, tendrá que renunciar a eso que alguna vez conoció usted, aquello que llamaban

¹⁶ Elaborado por: Bach. Jason Ismael Rojas Rojas.

“privacidad”, y lo que usted no sabe, es que a pesar de que usted no es una persona dependiente funcionalmente, tal vez olvide esa palabra para siempre. Usted no es dependiente funcionalmente, pero su autonomía ya no es más.

¿Acaso esto no le generaría estrés, ansiedad, depresión?

Bueno, parece ser que en el presente, ese es el común para las personas que rondan los 65 años y más. Y para este grupo poblacional, desde las mínimas decisiones hasta las decisiones más importantes son trastocadas, no solo a nivel del propio cuerpo, sino también en lo económico, político y lo social.

Entonces, cuando nosotros tenemos frente a nosotros un concepto como el de autonomía ante estas situaciones, es donde tenemos que la autonomía cruza todos los aspectos de vida de una persona. Pero ¿Se puede hablar de autonomía cuando no se nos considera sujetos con capacidad suficiente como para tomar decisiones en ámbito económico, social y por supuesto no se queda por fuera el ámbito político?

Lo más conflictivo de este ejemplo es que usted y yo, si no morimos antes, llegaremos a esa edad, y seremos parte de esa población considerada no siempre con tanta estima, ya que los discursos suenan muy lindos, pero en las acciones de la vida cotidiana, dista mucho de ser así.

Más que una nostalgia crítica, es una realidad que se puede examinar a detalle, utilizando algunos ejemplos, lo cual pretende el presente documento.

Aproximación a la autonomía desde los tipos de apoyo y sus niveles.

Existen muchas maneras para acercarse, teóricamente, al tema de la autonomía en relación al proceso de cuidado de personas adultas mayores, sin embargo, es la propuesta de las tipos de apoyo, lo que nos da insumos para poder examinar las distintas situaciones que se generan, así como la afectación mutua entre cada uno de los involucrados en el proceso de cuidado. Es decir, si las fuentes de apoyo social están pensadas para promover un mayor bienestar y una mejor calidad de vida a las personas adultas mayores en todos los ámbitos que le involucran, es en la ausencia de estas redes y subsecuentemente el debilitamiento de los nudos sociales, políticos y económicos, lo que ocasiona el abandono a nivel estatal, comunitario, amigos, familiar y personal de la persona en necesidad de cuidado y consecuentemente a la persona que ejerce el cuidado no remunerado.

Los tipos y fuentes de apoyo expuestos dentro de este análisis son presentados y respaldados por el autor y las autoras Guzmán, J.M., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003).

Figuras que ejercen el cuidado.

Cuando se habla de cuidado de las personas adultas mayores, y las situaciones que competen a esto, se tiende a reducir ese cuidado a la relación que se da entre la persona que ofrece el cuidado y la persona que recibe el cuidado, es decir, muchas veces nos concentramos exclusivamente en el nivel familiar y el personal, dejando de lado los otros niveles, a saber: el estatal, el comunitario y los amigos. Lo anterior da cuenta de lo necesario que es colocar a estos dos sujetos en los que, generalmente, se centra el imaginario cuando se habla de cuidado, en un contexto social e histórico.

Se puede decir que el cuidado lo ejercen distintas figuras, desde personas a nivel técnico, personales profesionales, o personas sin preparación específica, ejerciéndose en el hogar donde habita la persona, hogares de ancianos, instituciones formales, todo ello de manera remunerada, así mismo, existe también otra figura que ejerce el cuidado de personas adultas mayores de manera no remunerada, a saber, personas familiares de la persona adulta mayor, y para ser más específicos en este aspecto para no dejar lugar a dudas, mujeres familiares de la

persona dependiente, ejercen un cuidado el cual se puede decir que es “24/7” (entendiéndose como 24 horas al día, 7 días a la semana) todo ello, no remunerada de manera económica.

Comelín Fornés (2014) en su obra titulada con la interrogante ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? Expresa que la situación de los familiares que cuidan adultos mayores dependientes es un tema escasamente abordado. Esto es un poco alarmante si notamos que la contribución es de hace tres años aproximadamente, y se da desde el contexto de Chile, un país que aporta estudios muy reconocidos en temas de Salud, algunos de ellos a la vanguardia de los acontecimientos actuales relacionados a la persona adulta mayor.

Un detalle que no se debe olvidar es que existen personas adultas mayores en real abandono, y que no cuentan con ninguna de las figuras de cuidado, anteriormente mencionadas. Para estos casos se va desde personas que viven solas hasta personas abandonadas en las distintas instituciones, recalando que el abandono no precisamente se refiere a la ausencia de personas de apoyo.

El caso de personas cuidadoras no remuneradas.

Al invisibilizar a uno de los sujetos involucrados, en el acto, invisibiliza al otro, y a las necesidades particulares, es decir, cuando se oculta la situación vivida por la población adulta mayor y sus consecuentes necesidades, se oculta también a la población que ejerce su cuidado, y viceversa. Así también, cuando no se entra de lleno a examinar la afectación que tiene el proceso de cuidado en las personas cuidadoras, se ocultan elementos esenciales que afectan el bienestar de ambos sujetos. Es decir, el reto teórico y político tiene dos frentes, cada uno con particularidades, aunque estén encontradas en el mismo proceso.

Al examinar las fuentes de apoyo, es desde los apoyos que brindan estas, que se puede ver las afectaciones a la autonomía de los sujetos involucrados. En otras palabras, mirando las contrapartes, el que se conozca la situación de la persona adulta mayor, por medio de datos y estudios publicados desde fuentes institucionales especializadas, eso no quiere decir que se conozca a profundidad la situación de las personas cuidadoras.

Un vínculo cotidiano

Cuando hablamos de “autonomía”, es menester poner nuestra mirada en los sujetos involucrados de manera fundamental, esto, cuando hablamos del cuidado de personas adultas mayores, los cuales son las mismas personas adultas mayores y también de igual importancia personas cuidadoras de personas adultas mayores, así también el Estado, por el poder de protección en los distintos ámbitos (político, económico y social) a los sujetos involucrados en el cuidado.

La relación de cuidado que se da entre personas adultas mayores y sus cuidadores y cuidadoras, es una que está atravesada por un marco cultural y por las decisiones políticas que le competen, es allí, en esta relación cotidiana, donde ambos sufren las consecuencias de la organización social de los cuidados mencionados. Como mencionamos anteriormente, es menester dar una mirada al marco sociocultural y también una mirada a la interacción cotidiana a este proceso.

En lo que se refiere al cuidado de personas adultas mayores y las diferentes fuentes de cuidado vinculadas, podemos discernir un vínculo específico muy característico que se da con las personas cuidadoras no remuneradas, por dos aspectos, porque día a día “se ven las caras”, día a día están relacionados, se comparten las dificultades de lo que significa el proceso de cuidado y el otro aspecto, el cual es claro, son labores no remuneradas.

La afectación a la Autonomía en el proceso de cuidado

Es necesario tomar en cuenta que la organización social en sus distintos niveles, va a afectar ambas partes en este caso, es decir, podemos señalar específicamente, que es posible que en el proceso de cuidado que la autonomía de ambos sujetos se vea afectada.

Por ello, la contribución de este análisis no gira en algo muy común, como sucede en las opiniones del sentido común, las cuales también se encuentran hasta en círculos de discusión académica, como lo son las valoraciones morales del binomio “Bueno vrs Malo”. Como, por ejemplo, la idea de que “el adulto mayor es bueno” o “la persona cuidadora es mala”. Es pertinente señalar esta valoración moral, porque en muchos de los casos, se tiende a señalar o a pensar que es la persona cuidadora la que violenta la autonomía de las personas cuidadas.

A continuación, se señalarán algunas afectaciones, las cuales no son todas las que podríamos señalar, sin embargo, estas, nos permiten visualizar a nivel básico dicha relación.

Al analizar la autonomía de los sujetos en el proceso de cuidado de personas adultas mayores, es necesario considerarlos en su cotidianidad. Cuando se habla de la autonomía de la persona adulta mayor dependiente en sus distintos niveles, se podría señalar, por ejemplo, algo que vulnera dicha autonomía es el ejercicio de un tutelaje por parte de las personas cuidadoras, donde toda decisión de la vida cotidiana es tomada por la persona encargada de ese cuidado, haciendo de la vivencia una especie de “pastillización de la vida cotidiana”, donde cada aspecto se hace de manera estructurada desde la imposición de la persona cuidadora. Así como se da un medicamento a horas definidas, así se hacen las demás actividades de la vida diaria.

Anteriormente se ha expresado la autonomía a diferentes niveles, por ejemplo, en los muchísimos casos particulares que podríamos mencionar, en dado momento del proceso de envejecimiento, una persona adulta mayor puede necesitar tutelaje, no precisamente ayudarle a cumplir con las actividades diarias comunes como el bañarse, cambiarse, entre otros, sino tutelar los tiempos de alimentación, medicación y citas médicas, pero ello puede conllevar a que la persona que ejerce este tutelaje, caiga en abuso de tutelaje de manera tal que no permita que la persona adulta mayor ejerza decisiones específicas en el más variado espectro de la vida cotidiana, convirtiéndole en una persona cada vez más dependiente, y esto no precisamente por las condiciones y la autonomía de las funciones de la persona, sino moldeando en gran manera por la percepción que tiene la persona que tutela sobre la persona adulta mayor.

Con lo anterior se puede considerar que en muchos aspectos, la vida cotidiana puede reglarse de manera tal que prime la imposición en los tiempos de levantarse, comer, ir al baño, tomar el sol, dormir, esto sin tomar en cuenta la opinión de la persona adulta mayor. Lo que convierte la vida de la persona en una organizada por la persona cuidadora y únicamente desde las consideraciones de esta. Así las cosas, la dependencia no es solo un asunto de determinismo por las condiciones físicas, sino también una construcción por las percepciones que se tienen de la persona adulta mayor.

Sin embargo, “dando vuelta a la cara de la moneda”, como contraparte tenemos a la persona cuidadora que ejerce el cuidado diario. Para que esta persona pudiera ejercer el cuidado de una persona adulta mayor, aunque sabemos que también por el cuidado de niños o de personas enfermas también se da la misma situación, esta tiene que posponer, y en muchos de los casos renunciar, en mayor o menor medida a sus planes y metas de vida personales, entre ellos la realización de un trabajo remunerado. Esto lo respalda, una adecuada interpretación de los datos de las Encuestas del Uso de Tiempo, no solo en nuestro país, sino en otras latitudes, donde sobre las mujeres sigue descansando esa importante labor.

El que una persona deba renunciar a un empleo remunerado, para poder ocuparse de una persona que necesita cuidado, en este caso en una persona adulta mayor, la persona cuidadora se convierte, en muchos de los casos, en una persona dependiente económicamente, y la dependencia económica consigo trae vulnerabilidad. Una persona que

no cotice al no tener empleo remunerado, tiene que depender del seguro social que le brinde el Estado. Otro aspecto relacionado, es que al no cotizar, no podrá optar a futuro por una pensión que le brinde mejores beneficios para subsistencia adecuada, a corto, mediano y largo plazo, el ejercicio del cuidado para estas personas es un ejercicio que vulnerabiliza y que empobrece.

Así mismo, debido a que la cultura nuestra no prepara a las personas para enfrentarse a estas situaciones, es donde podemos encontrar, por ejemplo, personas cuidadoras que no tienen preparación técnica básica para movilizar personas que presentan dificultades de movilidad, y a causa del desconocimiento sufren una lesión física. Otro aspecto es que muchas de las mujeres cuidadoras también son mujeres que pueden padecer enfermedades crónicas como lo es la diabetes, a futuro estas personas llegarán a ser adultos mayores, lo que hará una combinación de situaciones que complicaría su estado físico con todo lo que ello representa.

El síndrome del cuidador quemado (conocido en su expresión en inglés como “burnout”) es una afectación psíquica y física que sufren las personas que ejercen el cuidado de personas dependientes, lo que trae consigo depresión, ansiedad y estrés, además de afectaciones físicas. Todo esto se traduce en situaciones de riesgo a mediano y largo plazo.

Situaciones asociadas a lo anterior, son la afectación psicológica que pueda dar a raíz de las opiniones mismas de la persona cuidada, así como las opiniones de las personas familiares sobre la salud o el estado físico y psicológico de la persona dependiente, esto puede generar gran estrés en la persona que día a día se esfuerza, desde su percepción y conocimientos para brindar un cuidado a la persona adulta mayor. Si a esto sumamos la violencia en cualquiera de sus formas, la situación se vuelve aún más compleja. Las personas cuidadoras tienen que renuncian a muchos aspectos de la realización de su vida, se les recarga el cuidado, y también se convierten en personas vulnerables ante las opiniones de los demás, tanto de cercanos al núcleo familiar como la opinión pública.

Debido a que las personas cuidadoras contribuyen a la construcción de la relación de dependencia cuando ejerce el cuidado, se llegan a situaciones donde la persona cuidadora, que renuncia a su estilo de vida, llega a pensar que la única persona que puede dar las atenciones como la persona cuidada necesita, renunciando a momentos de ocio y recreación, y aún cuando dedican tiempo a ello, pueden presentar ansiedad por la culpabilidad que sienten al no estar brindando cuidado a quien “tiene a cargo”.

Además existe una complejidad aún mayor, cuando las personas cuidadas, además de su condición de adultas mayores, padecen de enfermedades neurodegenerativas o crónicas, o discapacidades adquiridas.

Ambas partes involucradas se ven afectadas de manera tal que, a corto y mediano plazo, traerá consigo afectaciones negativas.

Afectaciones en otros ámbitos

Es importante señalar también, el cómo las infraestructuras de las casas en específico, y de las ciudades en general, no siempre son las más óptimas para garantizar la autonomía funcional de una persona adulta mayor, o la facilidad para que las personas que les colaboran en sus actividades, puedan ejercerlas sin tener que poner en riesgo su propia salud.

Se necesitarían estudios que reflejen si las personas adultas mayores que conviven en hogares intergeneracionales, tienen acceso a una habitación y condiciones que se ajusten a sus hábitos de vida tanto en el día, como en la noche, que les brinde privacidad y descanso adecuados.

Es necesario tomar en cuenta que muchos de los hogares donde viven personas adultas mayores no cumplen con los requerimientos básicos para la satisfacción de las necesidades de los miembros de la familia, estamos refiriéndonos con esto a la pobreza, pobreza extrema, y condición de calle, entre otras situaciones muy específicas que afectan a un parte de la población no menos significativa.

¿Qué significa ser persona adulta mayor en lo cultural?

Ahora salgamos del nivel de la relación persona cuidadora-persona cuidada, y veamos algunas construcciones culturales, donde la persona adulta mayor es convertida en un sujeto con características particulares que la hacen renunciar a un conjunto de aspectos que violentan su autonomía, cabe señalar que estas caracterizaciones no solamente son las que dicen de ellas, sino también la que se espera que las asuman, y por supuesto, los adultos mayores las asumen como naturales, entre ellas: que es una persona en decadencia, no es de valor social, no es parte de la población económicamente activa, debería haber construido su futuro de manera tal que hoy gozara de una pensión, es una persona que necesariamente tiene que “chinear” nietos, no es representación de la fuerza, que es una persona que no es el atractivo físicamente, pierden su atractivo y deseo sexual, tiene que negar su sexualidad y el disfrute de la misma, que responden a los lineamientos heteronormativos, por solo citar algunos. Todo ello da lugar, por ejemplo a chistes que tienen que ver con personas adultas mayores y su sexualidad, en muchos pueblos de Costa Rica, encontramos “las esquinas de las palomas muertas”, los cuales por lo general, son lugares de encuentro de hombres adultos mayores.

Entonces, la sociedad en general organiza a los adultos mayores a partir de esas y otras percepciones, por lo anterior, es cuando hablamos de una práctica muy generalizada de separación por sexo en los centros de cuidado (Hogares de Ancianos, Asilos, Centros Diurnos, entre otros), la separación del matrimonio cuando una familia se hace cargo de una persona y otra familia de la otra, la negación de la sexualidad de las personas.

En lo que se refiere a lo económico, cuando una persona adulta mayor no se pensiona por el régimen contributivo, obtendrá una pensión del régimen no contributivo, la cual ayuda básicamente como complemento para la sobrevivencia. A esto se le suma, por ejemplo, que en Costa Rica, la mitad de la población entre 55 y 64 años están desempleados en la actualidad. Siendo así, en este aspecto el panorama no es muy alentador para las personas adultas mayores.

Por otro lado, como mencionamos anteriormente, las personas cuidadoras que tuvieron que dedicarse al cuidado de personas, entre ellas las personas adultas mayores, tienen necesariamente que dejar de trabajar para poder ejercer las tareas del cuidado, dejando por ello, de percibir ingresos, y más adelante, esto se traducirá en no poder optar por una pensión de retiro, que pueda suplir sus necesidades de manutención. Como se ha discutido en otras ocasiones, las tareas del cuidado no remunerado, empobrece a las personas que lo ejercen.

Las condiciones que giran alrededor del cuidado no remunerado, producen la dependencia económica de la persona cuidada y la vulnerabilidad de las personas cuidadoras, que al fin de cuentas, le generará dependencia económica.

Una mayor autonomía conlleva, necesariamente un adecuado empoderamiento como grupo poblacional, como persona parte de una comunidad, como una persona que posee un cuerpo, como una persona con capacidad de decisión, y por supuesto, una persona con capacidad de negociación en todos los niveles.

Podemos encontrar el concepto de autonomía funcional de la persona adulta mayor, es posiblemente esta, la más asociada a la palabra autonomía. Y si bien es cierto que la autonomía funcional es un aspecto muy importante, este no agota el amplio sentido de lo que la autonomía significa.

Cambio paradigmas institucionales.

Las sociedades se van transformando, y trae consigo una serie de cambios culturales pertinentes a lo que se refiere al cuidado de las personas adultas mayores, pero, a mi parecer,

es necesario que el Estado, con el poder que le compete de reglar con sus límites, conceda un aporte sustancial para acelerar el cambio cultural.

Referencias Bibliográficas:

Comelín-Fornés A. del P. (2014) *Ícono Revista de Ciencias Sociales* ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? Num. 50, 111-127. Recuperado de <http://www.cepal.org/> [Consulta 27 feb. 2017].

Guzmán, J.M., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 27 feb. 2017].

Referencias Bibliográficas recomendadas:

Etxeberria, X. (2014) *Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad*. En: *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en las políticas de derechos de las personas mayores*. CEPAL, Naciones Unidas, México.

Huenchuan, S. y Rodríguez, I. (2014) *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). México.

Jiménez, R. (2014) *Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma*. En: *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en las políticas de derechos de las personas mayores*. CEPAL, Naciones Unidas, México.

Síntesis

- Relación entre persona adulta mayor con la persona que cuida, doble cara de la moneda, con vínculo irreversible y desde ahí cobra importancia del eje transversal.
- La autonomía puede disminuir de dos formas: abrupta (por caídas) o paulatinamente. El tiempo es determinante en ese abordaje, es vital las decisiones, las implicaciones, el efecto de la pérdida. Y como varía según afectación material y formativa (no solo pobreza, sino no poder adquisitivo). En cierta forma todos estamos en cuidados paliativos.
- Pregunta fundamental: ¿cómo pensar en el cuidador de manera que no se vuelva una relación tóxica? El péndulo del rol y la ocupación, como determinante para mantener la autonomía. Y el rol del cuidador como intromisión
- El cambio de perspectiva es más que necesario: pasar del asistencialismo hacia relación de mutuo acompañamiento en reconocimiento de ambas autonomías, y la previsión de múltiples necesidades: sexual, espiritual, físico.
- El peso del rol de la mujer: característica sine cuanom, sistema patriarcal: es preciso trabajar en esa ruptura de cara a enfrentar o prepararnos para el relevo del equipo amplio que se requiere, preparación de generaciones jóvenes, los que vienen, no solo los que vamos.
- ¿Cómo dar recomendaciones amplias para la elaboración de políticas, teniendo en cuenta las especificidades?

3.5.6) Anexo 6: Memoria del III Seminario investigativo: Transformación del perfil epidemiológico de la PAM: respuesta de cuidado

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología

Proyecto:

Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población (es) adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999), en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Fecha: miércoles 26 de abril de 2017

Hora: 9:00 am a 12:00 md

Lugar: Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población

Personas Seminaristas:

Bach. María Fernanda Hernández Morales

Bach. Natasha Núñez Morales

Bach. Jason Ismael Rojas Rojas

Tutora:

M.Sc. Rocío Loría Bolaños

Personas invitadas y participantes:

Ph.D. Gilbert Brenes Camacho

M.Sc. Rocío Peinador Roldán

Bach. Iván Rodríguez Soriano

Presentación

Como parte de nuestro proceso de investigación nos propusimos elaborar cuatro seminarios investigativos (o alemán¹⁷), los temas centrales planteados para el análisis y la discusión en cada uno de los mismos, giran en torno a: Género e envejecimiento, Autonomía, Transformación del perfil epidemiológico, y, crisis de los cuidados y cambio cultural.

Con estos seminarios, pretendemos abrir el espacio para una discusión integral desde un enfoque multidisciplinario, y a la vez, mediante los aportes grupales generados durante la implementación de esta técnica de investigación, poder mejorar nuestro análisis.

Una de las estrategias de esta metodología de aprendizaje, consiste, en la formación de las personas seminaristas como cientistas sociales, es decir, en la posibilidad de producir conocimiento de manera conjunta, ese conocimiento al ser compartido y transmitido tiene la posibilidad de ser pensado y por tanto criticado, valorado y renovado.

Por otro lado, la presencia de las personas expertas en la temática es fundamental, ya que, gracias a su experticia, es que se puede evaluar el estado del proyecto de investigación, desde perspectivas de análisis diversas, consideramos que es un método que en gran medida permite objetivar la investigación en curso.

La decisión de elaborar estos seminarios, es el resultado de la búsqueda de una herramienta metodológica para la concreción de nuestra cuarta etapa investigativa, y así para poder alcanzar asertivamente el cuarto objetivo específico de nuestra tesis, siendo este: Determinar prioridades y adecuaciones a las políticas públicas de cuidado de la población (es) adulta mayor en Costa Rica.

Se torna necesario señalar que, así como nuestra investigación, es atravesada transversalmente desde tres ejes de análisis teóricos y metodológicos, los cuales son: género, autonomía y personas cuidadoras, pretendemos que los seminarios en cuestión sean planteados y desarrollados a partir de la misma lógica.

Por su parte, el presente documento, tiene como objetivo la recuperación del relato, el correlato, y la síntesis de los puntos centrales sobre los que giró la discusión, con el fin de registrar los conocimientos producidos.

Nos encontramos muy agradecidas con las personas que se vincularon dentro de la dinámica de los seminarios, además, como estudiantes de Sociología consideramos que la implementación de esta metodología nos permitió conocer y adueñarnos de una técnica creativa e integral para la generación de conocimiento, por ende, recomendamos su utilización en futuros proyectos.

Relato¹⁸

Buenos días estimados y estimadas participantes, agradeciendo por su asistencia en el presente III Seminario Investigativo, deseo exponer sobre algunos aspectos fundamentales

¹⁷ Garzón (s.f.) expresa que “la implementación de metodologías de Seminarios investigativos son alternativas andragógicas que contribuyen al rompimiento con la clase magistral: acaba con el protagonismo - a veces nefasto - del profesor y en el reconocimiento de que el proceso de formación, tiene que estar centralizado en el ser humano más que en una profesión” (p. 13).

Garzón, M. El Seminario investigativo o Seminario alemán. Recuperado de [Recuperado de https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf](https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf) [Consulta 28 may. 2016].

¹⁸ Elaborado por: Bach. Jason Ismael Rojas Rojas.

relacionados a la Transformación del perfil epidemiológico de la Población Adulta Mayor y respuesta del cuidado institucionalizado vs cuidado familiar.

En primera instancia quiero establecer el vínculo particular que existe entre las temáticas que se han elegido cuidadosamente para la presente sesión.

Quisiera señalar que el abordaje del cambio epidemiológico y el cambio sociodemográfico, resulta sustancial para la comprensión de los distintos grupos poblacionales, y específicamente para el caso de la población adulta mayor, los datos y los análisis que se desprenden de estos, deben ser considerados para la propuesta de toda legislación que busque dar respuesta a las necesidades de la población adulta mayor. Esto le da pertinencia a la integración de dichos elementos dentro de nuestra investigación.

Teoría de la Transición epidemiológica.

Para los fines de nuestra investigación, es fundamental la comprensión de la relación que ha tenido las transformaciones del perfil epidemiológico, el cambio demográfico y las respuestas que se han dado desde los tipos y fuentes de apoyo que menciona el autor y las autoras Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003): esto es lo estatal, lo comunitario, amigos, familiar y personal. Entonces, de estas fuentes de apoyo, hoy nos centraremos en lo institucional y en lo familiar. La escogencia de estos dos niveles para nuestros propósitos, aparte de la delimitación, nos permitirá primordialmente dilucidar los cambios en las dinámicas de cuidado, así mismo, tratar de dilucidar las particularidades que pueda presentar las respuestas de cuidado en la sociedad costarricense, así como los alcances y limitaciones de las mismas.

En nuestra investigación se hace uso de la teoría de la transición epidemiológica expuesta por Omran (1971), la cual, como toda teoría en su desarrollo y aplicación posterior, algunos de sus críticos han señalado, cómo diría De Cesare (2011) sus limitaciones, sus problemas empíricos, y aspectos que son discutibles teóricamente, sin embargo, aún sigue demostrando ser una teoría utilizada en la construcción de esquemas teóricos que ayudan a identificar los patrones de mortalidad por causa y de utilidad de punto de comparación.

Entendemos epidemiología como mencionan Rodríguez-Artalejo y Banegas-Banegas (2009) como: “la disciplina científica que estudia la frecuencia y distribución de fenómenos relacionados con la salud y sus determinantes en poblaciones específicas, y la aplicación de este estudio al control de problemas de salud.” (p.9).

Ampliando lo anterior, transición epidemiológica se comprende al proceso donde la población pasa a ser vulnerable de sufrir y de morir ciertas enfermedades a otras tipificadas distintamente. Es decir, las poblaciones eran más vulnerables a vivir y morir por causas que hoy son tratadas eficientemente. Ya lo expresaba Rosero-Bixby (1984) que menciona que en esta transición, se sustituyen las infecciones y la malnutrición por dolencias degenerativas y provocadas por el hombre.

Como teoría que se desprende de la disciplina epidemiológica, la teoría de transición epidemiológica contempla el uso de métodos estadístico-matemáticos, integrando a su vez, el uso de medidas, los cuales nos permiten obtener datos relevantes de análisis y estos son los que a su vez, nos permiten sintetizar información.

Cuando hablamos de indicadores sociodemográficos, comprendemos que estos se refieren a la dinámica y la estructura de la población, vivienda y saneamiento ambiental, salud, educación, trabajo, condiciones de vida, situación de la mujer, grupos poblacionales, cultura, ciencia y tecnología. Estos indicadores sociodemográficos, expresados, ampliados y analizados críticamente en nuestra investigación, permiten conocer a profundidad las condiciones de la población que estamos analizando, por un lado, y por otro, hacer notar cuáles aspectos no se están contemplando en la legislación dirigida a la población adulta mayor. Moreno-Altamirano, López-Moreno y Corcho-Berdugo (2000) mencionan que estos

indicadores, según corresponda, se pueden expresar por medio de tasas, índices, porcentajes, razones, cantidades absolutas, proporciones, escalas.

Ejemplo de ello, es que podemos visualizar en porcentajes la composición de los grandes grupos poblacionales, visualizar tasas de mortalidad y morbilidad, además nos aporta el poder visualizar otros indicadores sociodemográficos relevantes para nuestra investigación, por medio de índices y proporciones, por citar algunos.

Ahora bien, cabe destacar que lo anterior expuesto, como mencionan Delgado-Ramos, Fagundo-Montesinos, López-Letucet, Valdés-Santana, Salabert-Tortoló (2003) la comprensión de los fenómenos relacionados a la transición epidemiológica es fundamentales para propuesta de políticas en salud, así mismo, nuestra investigación la integra, con el objetivo de un análisis integral de la legislación.

No vendría a ser, la susceptibilidad a las muertes causadas por enfermedades infecciosas, en parte por el manejo del sistema sanitario para con las mismas, sino por una serie de enfermedades que aparecerán a causa de una población con mayor esperanza de vida, por tanto, enfermedades asociadas al envejecimiento por un lado, y por otro lado, las enfermedades y condiciones asociadas al mundo moderno, tomando en cuenta que las condiciones para estas enfermedades son procesos de estilos de vida anteriores a la edad adulta mayor.

En lo que se refiere a las enfermedades y condiciones asociadas al mundo moderno, podemos señalar los accidentes automovilísticos, las muertes violentas, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer (aparato respiratorio, digestivo, entre otros).

Cuando se habla de cambio epidemiológico, se tiene que tener presente no solo “las muertes por diarrea”, sino las condiciones sanitarias que generan que una persona no precisamente muera de diarrea, sino la vulnerabilidad de lo que significaba infectarse o contagiarse, de una enfermedad transmisible de esa manera.

Las enfermedades infectocontagiosas, como la diarrea, la desnutrición, el parto (en el caso de las mujeres), dejaron de ser las principales causas de padecimientos y muertes, por lo que la población gozó y goza de una esperanza de vida mayor, sin embargo, los nuevos estilos de vida, que integraron cierta parte de la población, trajeron consigo nuevas enfermedades a consecuencia. Ahora las nuevas enfermedades no se contagian sino que adquieren una modalidad crónica no transmisible.

En lo que se refiere a esos estilos de vida de las personas costarricenses específicamente, se puede mencionar que:

La población adulta joven está muriendo prematuramente y tiene factores de riesgo por las adicciones, violencia interpersonal y muertes violentas con armas de fuego, mientras que los adultos mayores tienen patrones de enfermedad y factores de riesgo más relacionados con males crónicos, pero ambos sectores hay un problema de hábitos y costumbres, uno de convivencia y el otro más relacionado con hábitos alimentarios. (Sáenz, s.f. citada por Rojas, 2014).

Ahora, las causas de padecimiento y muerte de la población adulta mayor, vienen siendo la hipertensión, infartos, cáncer, diabetes mellitus, insuficiencia renal.

Es importante hacer una consideración para la comprensión de este cambio epidemiológico, y es que estas enfermedades emergentes, pueden diagnosticarse durante el periodo de vida de la persona, pero es cuando esta llega a la edad adulta mayor, cuando la probabilidad aumenta a consecuencia de los estilos de vida, y los demás determinantes sociales de la salud. Así mismo aumentan las consecuencias negativas de los padecimientos de las enfermedades.

Para el caso de uno de los indicadores sociodemográficos, como es la salud, uno de los retos más grandes que existen aún, dentro del sistema sanitario institucional, y dentro de todas las

contrapartes de la salud en la sociedad costarricense, es un evidente y real cambio de tratamientos curativos a tratamientos preventivos.

Referente a esos retos, la parte institucional toma medidas para contrarrestar el panorama, el cual afecta directamente a las personas adultas mayores, por ejemplo, la Caja Costarricense de Seguro Social, expone que:

Con este panorama, las autoridades de la Caja implementarán planes y programas que buscan disminuir los problemas, ya se diseñaron intervenciones específicas con sus costos estimados, para enfrentar las enfermedades cardio y cerebro vasculares, insuficiencia renal, cáncer de mama, cérvix, desórdenes mentales y de comportamiento, sobrepeso y obesidad.

En cuanto a la atención de los problemas mentales, por ejemplo, la Caja destinará 3.600 millones de colones, los cuales se destinarán para la capacitación, nuevas plazas y mejoras de cuatro hospitales donde se atenderá la población afectada. 17.500 millones de colones para atender a pacientes con cáncer a lo largo de cuatro años, donde se invertirá en reactivos, estructuras físicas y personal.

Además la entidad seguirá poniendo énfasis en los cambios de hábitos, donde se recalcará la ingesta de alimentos saludables y la práctica de la actividad física, la estimación para esto es de 368 mil millones de colones. (Sáenz, s.f. citada por Rojas, 2014).

Así mismo es sumamente relevante señalar que el manejo de las enfermedades mencionadas anteriormente, permiten a su vez, extender la esperanza de vida.

Siendo consecuente con la teoría de la transición epidemiológica, es menester mencionar la fuerte relación, como expresa Di Cesare (2011) con la transición demográfica, idea que sintetiza de (Frenk y otros, 1991a; Galyin y Kates, 1997).

El estudio de las transiciones demográficas y epidemiológicas de una sociedad, se comprenden como un proceso dinámico. Este proceso hace referencia a la mutua influencia que tienen los eventos en cada uno de los marcos. Ejemplo de lo anterior es notorio cuando se analiza la segunda mitad del Siglo XX en Costa Rica: acciones en salubridad cambiaron las causas de muerte, así como en qué momento, lo que a su vez influyó en el tamaño de la población. Esto, necesariamente se tiene que analizar en un marco histórico social.

Un aspecto a considerar es que las soluciones que han encontrado las sociedades europeas, podrían ser muy diferentes a las soluciones que puedan solventar las sociedades latinoamericanas, con su contexto específico histórico, social y económico diferenciado.

Por otra parte, dentro del contexto Latinoamericano, es necesario tomar en cuenta que la Región Centroamericana presenta sus particularidades tanto económicas como sociales y culturales, por tanto, el enfrentar las condiciones y las problemáticas anexas al envejecimiento de la población, se debe considerar aún con más detalle, no solo la búsqueda de soluciones, sino también todo lo referido a un adecuado análisis de las problemáticas en sí. Entonces, es necesario visualizar los datos sobre componentes de la población que evidencian una transformación socio demográfica histórica y que dan luz sobre el tránsito de dicha transformación en las próximas décadas, lo que pone de relieve el comportamiento de las poblaciones que necesitan de cuidado, en relación con las personas que ejercen dicho cuidado.

Si bien es cierto que hasta este momento he expresado algunos aspectos vinculado a la salud de las poblaciones, esto han sido como ejemplo de lo que pueden aportar cada uno de los indicadores, ya que en relación a lo anterior expuesto, es necesario mencionar que, como aporta la CELADE, en los países que están en plena transición demográfica o están en su etapa avanzada, los individuos se enfrentan a nuevos problemas, a saber:

- i) el retiro laboral, que tiene como consecuencia la mayor disponibilidad de tiempo libre, la pérdida de roles, el debilitamiento de relaciones sociales y una fuerte disminución de sus ingresos;
- ii) los problemas de salud y el aumento de la demanda por servicios informales y estatales;
- iii) los cambios vitales, tales como la pérdida de la pareja (aumento de la proporción de mujeres viudas), la partida de los hijos y las modificaciones en la estructura familiar (aumento de la participación laboral de la mujer, nuclearización familiar y mayor distancia entre los miembros de la familia).

Lo anterior es abarcado en el *Primer Informe Estado de la Situación de la persona adulta mayor en Costa Rica* (2011).

Este punto de la exposición es, a mi parecer, muy importante, debido a que los distintos indicadores sociodemográficos tienen sus encuentros en los individuos que son parte de la población adulto mayor. Ejemplo de ello es que una persona adulta mayor, además de condiciones de salud, se caracteriza por el contexto social donde se desenvuelve, además de los recursos a los que tiene o no acceso, por citar algunos casos, además de los diversos “cruces” posibles de los indicadores, que caracterizan a los individuos. Una política pública tiene el reto de contemplar esta diversidad.

Cuido familiar promovido por la Ley #7935

En el Artículo 1, objetivo c de la Ley Integral para la persona adulta mayor, (#7935) de 1999, menciona que busca “Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario”.

En el anterior Artículo se puede comprender como una situación positiva que las personas adultas mayores permanezcan en su núcleo familiar y comunitario, sin embargo, hay que tomar en cuenta los datos (por ejemplo los mostrados por la Encuesta del Uso del tiempo en la Gran Área Metropolitana), los cuales revelan como el cuidado de personas, descansa en un 87% los hombros de mujeres. La Ley promueve una atención integral de la persona adulta mayor, entendiendo esta como la “Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales” (p. 1-2) haciendo que se pueda discernir que se provee protección para la persona cuidada, pero ¿También se provee para la persona cuidadora? Una pregunta que necesitaría mucho más espacio para un intento de dar respuesta, bien dice un medio de comunicación (La Nación) en entrevista con el CONAPAM referida a personas cuidadoras: “no se sabe cuántos son, pero se presume que muchos”.

Los datos que aporta el *Primer Informe Estado de la Situación de la persona adulta mayor en Costa Rica* (2011) nos dice que para ese momento 280 000 personas (el 6% de la población) eran de 65 y más años, y que la proyección para el 2025 la población de 65 y más años será de 600 000 personas, representando el 11,5% de la población. Datos del INEC del 2015 arrojan información que la cantidad de personas adultas mayores eran de más de 500 000 personas. Esto nos muestra ver la necesidad de cuidado presente en la población adulta mayor.

La población adulta mayor presenta características particulares, no solamente en lo que se refiere a las necesidades específicas, sino a que cada día a día tiene “entradas” y “salidas” y en ciertos periodos se integran, tarde o temprano, generaciones que conllevan estilos de vida marcadamente diferenciados. Esto también se puede recordar hasta para los aspectos más específicos y especiales para los estudios sociales y de salud, como lo es el caso de las zonas azules, donde las personas que vienen a ser parte de esta población han llevado estilos de vida específicos, y esto no quiere decir de manera alguna que las otras nuevas generaciones compartan ese estilo de vida que también estuvo y está asociado a cotidianidades específicas y particulares.

Las personas adultas mayores son personas que, evidentemente son producto de estilos de vida de años, tienen en su condición física y mental las consecuencias de los mismos, sumado a ello, los determinantes sociales de la salud y las condiciones sociales específicas, sin embargo, también es importante señalar que cuando requieren de cuidados, estos se ven reflejados de la manera la sociedad en la que viven se ha organizado para brindarlos: redes de cuidado, hospitales y servicios especializados, entre otros, involucrando estado, familia y mercado.

Otros datos sobre la población adulta mayor en Costa Rica

Quisiera presentar, como ejemplo algunos otros datos que se pueden encontrar en el Primer Informe Estado de la Situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (2011), la cual nos permite conocer más sobre dicha población:

Cuadro 5.1: Características de la población adulta mayor según tipo de arreglo residencial

Característica	Tipo de hogar		
	Solo	Pareja	Multigeneracional
Total	11,9	19,3	68,8
Porcentaje de hombres	46,5	64,3	41,7
Edad promedio	75,7	72,6	74,0
Índice de riqueza			
Alto	5,4	21,8	21,2
Medio	58,8	67,0	67,5
Bajo	35,8	11,3	11,3
Vive en GAM	51,7	47,7	56,1
Primaria completa o más	39,4	47,8	44,8
Trabaja	19,5	28,7	19,4
Casa propia	70,9	88,0	84,9
Tiene pensión	71,3	57,5	63,2
Recibe ayuda de instituciones	38,0	38,3	36,9
Recibe ayuda de instituciones*	5,1	4,1	4,7
Ayuda a adultos mayores	5,6	8,0	8,8
Cuida niños	4,5	5,9	10,0
Asiste a actividades de la iglesia	21,9	25,8	22,6
Tiene hijos vivos actualmente	79,1	93,5	93,5
Tiene nietos	97,8	97,9	95,7
Ve hijos fuera diariamente	61,7	70,0	66,5
Ve hijos fuera semanalmente	61,0	64,6	62,2
Correside con cónyuge			51,2
Correside con hijos			79,2
Mala salud	46,2	47,2	48,7
Tres o más enfermedades crónicas	37,7	42,5	43,9
Sufre de depresión	5,4	5,2	6,7
Necesita ayuda con actividades	44,7	39,7	48,7
Le ayudan con actividades	30,4	29,1	40,2
Cantidad de personas que ayudan	1,7	1,2	1,4
Red familiar promedio	1,3	3,7	4,1

* No incluye el programa Ciudadano de Oro

Fuente: Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Por medio del cuadro anterior, podemos obtener una caracterización de la población adulta mayor según arreglo residencial, información que nos permite visualizar aspectos de vivienda, salud, enfermedad, convivencia, entre otros.

Siguiendo con los ejemplos, según el mismo informe, cerca del 50% de las personas adultas mayores dicen tener una salud regular o mala, las enfermedades que más se reportaron son: hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, osteoporosis y artritis. La dificultad en la movilidad afecta más a las mujeres y aumenta con la edad.

Por otro lado, como un aproximado, según información explicitada por la Clínica de la Memoria, el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, para el año 2015, aproximadamente unos 20 000 adultos mayores en el país viven con algún tipo de demencia, especialmente el Alzheimer. La situación se agrava más ya que cada vez hay más personas adultas mayores, por lo que crece la población además la población con estas enfermedades y hay pocas personas cuidadoras. Según los datos de la misma entidad para el 2015 el abandono se hace presente en al menos 50% de los adultos mayores con demencia en el Hospital Psiquiátrico.

Por otro lado, el proyecto de Detección Temprana de Enfermedades Neurodegenerativas, realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social, muestra una prevalencia del 4.1% de demencia y un 8% en el deterioro cognitivo leve, por lo tanto en la actualidad habrían 25 mil personas con esta dolencia y cerca de 50 mil más con probabilidades de padecerlo.

Para el año 2012, se crea la Clínica de Memoria y Envejecimiento Cerebral, la cual de un total de 100 pacientes atendidos, al 43% se les diagnosticó un deterioro cognitivo leve, luego de esto un 36% presentaba algún tipo de demencia como el Alzheimer y luego un 22% la demencia vascular. Además, en nuestro país se presentan casos de personas con trastornos depresivos, trastornos psiquiátricos y ansiedad. Los casos que más se estudian en nuestro país son las personas que padecen Huntington, Alzheimer y Parkinson.

Los padecimientos de enfermedades neurodegenerativas, las enfermedades crónicas, y los accidentes vinculados con problemas musculoesqueléticos, van en aumento de manera proporcional al crecimiento de la población adulta mayor.

Sumado al *Primer Informe del Estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*, otro de los documentos que aportan información sobre la situación de la salud de las personas adultas mayores es *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. Este documento elaborado por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2004.

Sauma (2011) refiere a que el proceso de envejecimiento que vive el país hace que aumente la demanda de servicios de cuidado, y esto tiene relación tanto a nivel del gasto público como con la capacidad de las familias para enfrentar la situación que venimos describiendo.

La atención de la población adulta mayor implica no solo una necesidad de atención médica por parte las instituciones públicas, sino también de la sociedad en general, involucrando los distintos actores pertinentes, con esto nos referimos al Estado por medio de sus instituciones (clínico-sanitarias, academias como lo son las universidades, y de intervención social), también la comunidad, las redes de amistad, y la familia.

Esto que recién comento, parece, en muchos sentidos, que viene a representar una responsabilidad únicamente para la familia que, tiene en su seno una persona adulta mayor, ya sea con padecimiento o no de alguna enfermedad, y que el papel de las instituciones se reduce a las clínico sanitarias, y esta a su vez, es en los casos de atención por gravedad de la situación en crisis determinadas, o en asistencia de control, con una atención no especializada.

Quisiera señalar que la atención a las necesidades específicas de la población adulta mayor significan un reto actual y futuro a las instituciones involucradas, así mismo para las familias, las cuales por su proceso de transformación, se convierten en un reto de igual envergadura para la atención eficiente de dicha población.

La Ley 7935 contempla el Derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales, así mismo el Derecho a la salud física y psíquica, así que estos derechos en un población que demanda más recursos por sus condiciones, se convierten en un reto para la sociedad costarricense.

Quiero finalizar mencionando que en ocasiones, al leer ciertas elaboraciones, se hace referencia a que los problemas que aquejan a las poblaciones son debidos a los cambios

demográficos y epidemiológicos, específicamente al aumento de la población de adultos mayores, sin embargo, desde el presente análisis, los problemas se generan cuando el alcance de las respuestas no satisface las situaciones (de salud, económicas y sociales) que afectan de manera particular a cada población,
Muchas gracias por su atención.

Referencias Bibliográficas:

- Di Cesare, M. (2011). El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. CEPAL.
- Guzmán, J.M., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/> [Consulta 27 feb. 2017].
- Moreno-Altamirano, López-Moreno y Corcho-Berdugo (2000). Principales medidas en epidemiología. *Actualizaciones*.42 (4), 337-348.
- Rodríguez-Artalejo. F. y Banegas-Banegas, J.R. (2009). *Método epidemiológico*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- Rojas, L. (2012, 28 de octubre). Adicciones y violencia mata a jóvenes ticos; enfermedades crónicas a los adultos. *Crhoy*. Recuperado de <http://www.crhoy.com/> [Consulta 24 Abr. 2017].
- Sauma, P. (2011). *Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica*. Chile: CEPAL

Correlato¹⁹

Buenos días, primero quiero agradecerles su presencia, la cual es fundamental para el desarrollo y fines de nuestra investigación. A continuación, les co relataré en relación a algunos puntos que fueron expuestos por Jason, y los que considero de importancia para generar la discusión, la que al fin y al cabo será la base para poder conseguir uno de nuestros objetivos de investigación: la recomendación de política pública de cuidado integral para la población adulta mayor.

En primera instancia, considero pertinente mencionar que una de las razones principales por las que decidimos adentrarnos en esta investigación la constituye el cambio sociodemográfico, y por ende la transformación dentro de la pirámide poblacional a la que se está enfrentando la sociedad costarricense, hecho histórico y concreto, y que a pesar de que las sociedades latinoamericanas tienen esta tendencia al envejecimiento poblacional, consideramos como sociólogas y sociólogo que no podemos dejar de lado el deber de hacer visible la urgencia que existe de tratar esta problemática específicamente para el caso de Costa Rica, ya que es una sociedad en la que no existe la capacidad, por parte de sus instituciones sociales, políticas, económicas, así como culturales para enfrentarse a este reto y riesgo inminente, según lo que hemos logrado vincular y concluir como una de las tesis de nuestra investigación.

Costa Rica para el año 2025 experimentará una duplicación en las cifras de su población adulta mayor (Rojas, 2006), este dato ya debe de haber sido discutido por ustedes y creo que

¹⁹ Elaborado por: Bach. Natasha Núñez Morales.

les genera al igual que a mí una preocupación enorme, y además creo que por eso estamos acá esta noche, porque me remite inmediatamente a cuestionarme: si la sociedad costarricense no está preparada estructural ni culturalmente para afrontar este reto, entonces ¿quién (es) y de qué manera se harán cargo de todo lo que esta tendencia y realidad próxima conlleva?

Vamos nuevamente, las proyecciones de población del INEC, para el 2002, dictan que para el año 2025 habrán en el país 896 299 personas de 60 años y más, pero además las proyecciones en relación con el índice esperanza de vida para ambos sexos será de un 81.7 años para el periodo 2045-2050 ((Rojas, 2006), es decir, Costa Rica como sociedad va a ser un muy pocos años una sociedad envejecida, pero además una sociedad en la las personas que nacerán, así como la población adulta mayor existente tendrá un alto índice de esperanza de vida, lo que implica para este momento, otro de los temas que nos concierne esta noche que fue tratado en el Relato que nos acaba de presentar Jason: la transformación del perfil epidemiológico.

Como bien nos relató Jason, como sociedad nos enfrentamos al reto de afrontar de la mejor forma posible esa transformación del perfil epidemiológico, pero el punto que quiero resaltar es que la sociedad civil así como sus instituciones sociales no se encuentran preparadas para esta situación, ya que a pesar de que en Costa Rica hoy día quedan rezagos de lo que fue una vez el Estado Benefactor que funcionaba con instituciones sociales que velaran por la protección social hoy día la realidad ha cambiado, el sistema capitalista y sus políticas neoliberales no permiten calzar para el funcionamiento de una institución social como lo es la CCSS, la que sería la encargada de promocionar, capacitar, prevenir y tratar el perfil epidemiológico, ya que es la única que podría funcionar dentro de todo el tejido social de territorio costarricense.

En otras palabras, Costa Rica no cuenta con una plataforma de salud de permita enfrentar este cambio epidemiológico, la opción optima, repito, sería la CCSS, pero en una sociedad con grandes deficiencias desde el punto de vista de la gobernación y la tendencia hacia la privatización de los recursos sociales como la salud van a jugar una mala pasada, porque las personas que puedan y cuenten con el capital van a poder manejar la salud y la de sus allegados, pero ¿qué hacer? con aquellas personas que dependen de un sistema de salud público y gratuito como lo es la Caja.

Ahora, no es solo un tema de poder acceder a los recursos de atención y tratamiento, sino que el cambio epidemiológico perfila enfermedades bastante complicadas, por ejemplo, para el caso de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer las cuales requieren de capacitación y tratamientos especializados, desde el equipo médico hasta las personas encargadas de brindar los servicios y los cuidados.

Anteriormente, me he referido someramente a los retos e interrogantes que como sociedad tenemos sobre el ¿quién (es) y de qué manera nos haremos cargo del cuidado de una población envejecida, pero acá es donde quisiera reflexionar acerca del cuido intrafamiliar, porque considero que este tema trae consigo grandes líneas de análisis que podemos comentar más adelante.

Entonces, tenemos un sistema de salud de protección social colapsado, las razones sería de más mencionarlas, solo que no hay que tener dos dedos de frente para comprender que es un tema, como dije, del mal funcionamiento por parte de la administración a través de los años, pero además responde a la lógica de un mercado en el que el bienestar social así como la inversión social para el mejoramiento de las poblaciones vulnerables, a pesar de siempre estar presente en el discurso político, pero en su aplicabilidad y concreción parece haber pasado de moda.

Ahora bien, la composición familiar también ha cambiado desde la incorporación de la mujer al mercado laboral, pero también la ideología neoliberal que nos bombardea nos vende una mentalidad y un accionar en el que prima el individualismo, cuestión que responde a otra de

las temáticas que será abordada en nuestro cuarto seminario con personas expertas: el cambio sociocultural, esto no quiere decir que sea excluyente traerlo a colación porque cuando tratamos lo social sus componentes no pueden ser separados debido a su complejidad.

Bien, este cambio dentro de la estructura familiar supone un cambio en el modelo tradicional sobre el trabajo de cuidados, modelo en el que la mujer, debido a este sistema forjado desde el patriarcado, es que la que ha encargado de cuidar de las otras personas dentro de su núcleo familiar, pero ahora que estas, además de cuidar tiene que salir a trabajar para producir y reproducir la vida social, ¿quién se va o hace cargo de las labores de cuidado?

Pero además, las mujeres que se han encargado de cuidar a una persona adulta mayor, dejando de lado aspiraciones y proyectos propios, en la mayoría de casos, son mujeres que no son expertas en salud y que además no están o no cuentan con la oportunidad de capacitarse para el tratamiento y atención de las enfermedades a las que una persona adulta mayor se ve expuesta según el cambio dentro del perfil que hemos venido comentando.

Bien, y qué pasa con las personas adultas mayores que ni siquiera tienen una familia que se encargue de su cuidado, y que tampoco tiene la capacidad de pagar su cuidado y su tratamiento como es el caso de las personas en situación de calle o persona adultas mayores que aun teniendo familiares estos no quieren hacerse cargo, no sé por problemas y situaciones del pasado, y que solo pueden acceder al servicio de salud público que está cada vez más desgastado.

Muchas son las necesidades y especificidades que vive cada persona adulta mayor, pero también muchas son las condiciones que pudiese padecer y pocas parecen ser las medidas y las opciones para tratar las problemáticas, esa es la razón que nos cita esta noche y que a continuación espero discutamos, porque como personas expertas y conscientes de la importancia de esta problemática tenemos un compromiso con la sociedad, con las personas adultas mayores, y con nosotras mismas ya que todas y todos los acá presentes llegaremos a envejecer por lo que debemos crear espacios de acción e intervención con la finalidad de lograr articular la formulación de adecuaciones, así como planteamientos alternativos para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, las instituciones de salud encargadas de brindar servicios así como la de las personas cuidadores, las que también merecen y deben de ser cuidadas, y solo mediante estos espacios y de re formulaciones integrales a las políticas existentes lo anterior será posible. Muchas gracias por su atención.

Referencias Bibliográficas

- Rojas, R. (2006). El reto institucional de la atención al adulto mayor al 2025. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v14n2/art2.pdf> [Consulta 20 Abr. 2017].
- Sauma, P. (2011). *Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica*. Chile: CEPAL.

Síntesis²⁰

- Como población conformada por seres humanos, con funciones biológicas que no se detienen, estamos envejeciendo. No obstante, parece que ese proceso de envejecimiento no está del todo claro ya que los indicadores de corte más macro sociales, y sobre todo aquellos de corte económico, dirigen la mirada y la atención hacia respuestas inmediatas y menos hacia procesos de largo alcance que busquen disminuir los efectos acumulativos del tiempo con ese proceso. La atención secundaria y terciaria que ofrecen las instituciones de salud en Costa Rica va dirigida casi que al momento inmediato que se presenta la emergencia, la enfermedad o la circunstancia en concreto; mientras que la atención primaria va disminuyéndose.
- Somos menos. Las familias se están transformando, la natalidad bajó por tanto hay menos niños, por tanto, hay menos nietos; hay menos relaciones con nuestra comunidad inmediata (más individualismo) e incluso menos relaciones de una comunidad con otra comunidad, de una región con otra región. Por consiguiente, la pregunta es quiénes cuidan de quién y quiénes apoyan a los que cuidan, lo cual remite a su vez a la pregunta de si el relevo necesario debería provenir por medio del propio núcleo familiar (un relevo generacional) o por agentes externos (comunal, institucional).
- Cómo formar el vínculo intergeneracional. La población afronta un proceso de envejecimiento, pero al mismo tiempo personas que aún son jóvenes conviven con personas adultas mayores lo cual provoca que se tenga que resolver cómo relacionar estos dos grupos en un mismo plano espacio-temporal, aún más, cómo inculcarles a los más jóvenes que el envejecimiento es un proceso natural, al cual nos enfrentamos todos por igual y que demanda una adecuada respuesta a cada nueva etapa en el proceso.
- Cómo definir el cuidado y la relación de dependencia entre los cuidadores y cuidados en términos positivos. La relación de dependencia ya existía al momento de nacer y se debilita conforme la persona va obteniendo autosuficiencia, pero se vuelve a fortalecer conforme se debilitan las capacidades de autosuficiencia producto del proceso de envejecimiento o de condiciones de salud crónicas o por circunstancias repentinas (como la caída).
- Es urgente rescatar las experiencias, pero también es urgente analizarlas en contexto. Si bien existen muchas experiencias a las cuales se puede recurrir para guiar una posible propuesta, la misma no pueden ser ni calco ni copia. Ningún caso, local o global, es en principio similar pero el cómo surge dicha experiencia, cómo fue planteada, sobre qué problemas se actuó y cuáles fueron las respuestas que generó; pueden servir de líneas generales para ahorrar tiempo en una carrera contra el reloj que se ha visto como ansiosa y para preparar los instrumentos/herramientas que hagan más fácil tanto el proceso como la cotidianidad de los involucrados en el mismo.
- Lo público y lo privado. Quién debería dar el relevo, las instituciones públicas o la familia; la comunidad (como localidad) o un ente más regional/nacional. Específicamente hablando sobre el envejecimiento, se puede llegar al punto en que la capacidad instalada de la familia estará muy reducido y debilitado haciendo inviable que únicamente por medio de la familia se lleve a cabo este relevo; por el contrario, las redes comunitarias de soporte que necesariamente deberán servir de apoyo a esta forma familiar disminuida y debilitada van a necesitar sí o sí de una estructura institucional más grande que en el caso costarricense existe. Sin embargo, el problema es que la institucionalidad existente está maniatada por la falta de figuras de liderazgo comprometidas con esta causa, por la falta de marcos de política pública que permitan definirla claramente y orientar los esfuerzos que se dan, ya no por inercia, sino como parte de una estrategia integral que busque responder esta problemática.

²⁰ Elaborado por Bach. Iván Rodríguez Soriano.

- Remitirse a los datos. Para construir los marcos de política pública que encausen los esfuerzos institucionales e individuales es necesario contar con una buena base que en el caso ideal estaría conformada por la triangulación de los indicadores más adecuados y precisos, recuperados de las posibles fuentes que existen, y que a su vez sean relacionados con las herramientas y mecanismos específicos que faciliten las tareas de cuidado y relacionando ambas a la capacidad instalada, tanto pública como privada, en las comunidades.
- Los “nuevos” participantes. Hay que re valorar el aporte de la migración relacionando directamente con el envejecimiento de la población y el cuidado, ya que si la población costarricense está envejeciendo y su crecimiento está disminuyendo surge la incógnita sobre dónde van a surgir las personas que proporcionarán el relevo y acompañamiento para el cuidado.

3.5.7) Anexo 7: Memoria del IV Seminario investigativo: Crisis de los cuidados y cambio cultural: asignación social, demanda global y resistencias

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología

Proyecto:

Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población (es) adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999), en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Fecha: Jueves 1 de Junio de 2017

Hora: 5:30 p.m. a 08:30 p.m.

Lugar: Universidad de Costa Rica, Sala de Posgrado en Sociología

Personas Seminaristas:

Bach. María Fernanda Hernández Morales
Bach. Natasha Núñez Morales
Bach. Jason Ismael Rojas Rojas

Tutora:

M.Sc. Rocío Loría Bolaños

Personas invitadas y participantes:

M. Sc. Randall Blanco Lizano
Lic. Ismael Corrales Camacho
Bach. Iván Rodríguez Soriano
Bach. Mario Bonilla Chaverri
Bach. Cristina Carpio Alvarado

Presentación

Como parte de nuestro proceso de investigación nos propusimos elaborar cuatro seminarios investigativos (o alemán²¹), los temas centrales planteados para el análisis y la discusión en cada uno de los mismos, giran en torno a: Género e envejecimiento, Autonomía, Transformación del perfil epidemiológico, y, crisis de los cuidados y cambio cultural.

Con estos seminarios, pretendemos abrir el espacio para una discusión integral desde un enfoque multidisciplinario, y a la vez, mediante los aportes grupales generados durante la implementación de esta técnica de investigación, poder mejorar nuestro análisis.

Una de las estrategias de esta metodología de aprendizaje, consiste, en la formación de las personas seminaristas como científicos sociales, es decir, en la posibilidad de producir conocimiento de manera conjunta, ese conocimiento al ser compartido y transmitido tiene la posibilidad de ser re pensado y por tanto criticado, valorado y renovado.

Por otro lado, la presencia de las personas expertas en la temática es fundamental, ya que gracias a su experticia, es que se puede evaluar el estado del proyecto de investigación, desde perspectivas de análisis diversas, consideramos que es un método que en gran medida permite objetivizar la investigación en curso.

La decisión de elaborar estos seminarios, es el resultado de la búsqueda de una herramienta metodológica para la concreción de nuestra cuarta etapa investigativa, y así para poder alcanzar asertivamente el cuarto objetivo específico de nuestra tesis, siendo este: Determinar prioridades y adecuaciones a las políticas públicas de cuidado de la población (es) adulta mayor en Costa Rica.

Se torna necesario señalar que, así como nuestra investigación, es atravesada transversalmente desde tres ejes de análisis teóricos y metodológicos, los cuales son: género, autonomía y personas cuidadoras, pretendemos que los seminarios en cuestión sean planteados y desarrollados a partir de la misma lógica.

Por su parte, el presente documento, tiene como objetivo la recuperación del relato, el correlato, y la síntesis de los puntos centrales sobre los que giró la discusión, con el fin de registrar los conocimientos producidos.

Nos encontramos muy agradecidas con las personas que se vincularon dentro de la dinámica de los seminarios, además, como estudiantes de Sociología consideramos que la implementación de esta metodología nos permitió conocer y adueñarnos de una técnica creativa e integral para la generación de conocimiento, por ende recomendamos su utilización en futuros proyectos.

Relato²²

Los cuidados son necesarios para el mantenimiento de la vida desde el momento mismo del nacimiento. De primera entrada, es importante reconocer que los cuidados se construyen social y culturalmente en temporalidades específicas; históricamente las actividades

²¹ Garzón (s.f.) expresa que “la implementación de metodologías de Seminarios investigativos son alternativas andragógicas que contribuyen al rompimiento con la clase magistral: acaba con el protagonismo - a veces nefasto - del profesor y en el reconocimiento de que el proceso de formación, tiene que estar centralizado en el ser humano más que en una profesión” (p. 13).

Garzón, M. El Seminario investigativo o Seminario alemán. Recuperado de [Recuperado de https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf](https://alemgoto.files.wordpress.com/2013/05/el-Seminario-investigativo-Seminarioaleman.pdf) [Consulta 28 may. 2016].

²² Elaborado por: Bach. María Fernanda Hernández Salas.

relacionadas con los cuidados se asumen en el interior de las familias, fundamentado en una ideología patriarcal-capitalista hegemónica, lo que conlleva a que las cargas deban ser asumidas y resueltas por las mujeres.

Hasta el siglo anterior, se concentran y justifican en el ámbito doméstico no remunerado, sin que incluya su reconocimiento. Por el contrario, se invisibiliza el tiempo en satisfacer las tareas y la dedicación que lo demandan. Tales tareas son esenciales para el bienestar colectivo y la reproducción social. Pero el trabajo no remunerado de los cuidados conlleva una desposesión (ni siquiera disminución) de oportunidades en el ámbito del trabajo remunerado para las mujeres.

Recientemente, las políticas que asumen un enfoque de transversalidad de género y, las investigaciones feministas desde diversas disciplinas como la economía familiar y la antropología feminista, han permitido visibilizar el valor económico del trabajo no remunerado por medio de instrumentos como las encuestas del uso del tiempo y las “cuentas satélite”. Pero también, nombrar la especialización y el detalle que implican los cuidados, especialmente con el perfil epidemiológico de la población adulta mayor en edad avanzada.

Post década de los noventa, en el país se corrobora la inserción de la mujer al mercado laboral, a partir de esto, las cargas de trabajo se multiplican al tener que someterse a dobles y triples jornadas laborales y es ahí, donde se sientan las bases para la transformación social que confiere a la denominada crisis de los cuidados.

Esa transformación modifica la estructura tradicional sobre la que se solucionaban las necesidades de cuidados y demás tareas de reproducción de la vida familiar. En esto convergen tres factores:

- a) el lugar de la mujer en la lucha por la búsqueda de oportunidades de trabajo remunerado (el campo de trabajo como espacio de lucha frente al poder patriarcal),
- b) el incremento de una población adulta mayor que incluye una extensión de la longevidad así como de enfermedades crónicas y neurodegenerativas, relacionadas con el incremento en la esperanza de vida y de condiciones que permiten pervivir con enfermedades complejas.
- c) la disminución en las tasas de natalidad debido a la popularidad de los métodos de planificación familiar y la incompatibilidad de las tareas atinentes a la maternidad con la participación laboral, social y política femenina.

Esto, aunado a la carencia de políticas que inciden de forma real en una transformación de los roles de género, facilita un espacio propicio para la institucionalizar y, hacia la mercantilización de los cuidados por medio de empresas privadas y la contratación de cuidadoras en el hogar. Mientras tanto, se acrecientan las desigualdades sociales en un contexto capitalista, donde las actividades de cuidado en condición de pobreza se mantienen invisibles y con baja valoración social.

En ese contexto, ocurren cambios importantes en las formas de composición familiar y en las relaciones sociales al interior de los hogares. Frente a esto, nos preguntamos ¿Hasta qué punto permite la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, núm. 7935, responder a las adaptaciones necesarias para enfrentar la crisis de los cuidados? ¿Promueve esta Ley, o alguna Política derivada, un cambio en las pautas tradicionales de género, de edad y una redistribución en las tareas de cuidar? Es decir, ¿promueve el Estado por medio de sus mecanismos alguna transformación en las estructuras de desigualdad de la sociedad?

Si bien el Estado y sus instituciones han asumido cierta parte de la responsabilidad social de los cuidados por medio de transferencias económicas y la habilitación de redes de cuidado basadas primordialmente en centros de atención diurna, la Ley 7935 no permite dar lectura a las nuevas necesidades derivadas del cambio en la división sexual del trabajo y la actual crisis

de los cuidados; tampoco de las nuevas formas de concebir el envejecimiento ni de las necesidades de trabajo transdisciplinario e intergeneracional para el abordaje del problema. Esta legislación, además de establecer la creación del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), teniendo en cuenta las garantías y sanciones correspondientes, se limita a referir al derecho individual de atención de la persona adulta mayor, la actuación del Estado y la transferencia de recursos y donaciones a entidades públicas y privadas para la atención de población adulta mayor. No se menciona en ningún momento los diferentes tipos de cuidado ni a la persona cuidadora como actor fundamental del resguardo de los derechos de esta población, lo cual conlleva de nuevo una invisibilización y subvaloración del trabajo.

Dos antecedentes recientes que aportan a complementar los vacíos de la Ley 7935 y que evidencian la urgente intervención del estado debido a los acelerados cambios culturales tiene que ver con la aprobación de la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (N°9379) y de la Política Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y Calle, aprobadas en el 2016.

Esta Ley para la Promoción de la Autonomía introduce dos figuras nuevas al panorama jurídico: la figura de asistencia personal humana y la de salvaguarda para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad. Esta es una legislación que no alcanza a la totalidad de la población adulta mayor, se concentra en población con alguna discapacidad física o mental.

Por su parte, la Política de Atención para Personas en Situación de Abandono y Calle dirige su atención a aquellas entre 18 y 65 años y, tiene un énfasis de acciones dirigidas a las personas adultas mayores en situación de abandono, parte del supuesto que este es un grupo en especial vulnerabilidad cuando de abandono se trata.

Esta política reconoce la situación de calle y de abandono como las mayores expresiones de exclusión social. Las acciones dirigidas a población adulta mayor en abandono tienen que ver con la asignación de un subsidio para su atención. El primer filtro para llegar a la atención mediante el subsidio se da cuando la persona es remitida desde los juzgados, la policía, otras instituciones o personas físicas al CONAPAM. A partir de ahí, se da una valoración de un equipo interdisciplinario y se remite a alguna de las siguientes opciones para su atención: familia solidaria, hogar comunitario, institucionalización, vivienda comunitaria o asistente domiciliar.

La atención por parte de un equipo interdisciplinario determinará su condición de salud, su grado de deterioro funcional y cognitivo y, las repercusiones en su estado de dependencia. La importancia de esta política considerando el cambio sociocultural tiene que ver con el fortalecimiento de la prevención de las situaciones de abandono, además identifica recursos comunales efectivos que amplíen y soporten las distintas demandas de la atención.

Según datos de servicios de Trabajo Social de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), para el año 2014 se presenta un acelerado aumento de personas adultas y adultas mayores en condición de riesgo y vulnerabilidad que genera el abandono (en hospitales públicos más que todo), la mayor cantidad de personas en situación de abandono se concentra en edades de 65 años y más. De los 180 casos referidos de la CCSS al CONAPAM, el 71% corresponde a hombres y el 29% a mujeres. Las regiones con más cantidad de situaciones de abandono son la Región Huetar Norte y la Central Sur. Otro dato alarmante es que de más de 430.000 personas adultas mayores que hay en Costa Rica, más de 81.000 se encuentran en pobreza y más de 23.000 en condiciones de pobreza extrema (Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión, 2016).

Junto al creciente número de personas adultas mayores en el país, crece también la demanda de servicios cuya satisfacción se ve limitada cuando se arrastran vulnerabilidades y desigualdades de clase que no desaparecerán al llegar a la etapa de la vejez. La misma política reconoce que "... no se ha logrado articular ni homogenizar acciones de manera

sostenida entre las instancias judiciales, de salud y sociales en general, tanto públicas como privadas” (Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión, 2016)

Dolors Comas d`Argemir (2014) cuestiona los mecanismos por los que la reproducción social se pone al servicio de estructuras de desigualdad y poder propias del capitalismo, para ella, existen “trampas ideológicas” que impiden avanzar hacia una justa redistribución de tareas y tiempos entre sexos, generaciones y entre familia, estado y mercado.

La intervención pública por medio de políticas puede permitir o limitar las transformaciones en los imaginarios sociales de los roles de género y de clase necesarias para lograr una redistribución igualitaria de las tareas, sin embargo, en nuestro contexto nacional esa carencia de intervenciones a nivel político fortalece la construcción y reproducción tradicional del imaginario social acerca del reparto de los cuidados.

Prefiero tomar el concepto de imaginarios sociales por sobre el de representaciones sociales ya que los imaginarios se asocian con los marcos de asignación de significados, es un proceso creador permanente que permite comprender los procesos e instituciones de una sociedad a través de su mundo de significaciones.

Los imaginarios, en lugar de representaciones son esquemas de representación enmarcados en una temporalidad específica, implica una reconfiguración del pasado y una prefiguración del futuro para orientar la acción, además sirven como elemento de cohesión para la construcción de una identidad común. Funcionan entonces como marcos de asignación de significados para la legitimación o deslegitimación de acciones e instituciones sociales.

Podemos decir, siguiendo a Girola (2012) que las representaciones sociales son concreciones de los imaginarios. La autora lo ejemplifica así: La representación social que tienen las personas en general de lo que es “una persona en situación de calle” forma parte del imaginario social de la pobreza extrema, que puede tener diversas manifestaciones o representaciones.

Los imaginarios sociales funcionan como homologadores de pensamiento de las prácticas sociales que asumimos como propias, son variados y diferenciados; así pues, podemos reconocer lo que Baeza llama “imaginarios dominantes” e “imaginarios dominados” (citado en Girola, 2012), de ahí la importancia de incluir la temática de poder dentro del análisis de los imaginarios, ya que siempre hay intentos de apropiación de los imaginarios sociales desde quienes requieren producir y reproducir ciertas nociones para su propia dominación.

Para efectos de nuestra investigación, hemos querido interpretar los imaginarios sociales a la luz del ámbito de la comunicación, por medio de la colaboración del Bach. Iván Rodríguez que nos apoya en la construcción de una base de datos tomando como unidades de análisis las notas periodísticas de prensa escrita del Periódico La Nación y el Diario La Extra, entre el periodo de 1980 y 2015, nos sirve como insumo para interpretar los imaginarios sociales sobre el envejecimiento y los cuidados.

Los discursos mediáticos construyen en la otredad criterios diferenciadores que permiten atribuir cualidades físicas y psicológicas así como valores y actitudes, es decir, el sujeto representado en los medios está cargado de determinaciones sociales que forman y reproducen esquemas de pensamiento “imaginarios sociales” (Brenes, Vásquez y Ventura, 2012), así, por medio del análisis de la revisión hemerográfica, podemos condensar las visiones estereotipadas y los mitos del grupo social que estudiamos y de las labores de cuidado y su transformación, vinculando esa información con las nociones de género, clase y autonomía para su análisis.

Entre los hallazgos preliminares del trabajo de revisión hemerográfica, los cuales serán ampliados en el correlato, podemos resaltar que se mantienen las nociones complacientes del estereotipo de persona adulta mayor como víctima, o como dependiente de sus hijas o esposas.

En la medida en que se siga asumiendo que la familia es la responsable del cuidado de sus miembros se da pie a la pérdida de autonomía y se invisibiliza la desigualdad de repartición de tareas y tiempos. Además, no debemos perder de vista que la familia no es un espacio exento de violencia y maltrato.

Los estereotipos que reproduce la prensa colaboran en la legitimación de imaginarios sociales. El lenguaje conlleva a categorías con significados asignados que fortalecen un sistema de jerarquías basado en el sexo, el género, la edad y la clase social.

Los imaginarios funcionan para crear necesidades nuevas, para generar mecanismos de inclusión y exclusión, para movilizar lo simbólico y sus prácticas institucionalizadas y en cuanto a esto, no podemos perder de vista el poder de los medios de comunicación para construir una imagen de mundo que toma fuerza a nivel de imaginario colectivo.

Como conclusión, las políticas públicas acarrearán una deuda social en torno a la reconfiguración de los cuidados y se asienta en imaginarios sociales tradicionales acerca de la familia y el rol de la mujer; de ahí la necesidad de trascender a imaginarios sociales modernos que asuman ideas nuevas acerca de cómo debe vivir la gente; donde los supuestos centrales giren en torno a la presunción de igualdad y equidad fuera de toda relación de inferioridad y superioridad, que confronte la supremacía masculina y de dominación patriarcal.

Si se reconocen y asumen los imaginarios sociales modernos, se avanza en el abordaje de la negación de las tareas de cuidado y autocuidado de la población masculina y, más importante aún, se reconocerá la importancia que puede tener el reconocimiento de las masculinidades alternativas desde programas y políticas públicas que fortalezcan los ámbitos locales y comunitarios, favoreciendo así el cambio cultural necesario para la reconfiguración del panorama actual.

Referencias Bibliográficas:

- Brenes, M., Vásquez, J. y Ventura, T. (2012) Miradas que marcan. Análisis crítico de las narrativas y las representaciones de los y las jóvenes en la prensa. FLACSO Costa Rica- Universidad de La Salle.
- Comas d'Argemir, D. (2014) Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. Revista Mora. Vol. 20. Nº 1. Buenos Aires.
- Girola, L. (2012) Representaciones e imaginarios sociales. Tendencias recientes en la investigación. En: Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: perspectivas actuales. FCE, México.
- Ley 7935, (1999) Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Diario oficial La Gaceta Nº 221. Alcance Nº 88.
- Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión (2016). Política Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle. San José, Costa Rica.

Correlato²³

Buenas tardes, primero quiero agradecerles su presencia el día de hoy, a continuación presentaré el correlato sobre lo expuesto por mi compañera Fernanda, con el fin de lograr articular seguidamente, la discusión con ustedes.

En primera instancia, como se menciona en el inicio de la sesión, uno de los objetivos de nuestra investigación gira en torno a la elaboración de un resumen de política pública para finalmente lograr realizar recomendaciones y adecuaciones a las políticas, planes, programas y proyectos existentes, en relación con la atención y el cuidado hacia la población

²³ Elaborado por: Bach. Natasha Núñez Morales.

adulta mayor, ya que consideramos que no han sido formuladas ni implementadas de forma integral.

Ahora bien, considero que el tema del cambio cultural es complejo, porque la sociedad no arroja un único cambio en una única dirección, y es a la vez una sociedad históricamente concreta con tipos de sensibilidades diversas, maleables y cambiantes, y lógicamente la cultura no escapa de esta dinámica.

En relación con lo que Fernanda menciona, con respecto a la condición histórica en la que el trabajo de los cuidados ha recaído sobre las mujeres, es decir es un problema específico de las mismas le doy toda la razón, pero me pregunto: ¿qué pasa dentro de una sociedad que se encuentra atravesando cambios dentro de los modelos de producción y reproducción de la vida social?, ¿una sociedad en la que la estructura familiar se ha modificado, en la que los modelos de producción y aprehensión cultural sobre la misma se han ido transformando?, ¿una sociedad en la que muchas mujeres y personas (población LGTBIQ) deciden no casarse, no tener hijos y salirse, sea cual sea el motivo del núcleo familiar?

Es decir, ¿quién o quiénes se supone que se van a hacer cargo de estas personas y de las personas que los anteceden si las pautas culturales y sociales suponen un núcleo como el de la institución familiar para hacerse cargo y cuidarlas? aún más, ¿quiénes se harán cargo de las personas que por una u otra razón no cuentan con ninguna red de apoyo o familia a la cual recurrir?, tal es el caso de las personas en situación de calle, personas adultas mayores en estado de exclusión y vulnerabilidad que han sido abandonadas, personas que debido a su orientación sexual han sido expulsadas y violentadas por sus núcleos cercanos, ¿será qué culturalmente, la sociedad civil, las familias y el Estado estarán en capacidad de solventar esta crisis de los cuidados?

Considero que no, y es por eso que nos encontramos acá reunidas y reunidos, porque debemos de abrir espacios que inviten al dialogo y generen propuestas concretas para trabajar sobre esta problemática social que se nos viene encima, y creo que una alternativa puede ser alcanzada mediante el re pensar lo cultural que nos rodea, pero sobre todo los ejes de sensibilidad sobre los que se forjan las pautas culturales en nuestra sociedad.

El termino sensibilidad cultural lo tomo de Helio Gallardo, ya que considero que el tema de manejar la problemática de una sociedad envejecida no debe pasar únicamente por el Estado sino por el conjunto de las personas pertenecientes a la misma, y el reto está, siguiendo a Helio, en la manera en que incidimos para poder construir una Costa Rica humana de manera integral y en pro de las poblaciones vulnerables y con necesidades diversas y específicas, en palabras del mismo: “No solo educada, sino cultamente humana: y esto quiere decir empeñada fieramente en producir humanidad desde sí misma, desde su particularidad y en ofrecer esta humanidad, así producida, a otros para crecer en autonomía, en comunicación, en sensibilidad”.

En relación con nuestra investigación, acogemos lo expuesto por el filósofo acerca de la necesidad lograr elaborar planes, programas y proyectos, para la formulación de políticas culturales integrales con respecto al cuidado de la PAM; y esta propuesta se debe de aplicar desde dos vías: desde el Estado promoviendo políticas culturales de gestión e intervención en relación a cualquier problemática que aqueje lo social; y la política cultural que debe de ser planteada y gestionada desde abajo, políticas que surjan de la gente.

Es para este momento que en nuestra investigación decidimos realizar la búsqueda hemerográfica desde el año 1980 al año 2015, en dos diarios de gran difusión en el país, siendo estos La Nación y La Extra, la metodología con la que trabajamos, porque realmente es complicado decidir la manera como estudiar y analizar lo cultural, debido a que como mencione al principio no existe una única transformación o una cultura general y estática, entonces partimos de la escogencia de dos categorías de análisis, siendo estos indicadores para la elección del artículo, estos son: Persona Adulta Mayor y Cuidado, dentro de cada

uno de estos términos se definen adjetivos calificativos que son la razón para enlistar la nota periodística que será procesada.

La finalidad de lo anterior es, conocer la manera en se nombra a la Persona Adulta Mayor, ya que así como nombramos pues conocemos, y al fin y al cabo, ese proceso de comprensión es lo que va formando el imaginario que circunda, en este caso a la Población Adulta Mayor, ya Fernanda ahondo en relación con el tema de los imaginarios, por lo que a mí me gustaría dirigirme a arrojar ciertos datos preliminares que han surgido de esta revisión, en relación a como se le nombra a la Persona Adulta Mayor, el análisis de la revisión aún se encuentra en curso por lo que no me sumergiré a profundidad en este momento, sino que pondré un par de conjeturas que llamaron nuestra atención.

Iniciaré con el diario La Extra, el adjetivo con el que constantemente se refiere a las Personas Adultas Mayores, es el de Anciano (s), Viejitos, y ojo, dentro del total de las notas escogidas, únicamente, un titular de las notas remite específicamente sobre una mujer a la que igual se le nombra viejita, abuelita, anciana, es decir el enfoque de género no se trabaja ni se incluye dentro de este diario, una única vez aparece la concepción de adultos mayores, de nuevo excluyendo a la mujer de la nomenclatura. También, la sección en donde mayoritariamente prevalecen las notas es en Sucesos, y en relación con el cuidado de esta población, sí se menciona el aumento de la población adulta mayor en primer artículo del año 80, pero estas notas en general aparecen en la sección de comentarios, sección que todas y todos acá presentes prejuizamos, tal vez erróneamente, que no son leídas por la mayoría de la población porque no llaman la atención.

Ahora bien, en la Nación también el adjetivo calificativo que sobresale para referirse a la PAM es el de Ancianos, Viejos, Abuelos, Adultos Mayores, Personas de la Tercera Edad, Ciudadanos de oro, y de nuevo en no más de 5 notas se mencionan adjetivos como Abuelita, Anciana, reitero que el tema de la incorporación y el reconcomiendo de las mujeres dentro de los discursos y la comunicación enciende una alarma, acá cabe mencionar que ha sido gracias a la realización de esta investigación y la aplicabilidad de la transversalidad del eje de género que ahora podemos hacer visibles estas alertas tan sutiles pero urgentes de tratar, por ejemplo en la reformulación de las políticas, porque de nuevo la forma y la manera en que nombramos influye en como comprendemos y aprehendemos la realidad y los símbolos que nos rodean, así también como moldeamos nuestros comportamientos sociales, y sí muchas personas puede considerar que es solo una cuestión de forma a la hora de nombrar a las mujeres dentro del masculino dando por sentado que esta fórmula del lenguaje incluye a los dos géneros, sin embargo considero que no, porque no genera sensibilidad, sigue reproduciendo la condición de hombre como superior, nombrando a las mujeres a través de la masculinidad.

Como bien menciona Tarrés Chamorro (2002) en un artículo publicado en la Gazeta de Antropología de la Universidad de Sevilla, cuando una busca el concepto ya sea de anciano(a), persona adulta mayor o vejez, las definiciones remiten a condiciones biologicistas propias de lo etareo, siendo este el punto de partida, para personas que como nosotras y nosotros estudiamos ciencias sociales cuestionarnos acerca de estas definiciones, empezando por el hecho de que lo humano es más complejo que lo que presenta esta concepción de tipo reduccionista, sino también porque en cada sociedad a través del tiempo la concepción sobre la etapa de la vejez es muy variada y cambiante, como lo he mencionado a través de este correlato.

También, ella menciona que en los estudios que ha realizado se ha topado con que:

Se considera a los ancianos como personas que no saben, se podría decir que se les asigna estatus carente de roles definidos en la sociedad contemporánea, desplazándolos también de este modo de los sistemas de control y de poder, que

pasan a manos de los "jóvenes", a los que se atribuye mayores conocimientos académicos o técnicos en razón de los rápidos cambios que está viviendo nuestro mundo, además: Si se considera a los viejos desde un punto de vista económico, jubilados y asilados, se convierten en la práctica en personas de segunda categoría en tanto que ya no son productivas ni van a producir en el futuro. Se les considera una carga para las arcas públicas, aunque, políticamente, se mejoran sus pensiones y la asistencia social que tienen derecho a percibir en función del voto que se espera conseguir de ellos.

Sin embargo, la autora menciona que en sociedades avanzadas se está cambiando la forma en que nombramos a las personas hacia concepciones políticamente correctas, por ejemplo, Personas Adultas Mayores o de la tercera edad, sin embargo, hace mención a que en el caso de las sociedades latinoamericanas el cambio es más lento, y que sobre todo desde la producción académica se está gestando este cambio, así también desde los PPP'S, pero no necesariamente desde la sociedad civil en su conjunto.

Entonces, tenemos las palabras ancianas, viejitas, abuelitos haciendo mucho ruido en nuestro planteamiento acerca de la posibilidad de generar sensibilidad cultural en torno a la PAM, es decir, pongámonos un momento en situación, ¿qué entendemos como anciano (a)? ¿Una persona vieja? ¿Cuáles calificativos se asocian a lo viejo? Desechable, inservible, prescindible, desvalido, incapaz, dependiente, reemplazable, entre muchos otros, pero el punto está, en que en su mayoría son negativos, en el caso de Abuelitos (as) podemos asociar conceptos como cariño, protección, amor, familia, pero es porque ya ese calificativo tiene una posición social determinada por la institución familiar encargada de socializar, y esto es lo complicado, porque nombrar no define y puede ser un "abuelito" que haya sido violador, abusador y sus nietos y nietas o hasta los hijos e hijas no quieran cuidarlo en esa etapa.

Ahora pensemos lo siguiente y lo complejo: ¿qué pasa en el caso de una persona adulta mayor, que es nombrada como anciano (a), pero que además es una persona con diversidad funcional, sexualidad diversa o en situación de calle y abandono? imagínense el sin fin de calificativos negativos, denigrantes, excluyentes y a la vez victimizantes que se reproducen culturalmente, desde que tenemos conciencia sobre lo social.

Sin lugar a dudas, este tema trae consigo un alto grado de complejidad, pero a la vez es un tema que proponemos debe de ser tratado de manera interdisciplinaria, se podrían generar propuestas alternativas para trabajar sobre esta necesidad urgente de producir una sociedad con sensibilidad cultural humana con respecto a las personas adultas mayores, una sociedad en la que no solo desde la gobernación se dicten acciones, por ejemplo el carnet de oro que se les brinda a la PAM y que puede usar el autobús gratuitamente pero chocan con la realidad social de choferes violentándolas (s), autobuses con gradas que son imposibles de subir, solo por mencionar un caso. Todo lo anterior mencionado, no solamente nos atañe como problemática social a tratar desde la sociología, sino también como personas que en pocas décadas nos estaremos enfrentando a la realidad de formar parte de la población en cuestión.

Referencias Bibliográficas:

Gallardo, Helio. La Red de las Artes Escénicas en diálogo con Helio Gallardo M. – Junio 2008. Parque Morazán, San José de Costa Rica.

Tarrés Chamorro, S. (2002). Vejez y sociedad multicultural. [Gazeta de Antropología número 18](http://hdl.handle.net/10481/7390), artículo 05, disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7390>

Síntesis

- Del relato se concluye que el proceso de envejecimiento está inmerso en las mismas estructuras históricas y sociales que demarcan el todo de lo social; es así como los cambios que propician una transformación en el modelo de familia predominante en que la mujer era la figura a la que se le asignaban las funciones reproductivas y de cuidado, estuvieron en alguna forma propiciados por el propio sistema capitalista en cuya lógica la integración de la mujer a la fuerza laboral era un paso funcional y necesario para el crecimiento y reproducción del propio sistema. Como lo apunto Randall Blanco, este cambio estructural debería haber propiciado un cambio cultural en términos de la asignación de los roles, tareas y funciones en el núcleo familiar; sin embargo en lugar de este cambio cultural lo que ocurre es la profundización del odio y muy posiblemente la violencia en el interior de las familias; uno de los factores que impide que se de ese cambio cultural es la resistencia de la ideología patriarcal que ante las fracturas de sus fundamentos (por ejemplo el rol de proveedor) se repliega en acción de resistencia.
- Del correlato y del señalamiento de Randall B., cabe recalcar la necesidad de pluralizar el lenguaje de investigación para poder explicar un tema / fenómeno de extraordinaria complejidad, pero también como una forma de ruptura epistemológica que diferencia al seminario de las investigaciones elaboradas sobre la base de un lenguaje esencialista que ha demostrado estar sumamente limitado para describir y explicar tanto el fenómeno como sus manifestaciones. Una forma de comenzar esta ruptura es cambiar la noción de envejecimiento (generalizado) por la de procesos de envejecimiento que aluden a una complejidad y diversidad mayores y abren nuevos escenarios para el análisis.
- Esta ruptura también debe asumirse como acto de posicionamiento político frente a las construcciones degradantes de que son depositarios los hacedores y ejecutores de la política pública, que parte de la deconstrucción del sujeto a partir de la carencia para justificar cuestiones de fondo en la política. La existencia de imaginarios sociales sobre el adulto mayor que subrayan características como la inutilidad o la carencia de valores positivos son un indicador de la gerontofobia que atraviesa las relaciones intergeneracionales en la sociedad pero también un elemento que invisibiliza las estructuras de las cuales nacen enfocándose exclusivamente en el individuo.
- Rocío señala que la edad, entendiéndose el efecto acumulativo del tiempo sobre el sujeto, no es necesariamente el criterio que mayor peso tiene en los procesos de envejecimiento ni sobre los procesos de deconstrucción señalados por Randall; esto en la forma de una segunda ruptura epistemológica que busca distanciarse de las perspectivas analíticas basadas en el adulto centrismo cuestionándolo de entrada. El cambio cultural no presenta las mismas connotaciones ni tiene las mismas implicaciones para distintos estratos etarios, más aún cuando adicionamos al análisis elementos como la división sexual del trabajo, en las cuales los sujetos que asumen o a quienes se les asigna el rol de cuidadores cambia.
- Seguido es necesario realizar un trabajo de vigilancia epistemológica, ya que si se centra la atención en la división sexual del trabajo en los resultados se está constatando la situación y rol de las mujeres pero se corre el riesgo de no explicar el de otros grupos como el de las personas LGTB o heterosexuales sin descendencia que están participando del cuidado.
- Esto implica también prestar atención a las relaciones intergeneracionales en sus distintas variantes, recordando que no solo se trata relaciones entre adultos mayores y niños o jóvenes adolescentes, sino entre adultos mayores y jóvenes sin abuelos y que por tanto desconocen lo que significa tener y relacionarse con ellos o también personas que están cercanas a la tercera edad que no pueden asumirse a sí mismas como adultos mayores por la presión que tiene que cargar con el rol de cuidador. Inclusive muchas de estas relaciones ya no están determinadas por lazos familiares de afecto sino por vínculos sociales de patrimonio, responsabilidades morales o socialmente auto atribuidos y/o aceptados.
- Como tercera ruptura, Rocío propone despegarse de la noción del cuidado ejercido solamente o por medio de las instituciones públicas o por la institución familiar dada las diferencias insalvables que presenta la estructura social entre aquellos que pueden por sus propios medios asegurarse condiciones muy onerosas de cuidado y aquellos que dependen únicamente de la asistencia familiar o institucional pública. Sobre este respecto cabría rescatar las experiencias positivas como la vivienda compartida (cohousing), la adopción de adultos mayores y experiencias convivencia intergeneracional; que han

surgido desde la sociedad civil. Esto en unión a la señalado por Ismael sobre la limitaciones de las instituciones de cuidado que operan en Costa Rica que no logran dar una respuesta adecuada ante una demanda que se espera no dejará de crecer dadas las condiciones de salud y longevidad de la población.

3.5.8) Anexo 8: Instrumento de entrevista semiestructurada para la persona adulta mayor

Proyecto: Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999) en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Fecha entrevista _/_/____

Nombre entrevistadora: _____

Hora de inicio: __ __: __ __ am/pm

Código: __-E-PAM

PRESENTACIÓN

Mi nombre es _____, soy estudiante de la carrera de Sociología en la Universidad de Costa Rica. Actualmente realizo la investigación de tesis que aborda la situación y los desafíos de los cuidados de la persona adulta mayor en Costa Rica. Con el estudio, se busca comprender los cambios socioculturales y de la población ocurridos en la sociedad costarricense durante los últimos veinte años, y es por esto que le hemos contactado. Quisiéramos solicitar su permiso para realizarle una entrevista que contiene preguntas sobre su condición y experiencia como persona adulta mayor. Le aclaro que la información brindada por su persona durante el proceso de desarrollo de la entrevista es de carácter confidencial. Si no se encuentra cómoda/o con alguna pregunta que le haga, puede no responderla, está en todo su derecho y lo respetaré.

Antes, solicito su autorización para grabar la entrevista, esta será para manejo de la información de manera que no perdamos ningún detalle de la conversación. Una vez transcriba los datos, la grabación será eliminada. Sí desea corroborar mi participación como estudiante de tesis, puede comunicarse con la tutora Rocío Loría Bolaños, docente de la Escuela de Sociología de la Universidad de Costa Rica, al número 8920-2428 o al correo rocio.loriabolanos@ucr.ac.cr. De antemano le agradezco su atención y la información que aporte al estudio.

SECCIÓN I: Información personal

1. Nombre: _____

2. Edad (o año de nacimiento): _____

3. Sexo/Género: _____

4. Nacionalidad: _____

5. Estado Civil:

Soltera (o)

Casada (o)

Divorciada

Unión Libre

Separada

Viuda

NA

NS/NR

6. Lugar de Residencia: (Provincia) _____
(Cantón) _____ Distrito) _____

7. Tipo de Residencia:

Casa propia

Casa alquilada

Casa prestada Indique por quién _____

Otro Indique _____

NA ()

NS/NR ()

8. Nivel de escolaridad:

Primaria Incompleta ()

Primaria Completa ()

Secundaria Incompleta ()

Secundaria Completa ()

Diplomado/Técnico ()

Universidad Incompleta ()

Universidad Completa ()

Otro _____ ()

NA ()

NS/NR ()

SECCIÓN II: Composición familiar y situación socioeconómica

(Si la persona adulta mayor no cuenta con la información para responder esta sección, se debe dirigir a un/a familiar responda por ella).

A. Composición familiar e información socioeconómica en el pasado

9. Recuerda ¿Por quiénes estaba compuesto su núcleo familiar durante su infancia y adolescencia? Describa

10. Durante su infancia y adolescencia, ¿quién o quiénes se hacían cargo de su cuidado, la mayor parte del tiempo?

11. ¿Cómo era la situación socioeconómica de su núcleo familiar en su infancia y adolescencia? (¿sufrían carencias, vivían bien?)

12. Durante su infancia y adolescencia, ¿Quiénes aportaban económicamente para mantener la familia? ¿A qué se dedicaban?

13. En aquella época, ¿En su núcleo familiar se cuidaba alguna persona adulta mayor? ¿a quién o quiénes? (Si contesta “no”, pase a #17)

14. ¿Quién se hacía cargo del cuidado de esa persona?

15. ¿Recuerda si esa persona adulta mayor tenía alguna enfermedad o condición especial de salud? ¿Cuál? (Si contesta “no”, pase a #16)

16. ¿Qué tipo de cuidados requería?

17. ¿Durante su juventud o vida adulta, ¿tuvo que cuidar a alguna persona adulta mayor?

18. ¿A quién?

19. ¿Qué tuvo que hacer?

20. ¿Por cuánto tiempo?

B. Composición familiar e información socioeconómica actual

(Si la persona adulta mayor no cuenta con la información para responder esta sección, se debe dirigir a un/a familiar que pueda responder por ella).

21. ¿Con quién vive actualmente? ¿Cómo describiría la convivencia con esa(s) persona(s)?

Persona	Tipo de Convivencia				
	MB	Buena	Regular	Mala	MM

22. ¿Tiene hijos? No Sí → En general: ¿cómo es su relación con ellos?

23. ¿Mantiene vínculos cercanos con otras personas? ¿Quiénes? (Si contesta “no”, pase a #25)

24. ¿Cómo es su relación con esas personas? (amigos, vecinos, otros)

Persona	Género (M/F)	¿Mantiene comunicación?	Calidad de la comunicación			
			Buena	Conflictiva	NA	NS/NR

25. ¿Cómo calificaría el nivel socioeconómico actual de su núcleo familiar?

Alto ()

Medio alto ()

Medio ()

Medio bajo ()

Bajo ()

Muy bajo ()

25. ¿Cuántas personas del núcleo familiar trabajan actualmente?

Parentesco	Labor que desempeña	¿Estudia?	¿En qué medida aporta económicamente a la manutención del hogar? (pago de servicios, compra de comida, etc.)	NA	NR/NS

26. ¿Alguna persona de su núcleo familiar recibe asistencia económica?

Persona que recibe la asistencia ¿Quién? (Parentesco con ego)	Tipo de asistencia	Institución	NA	NR/NS
(Ego)				

SECCIÓN III: SALUD, TRABAJO Y PROCESOS DE ENVEJECIMIENTO

A. Aspectos relacionados al trabajo:

27. ¿En qué trabajo(s) se desempeñó durante su vida adulta?

28. ¿Actualmente trabaja? ¿Qué tipo de labor(es) desempeña? (Si contesta “no” Pase a # 31)

29. ¿Cuánto tiempo dedica a esa(s) labor(es)?

30. ¿A qué edad dejó de trabajar? (o, en qué año)

31. ¿Por qué razón dejó de trabajar?

Edad

Por jubilación

Por enfermedad

Por despido

Otros Explique: _____

Aspectos relacionados a la salud

32. ¿Padece usted alguna enfermedad?

Sí () ¿Cuál? ↓, Indique (ver lista de enfermedades y condiciones)

No () Pasar a la pregunta #38

NA ()

NS/NR ()

Enfermedad (ver lista)	¿Desde hace cuánto lo padece? # m, # a	¿Ese problema, hace que tenga días incapacitado o que no pueda realizar actividades cotidianas? si/no, frec.	¿Recibe algún de tratamiento o terapia? Sí/no. Detalle	¿De quién/Dónde recibe tratamiento o terapia? Especialista, instancia

33. ¿Cuál de los malestares o enfermedades le demanda el apoyo o ayuda de otras personas en el hogar? ¿Qué tipo de apoyo requiere?

34. ¿Para tratar sus padecimientos y llevar control, asiste a algún otro lugar que no mencionara antes? (*Se puede marcar varios*) (Si contesta “no” pase a #36)

- Ebais y/o Hospital de la CCSS
- Centro de Cuido Público
- Centro de Cuido Privado
- INS
- Medicina privada
- Homeopatía
- Medicina alternativa, ¿cuál?: _____
- Otro Indique: _____
- NA
- NS/NR

35. ¿Cómo describiría la atención brindada por las personas funcionarias hacia su persona, en los lugares donde recibe los tratamientos?

36. ¿Ha sufrido algún inconveniente en el momento de ser atendido? ¿Cuál/es? ¿Cuál fue su reacción?

37. En relación con su estado de ánimo, ¿de qué manera lo describiría en el último año?
(Bueno, contento, triste)

38. ¿Cuáles han sido sus mayores preocupaciones en el último año?

Preocupaciones	¿Cuándo ocurrió?

39. ¿Cuál (es) situaciones le han hecho sentirse bien/feliz, en el último año?

40. ¿Cuáles situaciones podrían mejorar en su vida actual, para que usted se sienta mejor?

41. ¿Cuenta con seguro social?

Sí

No ¿Por qué no? _____ Pasar a # 44

NA/NR

42. ¿Qué tipo de seguro tiene?

Asegurado(a) directo

- Por un familiar
- Seguro por el Estado
- Cuenta propia
- Privado
- Otro
- NA
- NS/NR

43. ¿Cuenta con algún tipo de seguro privado o adicional? Describa

44. ¿Recibe algún tipo de pensión?

- Sí
- No Pasar a #47
- NA/NR

45. ¿Qué tipo de pensión (según el Sistema Nacional de Pensiones)?

- Pensión contributiva básica- IVM, aportes de trabajador/a afiliado/a
- Pensión complementaria obligatoria- capitalización individual
- Pensión complementaria voluntaria- ahorro con operadora escogencia
- Pensión No contributiva- Asistencia concedida por Seguridad Social
- No cuenta con pensión
- NA
- NS/NR

46. ¿Hablando sobre su dedicación y ocupaciones actuales: ¿Puede hablarme sobre las actividades que realiza diariamente? ¿A qué dedica su tiempo durante el día?

47. ¿Cómo le hace sentir dedicar su tiempo a esas actividades?

48. ¿Le gustaría o necesita hacer otro tipo de actividades?

Sección IV. Procesos de envejecimiento y cuidados

49. ¿Cómo se veía antes a una persona adulta mayor?

50. De niña (o), ¿cómo percibía usted una persona adulta mayor? ¿Ha variado a través del tiempo?

51. ¿Eran diferentes las formas de ver y de cuidar a las personas adultas mayores en el pasado a las de hoy en día? ¿Cuáles serían?

52. ¿Ha tenido usted que cuidar de alguna persona que lo requiera, en algún momento de su vida? (niños, persona con discapacidad o enfermedad, persona adulta mayor)

Sí ()

No (Pase a #55)

NA ()

NS/NR ()

53. ¿Puede describir esa experiencia de cuidado?

54. ¿El cuidado lo debería hacer una mujer o un hombre?

Mujer ¿por qué? _____

Hombre ¿por qué? _____

NA

NS/NR

55. ¿y si es una persona joven o una mayor? ¿por qué?

Sección V. Sobre los cuidados y actividades que le ofrecen y el conocimiento de sus derechos como persona adulta mayor.

56. ¿Requiere usted de algún (otro) tipo de cuidado o de apoyo para poder desarrollarse en su cotidianidad, dentro o fuera de su hogar? Especifique

Sí

No Pase a #58

NA

NS/NR

57. ¿Cómo se siente al respecto de que su persona requiera ser cuidada?

58. ¿Cómo describiría la relación que usted mantiene con las personas que la cuidan y apoyan (relación cercana, de confianza, lejanía)?

59. ¿Considera que el cuidado que usted recibe es el adecuado? ¿Por qué?

Solo para las personas que reciben cuidados en su casa de habitación

60. ¿Asiste usted a algún centro de atención (de estadía diurna, terapia, otro)?

Sí

No Pase a #61

NA

NS/NR

61. ¿Cuántos días y por cuántas horas asiste durante la semana al centro de cuidado?

62. ¿Cómo ha sido su experiencia en ese lugar?

63. ¿Ha participado de algún programa que brinde servicios para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, por ejemplo que fomente hábitos de vida saludable, autocuidado o algún aspecto de mejoramiento de la salud?

Sí ¿Cuáles? _____

No

NA

NS/NR

64. ¿Conoce usted la existencia de leyes o programas que protejan la calidad de vida y los derechos de las personas adultas mayores?

Sí ¿Cuáles? _____

No pase a #67

NA

NS/NR

65. ¿Qué conoce sobre esa (s) Ley (es) o Programa(s)?

66. ¿Conoce algún o algunos de los derechos contenidos en la Ley integral para la persona adulta mayor (N°7935)? ¿Podría referirse a ellos?

67. ¿Se ha beneficiado usted de alguna actividad [charla-grupos de discusión-capacitación] dirigida a población adulta mayor, que se hiciera en su comunidad?

68. ¿En algún momento de su etapa como persona adulta mayor, se han violentados sus derechos? ¿Puede referirse a ello?

69. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tiene el Estado para brindar una mejor calidad de vida a las personas adultas mayores?

70. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tienen las familias para brindarle una mejor calidad de vida a las personas adultas mayores?

71. ¿Para usted, cuáles son los deberes que las comunidades deben asumir en cuanto al cuidado de las personas adultas mayores?

72. Hoy en día Costa Rica tiene cada vez más personas adultas mayores ¿Considera usted que el país se encuentra preparado para afrontar los retos de una sociedad con más población envejecida y menos gente joven?

73. ¿Cómo imagina que será la situación de la población adulta mayor en el país, de aquí a diez años? ¿Cómo se resolverá la atención de sus necesidades?

74. ¿En qué considera deberíamos prepararnos como país para afrontar ese escenario?

75. ¿Quiénes deberían asumir esa preparación?

76. Hemos finalizado las preguntas que traíamos de la entrevista, ¿Desea referirse a algún tema que no se haya abarcado o tiene alguna pregunta para mí?

AGRADECIMIENTO Y DESPEDIDA

3.5.1.1 Hora de finalización de la entrevista: __ __: __ __ a.m./p.m.

Duración de la entrevista: __ __: __ __

Teléfono: _____ Correo: _____

3.5.9) Anexo 9: instrumento de entrevista semiestructurada para la persona prestataria de servicios

Proyecto Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999) en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Fecha entrevista __/__/__

Nombre entrevistador (a): _____

Hora de inicio: __ __: __ __ am/pm

Código: __-E-PRESS-

PRESENTACIÓN

Mi nombre es _____, soy estudiante de la carrera de Sociología en la Universidad de Costa Rica. Actualmente realizo la investigación de tesis que aborda la situación y los desafíos de los cuidados de la persona adulta mayor en Costa Rica. Con el estudio, se busca comprender los cambios socioculturales y de la población ocurridos en la sociedad costarricense durante los últimos veinte años, y es por esto que le hemos contactado. Quisiéramos solicitar su permiso para realizarle una entrevista que contiene preguntas sobre su condición y experiencia como persona prestataria de servicios de salud. Le aclaro que la información brindada por su persona durante el proceso de desarrollo de la entrevista es de carácter confidencial. Si no se encuentra cómoda/o con alguna pregunta que le haga, puede no responderla, está en todo su derecho y lo respetaré.

Antes, solicito su autorización para grabar la entrevista, esta será para manejo de la información de manera que no perdamos ningún detalle de la conversación. Una vez transcriba los datos, la grabación será eliminada. Sí desea corroborar mi participación como estudiante de tesis, puede comunicarse con la tutora Rocío Loría Bolaños, docente de la Escuela de Sociología de la Universidad de Costa Rica, al número 8920-2428 o al correo rocio.loriabolanos@ucr.ac.cr. De antemano le agradezco su atención y la información que aporte al estudio.

Sección I. Información personal

1. Nombre: _____
2. Edad (o año de nacimiento): _____
3. Sexo/Género: _____
4. Nacionalidad: _____
5. Lugar Residencia: (Provincia) _____ Cantón) _____ (Distrito)

6. Nivel de escolaridad:

- | | |
|------------------------|-----|
| Primaria Incompleta | () |
| Primaria Completa | () |
| Secundaria Incompleta | () |
| Secundaria Completa | () |
| Diplomado/Técnico | () |
| Universidad Incompleta | () |
| Universidad Completa | () |
| Otro _____ | () |
| NA | () |
| NS/NR | () |

7. ¿Cuál es su ocupación actual?

8. ¿Cuánto tiempo tiene de trabajar en la prestación de servicios de cuidados a personas adultas mayores?

9. ¿Cuál es su jornada laboral? Detalle:

Días por sem	Tiempo completo	Medio tiempo	Por horas	Ocasional/por horas	Otro	NA	NS/NR

10. ¿Ha recibido capacitación en labores de cuidado?

Sí

No Pase a la pregunta

NA

NS/NR

Detalle (en orden descendente):

Tipo de capacitación	Nombre de la capacitación	Institución a cargo	Mes/año	Duración	Nivel de formación

11. Además de la formación ¿cuenta con experiencia en el cuidado de personas adultas mayores?

(Si contesta “no” pasea la pregunta #)

Detalle:

Tipo de experiencia (labor)	Tiempo de realizarla	NA	NR/NS

Sección II. Información sobre la institución

12. ¿Qué tipo de servicio(s) ofrece la institución con la que trabaja? Detalle:

Servicios	Tiempo (temporalidad en brindar el servicio)	NA	NR/NS

13. ¿Esos servicios son accesibles para cualquiera que lo necesite? Justifique

14. ¿Cuáles han sido los mayores logros que como institución han obtenido a través del tiempo?

15. ¿Cuáles son los principales obstáculos a las que como institución se han enfrentado?
(Mencionar cada aspecto, uno por uno) Detalle:

Aspectos	Descripción	NA	NS/NR
Infraestructura			
Organización			
Equipamiento			
Atención psicológica/psiquiátrica			
Atención médica			
Terapia ocupacional			
Cuidados especiales (crónicos, paliativos)			
Comunicación/vinculación con familias y comunidad			
Otros:			

16. ¿Se han implementado planes, programas y proyectos gubernamentales en la institución? ¿De qué tipo?

17. ¿Qué tan efectivos son los procesos de implementación de PPP's gubernamentales en la institución? ¿Qué alcances permiten?

18. ¿Existen, dentro de la institución, preocupaciones específicas en torno a las demandas y desafíos con respecto a los cuidados actuales de la población (es) adulta mayor?

Sí () ¿Cuáles?: _____

No () Pase a la pregunta #19

NA ()

NS/NR ()

19. ¿Con respecto a las demandas y los desafíos en relación con el cuidado (s) de la población adulta mayor, han tenido que considerar cuidados nuevos o diferentes de los atendían antes?

¿Cómo lo han solucionado? Detalle:

Demandas y desafíos identificados	Solución tomada	Implementación de nuevos cuidados (indagar)	NA	NS/NR

20. ¿Conoce usted la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica, implementada en el 2012?

(Es una acción del Estado para implementar una estructura de estrategias de protección social que faciliten una vida digna y de calidad así como la seguridad, dignidad e integridad en la etapa de la vejez. La Red acoge un conjunto de instituciones y recursos públicos, privados y de la sociedad civil en busca de garantizar el cuido adecuado y la satisfacción de necesidades de las personas adultas mayores.)

Sí ¿Cuáles aspectos? _____

No Pase a la pregunta #21

NA

NS/NR

21. ¿Esta institución se vincula de alguna manera a la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica? Refiérase

22. ¿Conoce acerca del fenómeno llamado “La crisis de los cuidados”? ¿Qué sabe al respecto?

(Crisis de los cuidados refiere al cambio dado por una transformación dentro de la estructura de las familias y su composición generacional debido a factores socioeconómicos y culturales como lo fue el hecho de la incorporación de la mujer al mercado laboral, pero además también desde el punto de vista de las tendencias sociodemográficas, es decir las sociedades contemporáneas tienden al envejecimiento poblacional y requieren, por lo tanto, una estructura de cuidados que vaya más allá de los cuidados familiares para satisfacer las nuevas demandas de la población.)

Sí Describa: _____

No Pase a la pregunta #23

NA

NS/NR

23. ¿Consideran desde su institución algunos aspectos para abordar la demanda y nuevas necesidades de cuidados de la población adulta mayor? ¿Cuáles? ¿En qué consisten?

24. ¿Desde la institución, se brinda algún tipo de capacitación, charlas o actividades a la comunidad en relación con los procesos de envejecimiento y las necesidades de cuidados?

Sí

No Pase a la pregunta #25

NA

NS/NR

Detalle:

Actividad	Abordaje (s) y Estrategia (s)

25. ¿Tiene la institución alguna estrategia para involucrar a las familias usuarias, en la atención y acompañamiento de las personas adultas mayores?

- Sí ()
- No () Pase a la pregunta #26
- NA ()
- NS/NR ()

Detalle:

Actividad	Abordaje (s) y Estrategia (s)

26. ¿Reciben respuesta por parte de los parientes/familiares de la PAM que atiende la institución?
¿De qué tipo?

- Sí () Detalle: _____
- No () Pase a la pregunta #27
- NA ()
- NS/NR ()

27. ¿Existe participación de otras personas, grupos o instituciones/organizaciones que sean relevantes para el funcionamiento de la institución?

- Sí () ↓
- No () Pase a la pregunta #28
- NA ()

NS/NR ()

Detalle:

Personas, grupos o instituciones/organizaciones	Tipo de participación

28. ¿Considera que existen personas, grupos o instituciones que podrían aportar al funcionamiento de la institución y se encuentran ausentes?

Sí () ↓

No () Pase a la pregunta # 29

NA ()

NS/NR ()

Detalle:

Personas, grupos o instituciones/organizaciones	Posibles aportes

--	--

29. ¿La institución cuenta con programa de voluntariado?

- Sí () ↓
- No () Pase a la pregunta #30
- NA ()
- NS/NR ()

¿En qué consiste?	¿Quiénes pueden participar? ¿Qué hacen?	Frecuencia

Sección III. Concepción de la adultez mayor y los cuidados

30. ¿Cuál es su concepción al respecto de una persona adulta mayor? ¿Cuál significado le otorga?

31. ¿Considera usted que existen diferencias en el cuidado de una persona adulta mayor según su condición de género? De ser el caso: ¿Cuáles son esas diferencias?

32. Pensando los cuidados como procesos que se construyen culturalmente, ¿Considera que han cambiado las formas de cuidar a las personas adultas mayores en la actualidad?

- Sí
- No Pase a la pregunta #34
- NA
- NS/NR

33. ¿Podría referirse a esos cambios?

34. En relación al aumento de personas adultas mayores en la sociedad costarricense ¿considera que el país está preparado para responder a sus necesidades y demandas?

- Sí ↓
- No ↘
- NA
- NS/NR

Detalle:

Razones sí está preparado	Razones no está preparado

Sección IV. Información sobre la legislación en torno a la PAM

35. ¿Conoce usted la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935) aprobada en 1999?

(Esta Ley garantiza los derechos, promueve beneficios y vela por los deberes de las organizaciones sociales e instituciones públicas, además con ella se crea el CONAPAM)

- Sí
- No Pase a la pregunta #37
- NA
- NS/NR

36. ¿Qué conoce de esta Ley? Refiérase

37. ¿Conoce la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (Ley 9379), aprobada en 2016?

(La Ley visibiliza el derecho al goce pleno de la igualdad jurídica de las personas con discapacidad, lo que implica reconocer su personalidad jurídica y su capacidad jurídica de actuar con base en ella, reconocer la titularidad y el legítimo ejercicio de todos sus derechos y el ejercicio de la patria potestad, además crea la figura de “asistente personal”.)

- Sí
- No Pase a la pregunta #39
- NA
- NS/NR

38. ¿Qué conoce de esta Ley? Refiérase

39. ¿Conoce la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021, aprobada en 2011?

(Esta Política trata de garantizar la protección integral de las personas adultas mayores ante el acelerado proceso de envejecimiento de la población asumiendo el compromiso de proteger los derechos y libertades de las personas adultas mayores)

- Sí
- No Pase a la pregunta #41
- NA
- NS/NR

40. ¿Qué conoce de esta política? Refiérase

41. ¿Conoce la Política Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle, aprobada en el 2016?

(La Política de Atención para Personas en Situación de Abandono y Calle dirige su atención a aquellas entre 18 y 65 años y, tiene un énfasis de acciones dirigidas a las personas adultas mayores en situación de abandono, parte del supuesto que este es un grupo en especial vulnerabilidad cuando de abandono se trata)

- Sí
- No Pase a la pregunta #43
- NA
- NS/NR

42. ¿Qué conoce de esta política? Refiérase

Sección V. Corresponsabilidad en los cuidados

42. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tiene el Estado para brindarles una mejor calidad de vida a la personas adultas mayores?

43. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tienen las familias para brindarles una mejor calidad de vida a las personas adultas mayores?

44. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tienen las comunidades para brindarles una mejor calidad de vida a las personas adultas mayores?

45. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tiene el Estado en relación con la preparación y la seguridad de las personas cuidadoras?

46. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tienen las familias para brindarle una mejor calidad de vida a las personas cuidadoras?

47. ¿Para usted, cuáles son los principales deberes que tienen las comunidades para brindarle una mejor calidad de vida a las personas cuidadoras?

48. He finalizado, ¿quisiera referirse a algún tema que no se haya abarcado con respecto a los cuidados de las personas adultas mayores o tienen alguna pregunta que quiera hacerme?

Muchas gracias por la información brindada y por el tiempo dedicado a esta entrevista.

3.5.1.2 Hora de finalización de la entrevista: __ __: __ __ a.m./p.m.

Duración de la entrevista: __ __: __ __

Teléfono: _____ Correo: _____

3.5.10) Anexo 10: Instrumento de entrevista semiestructurada para la persona cuidadora

Proyecto Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia la población adulta mayor en la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999) en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente

Fecha entrevista __/__/__

Nombre entrevistadora: _____

Hora de inicio: __ __: __ __ am/pm

Código: __-__PC__-2017

PRESENTACIÓN

Mi nombre es _____, soy estudiante de la carrera de Sociología en la Universidad de Costa Rica. Actualmente realizo la investigación de tesis que aborda la situación y los desafíos de los cuidados de la persona adulta mayor en Costa Rica. Con el estudio, se busca comprender los cambios socioculturales y de la población ocurridos en la sociedad costarricense durante los últimos veinte años, y es por esto que le hemos contactado. Quisiéramos solicitar su permiso para realizarle una entrevista que contiene preguntas sobre su condición y experiencia como persona cuidadora. Le aclaro que la información brindada por su persona durante el proceso de desarrollo de la entrevista es de carácter confidencial. Si no se encuentra cómoda/o con alguna pregunta que le haga, puede no responderla, está en todo su derecho y lo respetaré.

Antes, solicito su autorización para grabar la entrevista, estaserá para manejo de la información de manera que no perdamos ningún detalle de la conversación. Una vez transcriba los datos, la grabación será eliminada. Sí desea corroborar mi participación como estudiante de tesis, puede comunicarse con la tutora Rocío Loría Bolaños, docente de la Escuela de Sociología de la Universidad de Costa Rica, al número 8920-2428 o al correo rocio.loriabolanos@ucr.ac.cr. De antemano le agradezco su atención y la información que aporte al estudio.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN PERSONAL

Para comenzar, le consultaré algunos datos personales básicos.

1. Nombre: _____

2. Edad (o año de nacimiento): _____

3. Sexo/Género: _____

4. Nacionalidad: _____

5. Estado Civil:

Soltera (o)

Casada (o)

Divorciada

Unión Libre

Separada

Viuda

NA

NS/NR

6. Lugar de Residencia: (Prov) _____ (Cantón) _____ (Distrito) _____

7. Tipo de Residencia:

Casa propia

Casa alquilada

- Casa prestada Indique por quién _____
- Otro Indique
- NA
- NS/NR

8. Nivel de escolaridad:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Diplomado/Técnico
- Universidad incompleta
- Universidad completa
- Otro _____
- NA
- NS/NR

SECCIÓN II. COMPOSICIÓN FAMILIAR Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

2.1 Composición familiar

9. Personas que viven en su hogar

Nombre	Edad	Sexo	Parentesco (con <nombre>)

10. De tener hijos y ser menores de edad: ¿quién (es) se encargan del cuidado de sus hijos mientras usted realiza el trabajo de cuidar a <nombre>?

2.2 Información socioeconómica

11. ¿El trabajo (s) de cuidar que realiza es remunerado o no remunerado?

Remunerado

No remunerado

Pago en especie: (habitación, vivienda, seguro, otro)

NA

NS/NR

12. ¿Cuenta usted con otras fuentes de ingreso?

- Sí () Indique
No () Pase a la pregunta #13
NA ()
NS/NR ()

13. De sus ingresos ¿aporta para el cuidado de otra persona (s)?

- Sí () ¿Para quiénes? _____
No () Pase a la pregunta # 14
NA ()
NS/NR ()

14. ¿Cuál es el porcentaje de sus ingresos que debe aportar para los cuidados de <nombre>?

15. ¿Otras personas dentro de su núcleo familiar aportan económicamente para la atención y los cuidados de <nombre>? ¿Quiénes? ¿Qué porcentaje?

16. ¿Recibe algún otro tipo de incentivo por cuidar a <nombre>?

- Sí () ¿Cuál (es)? _____
No ()
NA ()
NS/NR ()

17. ¿Cómo calificaría el nivel socioeconómico de su núcleo familiar?

- Alto
- Medio Alto
- Medio
- Medio Bajo
- Bajo
- Muy Bajo

18. ¿Usted y/o algún familiar cuenta con algún tipo de asistencia socioeconómica?

Persona que recibe la asistencia <nombre>	¿Quién? (Parentesco con <nombre>)	Tipo de asistencia	Institución
<Ego>			

19. ¿Está usted asegurado/a?

- Sí
- No ¿Por cuáles motivos? _____ (Pase a #21)
- NA
- NS/NR

20. ¿Qué tipo de seguro tiene?

Asegurado directo

Por un familiar

Asegurado por cuenta propia

Asegurado por el Estado

Otro (Indique)

21. ¿Cuenta con algún tipo de seguro privado o adicional? Describa

22. ¿Recibe algún tipo de pensión?

Sí

No Pasar a la pregunta # 24

NA

NS/NR

23. ¿Qué tipo de pensión?

Pensión contributiva básica/ IVM, aportes de trabajador/a afiliado/a

Pensión complementaria obligatoria/ capitalización individual

- Pensión complementaria voluntaria/ ahorro con operadora escogencia
- Pensión No Contributiva/asistencia concedida por Seguridad Social
- Otra (Indique)
- NA
- NS/NR

24. ¿Se encuentra usted cotizando para algún tipo de pensión?

- Sí ¿cuál? _____
- No
- NA
- NS/NR

25. ¿Tuvo usted que dejar de trabajar o reducir las horas de trabajo para dedicarse al cuidado de <nombre>? Indique (motivos por los que tomó la decisión)

- Sí Detalle: _____
- No
- NA
- NS/NR

SECCION III. EL TRABAJO DE LOS CUIDADOS

26. ¿A cuál ocupación (es) se ha dedicado la mayor parte de su vida?

¿A qué labor hubiese querido dedicarse?¿por qué no lo logró? (Indagar acerca de los motivos que le impidieron dedicarse a la labor deseada)

27. Con respecto a su labor de cuidar a <nombre>(Desde hace cuánto tiempo la cuida)

Detalle:

¿Hace cuánto?	¿Cuántos días por semana?	¿Cuáles días?	¿Cuántas horas al día?

28. ¿Cuida o ha cuidado a otra persona además de <nombre>?

Sí ↓ (Completar cuadro)

No Pase a la pregunta #30

NA

NS/NR

Detalle:

¿A quién?	¿Desde hace cuánto?	¿Por cuánto tiempo?

29. ¿La persona a la que cuida actualmente forma parte de su núcleo familiar? ¿Es pariente?

- Sí () ¿Quién?
- No () Pase a la pregunta # 33
- NA ()
- NS/NR ()

EXCLUSIVAS PARA CUIDADORA FAMILIAR

30. ¿Cómo se distribuyen entre el resto de parientes el tiempo de cuidado de <nombre>?

Detalle:

¿Quién? (Pariente)	¿Cuántos días a la semana?	¿Qué días?	¿Cuántas horas por día?

31. ¿Cómo se distribuyen las labores de cuidado entre los parientes?

Detalle:

¿Quién? (Pariente)	¿Qué labores realiza?

32. ¿Además de cuidar a <nombre>, realiza usted las labores domésticas en el hogar de esa persona?(El hogar de la persona adulta mayor)

- Sí () ↓
No () Pase a la pregunta #34
NA ()
NS/NR ()

Detalle:

¿Cuáles labores domésticas?	¿Tiempo invertido en horas a la semana?

33. Además de cuidar a <nombre> ¿tiene otra ocupación? Describa

34. De la siguiente lista de labores relacionadas a los cuidados, responda cuáles realiza usted:

Cuidado personal de <nombre>	Grado de intervención:		
	Total= PAM Requiere completa intervención	Parcial = PAM Requiere apoyo	Especial= PAM puede realizarlos
Baño			(En cama)
Vestirse			(En cama)
Necesidades Fisiológicas			(pañal/ sanitario móvil)
Alimentación	(Preparación)	(Apoyo para comer)	(sonda)
Otras			

Cuidado de la salud de <nombre>	Grado de intervención:		
	Total= Requiere completa intervención	Parcial = Requiere apoyo	Especial= PAM puede realizarlos
Suministro de medicamentos			(inyectables)
Curaciones			
Terapias			
Controles médicos específicos (indique)			

Traslado y acompañamiento: citas, terapias, caminar			

Otros cuidados de<nombre>	Grado de intervención:		
	Total= Requiere completa intervención	Parcial = PAMRequiere apoyo	Especial= PAMpuede realizarlos
Actividades recreativas			
Actividades de estimulación			
Apoyo emocional			
Realizar diligencias, trámites			
Otros			

35. De las labores de cuidado antes mencionadas ¿A cuál le dedica más tiempo?

36. De las labores de cuidado antes mencionadas ¿Cuál le genera más cansancio?

37. De las labores de cuidado ¿Cuáles considera son más riesgosas o difíciles?

38. ¿Considera usted que las labores de cuidado hacia otras personas deben de ser parte del trabajo doméstico? ¿Por qué?

Sí () ¿Quién debe realizarlas?_____

No () Pase a la pregunta # 40

NA ()

NS/NR ()

39. ¿Siente usted satisfacción o insatisfacción con las labores que realiza?(Indagar)

Satisfacción ()

Insatisfacción ()

NA ()

NS/NR ()

40. ¿Usted considera el cuidar de otra persona como un **trabajo**?(Indagar)

Sí ()

No () Pase a la pregunta #42

NA ()

NS/NR ()

41. ¿Considera usted que <nombre> valora el trabajo que usted realiza?

Sí () ¿Por qué? _____

No () Pase a #43

NA ()

NS/NR ()

42. ¿Lo valoran sus familiares? (Indagar)

Sí () ¿Por qué? _____

No () Pase a #44

NA ()

NS/NR ()

43. Considerando la autonomía de una persona como la capacidad de tomar decisiones por sí misma, sin ningún condicionamiento, ¿Considera usted que en algún momento su autonomía se ha visto limitada por cuidar a otra persona? Describa

Sí () ¿Por qué? _____

No () Pase a #45

NA ()

NS/NR ()

44. ¿El cuidado de <nombre> interrumpe o ha interrumpido con alguno de sus proyectos personales?

Sí () Describa: _____

No Pase a #46

NA

NS/NR

45. ¿El trabajo de cuidado que ejerce un hombre es diferente o similar al que realiza una mujer?
¿Por qué?

46. ¿Si usted en el futuro necesitara que alguien cuidara de su persona ¿Contaría con alguien?
¿Quién sería esa persona?

47. ¿Cuáles actividades realiza usted para relajarse, distraerse o descansar?

SECCION IV. SALUD DE LA PERSONA CUIDADORA

48. ¿Considera que usted es una persona saludable?

Sí

No

NA

NS/NR

49. ¿Cómo considera usted que es su salud en general? **LEER ALTERNATIVAS**

Muy buena=1 Buena=2 Regular=3 Mala=4 Muy Mala=5 No sabe=8 No responde=9

50. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

Sí ¿Cuál? Indicar en el cuadro siguiente

No Pasar a la pregunta # 53

NA

NS/NR

Detalle:

Enfermedad (es)	Tiempo de padecer la condición (meses o años)

51. ¿Recibe algún tratamiento actualmente?

Si ¿Cuál? Indique _____

No Pase a la pregunta # 53

NA/NR

52. ¿En qué lugar recibe la atención médica para el trato de sus padecimientos?

- Ebais y/o Hospital de la CCSS
- INS
- Medicina privada
- Otro Indique _____
- NA

53. ¿El trabajo de cuidar le ha generado algún tipo de problema físico o emocional? (estrés, depresión, lesión, tipo de violencia)

Detalle:

Tipo de condición/lesión	Tiempo de padecerlo	¿Utiliza algún tratamiento?

54. ¿Ha acudido a algún centro de atención debido a lo anterior?

- Si ¿Cuál? Indicar en el cuadro siguiente
- No Pase a la pregunta # 55
- NA
- NS/NR

Detalle:

Centro de atención	Tratamiento brindado

--	--

55. En relación con su estado de ánimo, ¿de qué manera lo describiría en el último año?

(Bueno, mal, difícil, tenso) _____

56. ¿Cuáles han sido sus mayores preocupaciones en el último año?

Preocupaciones	¿Cuándo se dieron? Causas

57. ¿Cuáles situaciones podrían mejorar en su vida, para que usted se sienta aún mejor?

58. ¿Cuál (es) situaciones le han hecho sentirse bien/ feliz, en el último año

SECCION V. RECURSOS, NECESIDADES Y POLITICAS PARA LA PERSONA CUIDADORA

59. ¿Conoce usted algún proyecto o programa de capacitación dirigido hacia las personas cuidadoras? (Indagar)

60. ¿Se ha capacitado en los últimos tres años, en aspectos referidos a cuidados de otras personas, especialmente adultas mayores?

- Sí () ↓
- No () Pase a la pregunta #61
- NA ()
- NS/NR ()

Detalle:

Tipo de capacitación	Institución que brindó la capacitación	Aprendizaje obtenido

61. ¿Ha recibido instrucciones o capacitación para realizar labores de cuidado especial? (Indagar)

- Sí () ¿Cuáles? _____
- No ()

NA

NS/NR

62. ¿Según su experiencia, qué tipo de capacitación requiere una persona cuidadora?

63. ¿Según su experiencia, qué tipo de apoyo necesita una persona cuidadora?

64. ¿Conoce usted la existencia de alguna(s) leyes o programas para el mejoramiento en la calidad de vida y la protección de derechos de las personas adultas mayores?

Sí ¿Cuáles? _____

No Pase a la pregunta # 66

NA

NS/NR

65. ¿Qué conoce al respecto?

66. ¿Conoce usted acerca de la Política Nacional de Salud Mental y su relación con las personas cuidadoras?

Sí () ¿Qué aspectos? _____

No () pase a la pregunta # 67

NA/NR ()

67. Para usted ¿cuáles son los principales deberes que tiene el Estado costarricense, para brindarle una mejor calidad de vida a las personas cuidadoras?

68. Para usted ¿cuáles son los principales deberes que tiene la familia para brindarle una mejor calidad de vida a la persona cuidadora?

69. Para usted ¿cuáles son los principales deberes que tiene la sociedad para brindarle una mejor calidad de vida a las personas cuidadoras?

70. ¿Considera usted que la sociedad costarricense se encuentra preparada para afrontar los retos de una sociedad envejecida, en relación con la urgencia de cuidados hacia la población adulta mayor?

¿Cuáles considera serán esos retos a afrontar?

Muchas gracias por la información brindada y por el tiempo dedicado a esta entrevista.

3.5.11) Anexo 11: Formulario de consentimiento informado

(Para ser sujeto de investigación)

Situación y desafíos de las políticas de cuidados hacia las poblaciones de personas adultas mayores dentro de la sociedad costarricense, a partir de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935-1999) en relación con los cambios demográficos y socioculturales ocurridos al presente.

Nombre de la institución: Universidad de Costa Rica

Nombre de la profesora tutora: Rocío Loría Bolaños

Nombre de la investigadora: María Fernanda Hernández Salas

Nombre de la persona participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Soy estudiante en la etapa de licenciatura, de la carrera de Sociología de la Universidad de Costa Rica y me encuentro en el proceso de realización de la investigación de tesis, la cual aborda la situación y los desafíos con respecto a los cuidados de las personas adultas mayores en Costa Rica. Con este estudio, procuro comprender los cambios culturales y de la población, ocurridos en la sociedad costarricense durante los últimos veinte años. La motivación para realizar esta investigación, responde a la necesidad de comprender el proceso del envejecimiento poblacional, así como los cambios socioculturales que afectan en la formas de relacionarse las generaciones, pero principalmente en la respuesta de atención de las personas adultas mayores, por parte de las familias, las comunidades y el Estado. También se espera hacer visible las necesidades de las personas cuidadoras de las adultas mayores. La información que quiero obtener se relaciona

con las demandas y respuestas referidas a los cuidados de la persona adulta mayor, el lugar de la persona cuidadora y de las instancias involucradas. Este estudio concluirá a inicios del próximo año.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Su participación en esta investigación es voluntaria, no se encuentra sujeta a ningún condicionamiento. Usted está en la libertad de decidir si brinda o no la información solicitada. En caso de que decida participar, le haré una entrevista que aborda temas sobre los procesos de envejecimiento y de cuidados, las necesidades de las poblaciones adultas mayores así como políticas públicas dirigidas a esta población. La información que brinde es estrictamente confidencial, por lo que no será revelada a terceros. La entrevista demora alrededor de 40 minutos.

Además, le solicitamos su autorización para grabar la entrevista, de manera que podamos recuperar cada detalle de la información que nos suministre. Una vez transcribimos la información, la grabación será eliminada; la misma únicamente será escuchada por la investigadora a cargo. Con la información que usted y los demás participantes brinden, se espera generar un documento de análisis y con recomendaciones que de manera integral aporten en las políticas públicas de cuidados presentes y futuras.

B. RIESGOS: Su participación generará cierto grado de incomodidad y/o ansiedad por la información personal que nos suministre respecto a su experiencia de vida; no obstante, si hubiera alguna pregunta que lo incomode y prefiera no responder, puede decirlo y esto no afectará su participación.

Si la entrevista se prolonga más tiempo del previsto, de manera que provoque algún grado de cansancio, de saturación o que afecte sus ocupaciones; por favor me lo hace saber y así podemos continuar la misma en otro momento. Su participación no le generará ningún tipo de riesgo físico ni mental. Si en el momento de la entrevista experimenta alguno de los riesgos o malestares mencionados, puede solicitar una aclaración, un receso o bien la suspensión de la entrevista.

- C. BENEFICIOS:** Por su participación no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, la información que brinde será fundamental para construir recomendaciones, que esperamos contribuyan a mejorar las políticas públicas de cuidados. Por otra parte, este proceso me permitirá contribuir en la generación de conocimientos que podrían contribuir a asegurar condiciones para otras personas en el futuro.

- D.** Antes de dar su autorización para participar en este estudio, usted debe de haber hablado con María Fernanda Hernández Salas quien debe de haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si más adelante quisiera información sobre este estudio, puede obtenerla llamando a María Fernanda Hernández Salas al teléfono: 8447-4735. Cualquier consulta adicional puede también comunicarse con la tutora a cargo de esta investigación: Rocío Loría Bolaños, al teléfono 8920-2428.

- E.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada, tanto para su uso personal.

F. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar, o detener su participación en cualquier momento sin que esta decisión le afecte de manera alguna.

G. La información que brinde es confidencial. Los resultados obtenidos, podrán aparecer en una publicación científica y podrán ser divulgados de manera anónima. Cabe aclarar que en algunos casos, podría tener límites respecto a la confidencialidad, pues la ley me obliga a informar sobre cualquier indicio de maltrato o abandono.

H. No perderá ningún derecho legal por firmar este consentimiento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en este formulario, antes de firmar.

Sí No

Se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y estas fueron contestadas de forma adecuada.

Sí No

Acepto a participar en la entrevista

Sí No

Acepto que se grabe la entrevista

Sí No

Nombre, cédula y firma	fecha
Nombre, cédula y firma del testigo o testiga	fecha
Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita el consentimiento	fecha

C/Registro MFHS