

Globethics Repository



Familia, mercado y Estado [Family, market and State]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Ventura Dias, Vivianne
Publisher	Fundación Friedrich Ebert (FES)
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-12 18:38:46
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/224122

Familia, mercado y Estado: servicios de cuidado para los ancianos en Brasil

El cuidado refiere a un conjunto de labores relacionadas directamente con el bienestar físico y emocional de individuos dependientes. En ese marco, es importante analizar la demanda de servicios de cuidado derivados de los cambios demográficos y sociales registrados en la población tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo, con el acento puesto en Brasil. Hay aspectos de género por destacar en el envejecimiento debido a la mayor longevidad de las mujeres, la probabilidad de que estas envejezcan solas y los roles tradicionales de las mujeres como cuidadoras, que son abordados en este artículo.

VIVIANNE VENTURA-DIAS

■ Introducción

La literatura sobre el cuidado se ocupa de sus aspectos morales, sociales, económicos y políticos. El cuidado incluye todas las actividades, los trabajos y los procesos que son esenciales para la vida y el bienestar de las personas, los animales y la naturaleza. Una gran parte del cuidado es provisto por mujeres

Vivianne Ventura-Dias: investigadora independiente. Obtuvo un PhD en Economía de Recursos Naturales y Agrícolas. Trabajó en la Organización de las Naciones Unidas (onu). Fue directora de Comercio Internacional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal).

Palabras claves: adultos mayores, cuidado, Estado, familia, mercado, Brasil.

Nota: este trabajo es una versión reducida y actualizada de «Notes on Ageing, Living Arrangements, and Elderly Women in Brazil», presentado en la Conferencia Internacional de la Asociación Internacional para Economistas Feministas (IAFFE, por sus siglas en inglés), Barcelona, julio de 2012. Traducción del inglés de María Alejandra Cucchi.

y niñas bajo la forma de trabajo no remunerado en el hogar. Aunque este trabajo no remunerado realizado por mujeres y niñas ha estado en primer plano en las investigaciones feministas y en los movimientos sociales de mujeres por más de un siglo, el enfoque del cuidado es una invención más reciente¹. Durante los dos últimos siglos, una serie de cambios sociales incrementales, que están en la raíz de la actual sociedad de consumo masivo global, transformó el cuidado en tema de preocupación pública². El cuidado se extendió más allá de las fronteras familiares, sin que cambiaran fundamentalmente las responsabilidades del suministro de los cuidados. Las mujeres y las niñas continúan siendo las principales cuidadoras ya sea en los hogares o como trabajadoras remuneradas cuando los Estados o los mercados son proveedores de prestaciones de cuidado. Las familias (definidas en términos amplios), las comunidades, los mercados y los Estados son las principales instituciones en la división social del cuidado³.

La literatura feminista ha subrayado la naturaleza multidimensional, compleja y contradictoria del cuidado, que refiere tanto a un conjunto ideal de valores como a un despliegue de actividades concretas. Por un lado, los economistas y sociólogos feministas han enfatizado que en la prestación del cuidado se manifiesta la preocupación por el bienestar de los demás⁴. Por el otro, el cuidado es un conjunto de tareas concretas para atender necesidades humanas que consumen tiempo, energía y emociones, lo que conduce al agotamiento físico y emocional de los cuidadores. En el proceso de dar y recibir cuidado, los hombres y las mujeres establecen vínculos que involucren jerarquías y relaciones de poder, lo que plantea problemas de abuso de autoridad, dependencia y autonomía de los receptores del cuidado. Nunca resultan más evidentes y severos estos problemas que cuando se trata de personas discapacitadas o de ancianos y ancianas vulnerables que demandan apoyo constante o intermitente.

Hay evidencia suficiente de que la población mundial está envejeciendo, tanto en términos de una mayor proporción de gente anciana en el total de la población como de una mayor edad promedio. Mientras que los textos ge-

1. Ver Susan Himmelweit (ed.): *Inside the Household: From Labour to Care*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2000.

2. Michael D. Fine: *A Caring Society? Care and the Dilemmas of Human Service in the 21st Century*, Palgrave Macmillan, Nueva York, 2007.

3. M.D. Fine: «The Social Division of Care» en *Australian Journal of Social Issues* vol. 42 N° 2, invierno de 2007.

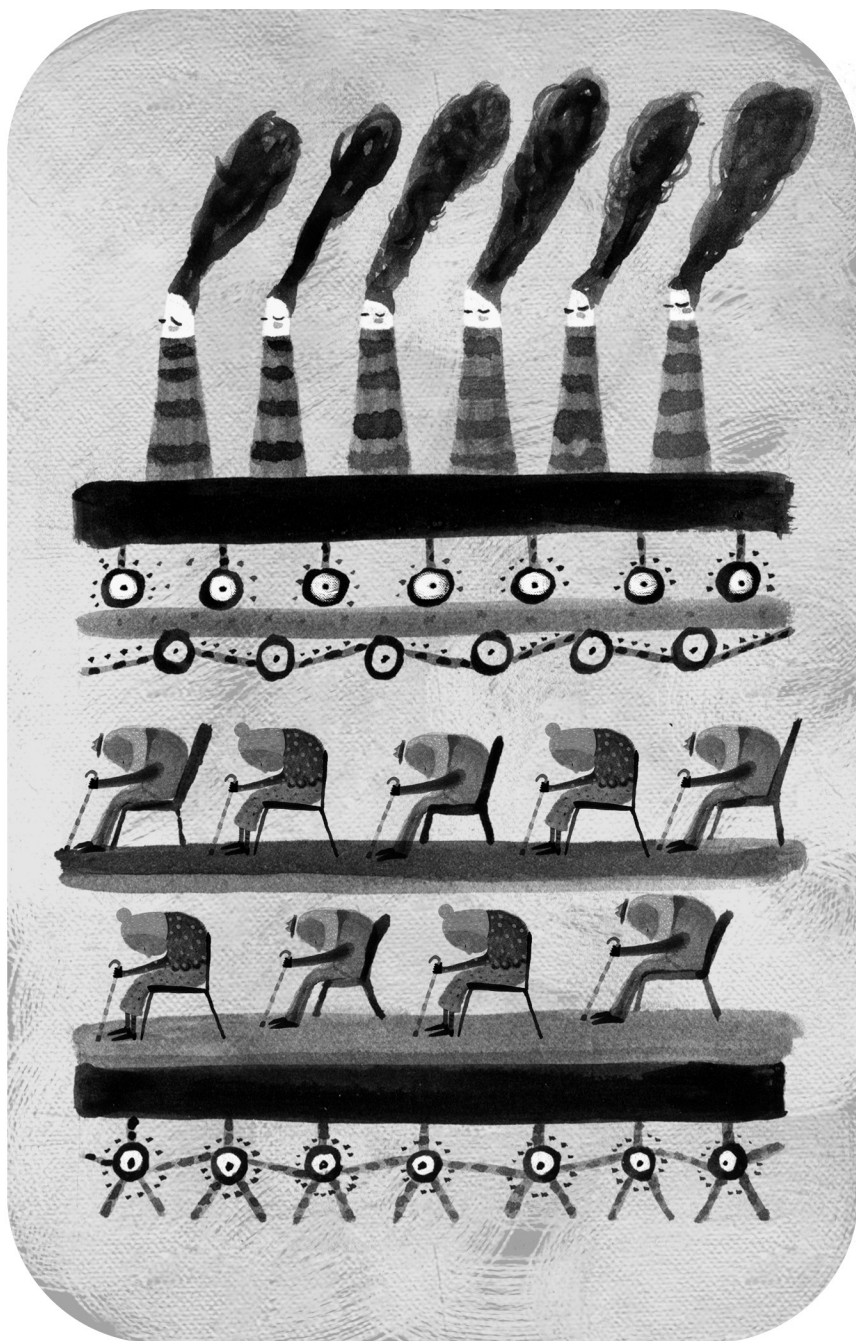
4. Joan C. Tronto: *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, Nueva York, 1993.

nerales sobre el envejecimiento de la población tienden a ser pesimistas, casi catastróficos, la información empírica muestra que los adultos mayores viven más años y tienen vidas más activas que nunca antes en el pasado. En otras palabras, no toda la población de personas mayores demanda o demandará cuidados. La situación de los hombres y mujeres mayores ha mejorado en general considerablemente, aunque a un ritmo y con profundidad diferentes en países ricos y pobres, y dentro de cada país, con grandes diferencias entre los distintos grupos de ingreso y raciales.

El envejecimiento tiene importantes aspectos relacionados con el género. En primer lugar, las mujeres son más longevas en comparación con los hombres. En segundo lugar, hay altas probabilidades de que las mujeres envejezcan solas, dado que tienden a sobrevivir a sus cónyuges o compañeros, y en consecuencia enfrentan más probabilidades de caer en la pobreza si carecen de fuentes de ingreso personales. En tercer lugar, las mujeres asumen los roles tradicionales de cuidado tanto de los ancianos de su familia (cuidadoras informales) como de desconocidos (cuidadoras formales). Finalmente, mientras que las mujeres predominan entre los proveedores de cuidados de largo plazo en todos los países, también tienden a ser las principales consumidoras de servicios de cuidado de la salud de largo plazo. Las mujeres muy ancianas presentan una más alta propensión a sufrir enfermedades neurológicas e incapacitantes que conducen a limitaciones funcionales. Algunos autores han hablado de la «feminización del envejecimiento», o de que el envejecimiento global es un «problema de la mujer»⁵.

Los países en desarrollo también están atravesando la transición demográfica que deriva de la creciente longevidad de hombres y mujeres, junto con una reducción drástica de las tasas de fertilidad. Estos cambios se están produciendo antes de que las condiciones económicas y sociales para facilitar y asegurar los ahorros privados, los planes de seguridad social y la provisión de cuidado de la salud se hayan podido materializar, desarrollar y consolidar. De ahí que el envejecimiento y los índices más altos de supervivencia de hombres y mujeres no hayan sido acompañados por redes sociales de seguridad fuertes provistas por el Estado. La familia sigue siendo la estrategia básica de supervivencia para asistir tanto a hombres como a mujeres de la tercera edad en esos países. En otras palabras, las mujeres siguen siendo la fuente básica de cuidado de la ancianidad en las familias y en la comunidad.

5. Lois B. Shaw (2006): «Differing Prospects for Women and Men: Young Old-Age, Old Old-Age, and Elder Care», *The Levy Economics Institute Working Paper* N° 464, 2006, disponible en <www.levyinstitute.org/pubs/wp_464.pdf>.



En Brasil, fue solo en las últimas dos décadas cuando se implementó una política nacional para crear sistemas públicos de apoyo y transferencias sociales para los adultos mayores. Documentos oficiales brasileños reconocen que los programas de cuidado a los mayores están formulados en un marco de inequidades sociales y de género⁶. En consecuencia, las consideraciones sobre su bienestar cuando son atendidos en los hogares tienen que ser contrapuestas con el bienestar de los cuidadores informales en la familia, que muy probablemente son mujeres en su condición de esposas e hijas.

En este trabajo, presento una breve revisión de la legislación y la política brasileñas que apuntan al bienestar de los ancianos en un contexto de inequidad social y de género. El artículo está dividido en cuatro apartados, incluyendo esta introducción. El segundo apartado presenta datos empíricos sobre arreglos en materia de vivienda para hombres y mujeres mayores en Brasil. Estos arreglos son factores importantes para determinar el bienestar de los adultos mayores. El tercer apartado resume la legislación brasileña, así como la política social y de salud para esta parte de la población. El último apartado presenta algunas consideraciones finales.

■ Datos empíricos sobre arreglos de vivienda de adultos mayores de Brasil

La población mundial está envejeciendo, y Brasil no es la excepción. De acuerdo con datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), llevó 60 años, desde 1940 hasta 2000, que el grupo de las personas de 60 años o más pasara de 4% a 8,6% del total de la población brasileña⁷. Sin embargo, entre 2000 y 2013, esa porción creció más de cuatro puntos porcentuales hasta alcanzar el 13% (20,6 millones de personas)⁸. Las mujeres superan a los hombres en el grupo de adultos mayores en 24% en promedio, aunque se ven diferencias entre la población urbana y la rural. En 2010, las mujeres de 65 años o más llegaban a aproximadamente ocho millones⁹.

Las ancianas brasileñas constituyen un grupo vulnerable, porque la mayoría de ellas no tuvo una ocupación remunerada durante la juventud, e incluso cuando la tuvo, el empleo era intermitente o no estaba oficialmente

6. Ley Administrativa del Ministerio de Salud N°2.528, 19 de octubre de 2006.

7. En Brasil, el umbral burocrático para la vejez es de 60 años.

8. IBGE: *Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições da população brasileira*, Río de Janeiro, 2014, disponible en <www.ibge.gov.br>.

9. IBGE: *Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*, Río de Janeiro, 2011, disponible en <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>.

registrado. Su situación mejoró en el pasado reciente, debido a la extensión de la seguridad social a los hombres y mujeres de zonas rurales a través de un sistema de pensiones no contributivas y otros beneficios sociales que han reducido las desventajas de las mujeres mayores¹⁰. Durante los últimos 20 años, la evidencia empírica indica que la pobreza disminuyó entre la población brasileña de 60 años y más¹¹. El derecho universal a la seguridad social, incorporado en la Constitución brasileña de 1988, se convirtió en un importante instrumento para la erradicación de la pobreza entre los adultos mayores, hombres y mujeres. Sin embargo, en 2013, más de 75% de las personas mayores en Brasil ganaba menos de dos salarios mínimos mensuales y más de 40% de los ancianos ganaba menos de un salario mínimo¹².

**Durante los últimos 20 años,
la evidencia empírica indica
que la pobreza disminuyó
entre la población brasileña
de 60 años y más ■**

Del mismo modo, la reducción de los índices de analfabetismo entre las mujeres de la tercera edad fue un cambio positivo. De 1940 a 2010, los índices de analfabetismo entre las mujeres de 60 años o más se redujeron de 74% a 28%, pero ellas todavía representan 58% de la población analfabeta de más de 60 años, y más de 16% de los analfabetos de Brasil¹³. En 2013, de acuerdo con el Censo Nacional de Hogares (PNAD), 45,5% del total de las personas de más de 60 años tenía menos de cuatro años de escolaridad; 34,5% tenía entre cuatro y ocho años de escolaridad y 20% tenía nueve años o más¹⁴.

Los arreglos de residencia de los mayores son un factor determinante para su calidad de vida. El hogar es el lugar del cuidado de los niños, las personas enfermas y los ancianos. Ya sea que vivan solos o en compañía de niños, amigos o familiares, los hombres y mujeres ancianos recibirán y brindarán cuidado primariamente en el ámbito de los hogares.

Los debates sobre políticas en los países en desarrollo asumen con frecuencia que las familias extendidas y la costumbre cultural de respeto por los adultos

10. Ana Amélia Camarano (ed.): *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?*, IPEA, Brasília, 2004, disponible en <www.ipea.gov.br>.

11. Michele Gagnolati, Ole Hagen Jorgensen, Romero Rocha y Anna Fruttero: *Growing Old in an Older Brazil: Implications of Population Aging on Growth, Poverty, Public Finance, and Service Delivery*, Banco Mundial, Washington, DC, 2011, en <http://dx.doi.org/10.1596/2F9780821388020_CH04>.

12. IBGE: *Síntese de indicadores sociais*, cit., tabla 1.23.

13. IBGE: *Censo Demográfico 2010*, cit., tabla 1.5.1.

14. IBGE: *Síntese de indicadores sociais*, cit., tabla 1.21.

mayores han tenido mayor solidez allí que en los países desarrollados. Sin embargo, los datos de los censos muestran que hay un gran número de ancianos que viven solos. En 2010, alrededor de 12% del total de los hogares brasileños fueron clasificados como unipersonales, mientras que la proporción se incrementaba a 16% en el caso de hogares encabezados por una persona de entre 60 y 64 años; a 19,5% cuando la edad del jefe de hogar estaba entre 65 y 69 años, y a 26% para los hogares encabezados por personas de 70 años o más¹⁵.

Ana Amélia Camarano, Solange Kanso y Juliana Leitão y Mello propusieron dividir a las familias con adultos mayores en dos grupos: familias de personas mayores, en las que el anciano o su cónyuge son el jefe del hogar, y familias con mayores, en las que los ancianos viven en el hogar en su condición de parientes del jefe de familia¹⁶. El primer arreglo le otorga mayor autonomía al anciano. Los datos del censo mostraron un crecimiento en las familias *de* mayores en contraste con aquellas *con* mayores.

En otras palabras, un gran número de hombres y mujeres adultos mayores son jefes de sus hogares, un hecho que tiene correlato en el número de ellos que viven solos. Como es de esperar, la proporción de hogares encabezados por hombres es significativamente más grande que la de los encabezados por mujeres. En 2010, 61% del total de la población de 60 años o más era jefe de su hogar. Alrededor de 49% de las mujeres de entre 60 y 69 años eran jefas de hogar, en contraposición con 76,5% de hombres en el mismo grupo etario. Asimismo, 51,6% de las mujeres de 70 años o más eran jefas de hogar, en comparación con 73,4% de los hombres. No obstante, el número de mujeres financieramente responsables de sus hogares se incrementó entre los censos de 2000 y 2010. De acuerdo con el censo de 2000, solo 33% de las mujeres de entre 60 y 64 años eran jefas de hogar, y menos de 40% de las mujeres de 65 años o más¹⁷.

La modalidad de residencia más frecuente para los adultos mayores de Brasil es con un cónyuge o compañero o compañera. En 2010, en promedio, aproximadamente 24% de la población de 60 años o más vivía bajo esta modalidad, aunque hay grandes diferencias entre la población de ancianos femenina y masculina. La segunda modalidad de residencia predominante para los mayores es la de vivir solo. La tercera modalidad es la de ser padre, madre o padrastro/madrastra, en particular en el grupo de hombres y mujeres de 70 años o más: 7% de los

15. IBGE: *Censo Demográfico 2010*, tabla 1.6.11.

16. A.A. Camarano, S. Kanso y J. Leitão y Mello: «Como vive o idoso brasileiro?» en A.A. Camarano (ed.): *Os novos idosos brasileiros*, cit., p. 38.

17. IBGE: *Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil*, Río de Janeiro, 2012; IBGE: *Censo Demográfico 2010*, cit., v. nota 9.

hombres y 15% de las mujeres de este grupo vivía en este tipo de arreglo. Un porcentaje insignificante de la población de adultos mayores de Brasil vivía en instituciones o geriátricos en 2010, aunque la proporción crece para el grupo de los de 70 y más años y para la población femenina. Aproximadamente 1% de las mujeres de 70 años o más vivía en instituciones y geriátricos¹⁸.

■ La legislación brasileña para la tercera edad: protección social y cuidado familiar

A los gobiernos brasileños les llevó casi 15 años implementar los derechos básicos que estableció la Constitución de 1988 sin proveer todavía hoy los medios adecuados para hacerlos sustentables. En 2003, un amplio conjunto de derechos sociales para las personas mayores, el Estatuto del Mayor (Estatuto do Idoso), fue aprobado por el Congreso brasileño después de más de siete años de debate. El estatuto define un conjunto de derechos para los hombres y mujeres mayores, como extensión de sus derechos fundamentales. En líneas generales, es una legislación progresista. Sin embargo, constitucionalmente la familia sigue siendo la institución básica para proveer de cuidados de largo plazo a sus mayores vulnerables, con poco apoyo directo por parte del Estado.

En 2003, un amplio conjunto de derechos sociales para las personas mayores, el Estatuto do Idoso, fue aprobado por el Congreso brasileño ■

Debe recordarse que Brasil es un país de agudas desigualdades sociales y de género, donde la legislación y los programas socialmente progresistas muestran una gran incongruencia con los medios financieros e institucionales para implementarlos. Estas contradicciones también están presentes en los retrasos que se observan entre la legislación brasileña que garantiza los derechos sociales a la salud y el cuidado de los ciudadanos mayores, y la implementación efectiva de esos derechos.

La Constitución de 1988 es una pieza central de la legislación en el establecimiento de los derechos sociales de los adultos mayores en el país¹⁹. La nueva

18. IBGE: *Censo Demográfico 2010*, cit.

19. La Primera Asamblea sobre Envejecimiento organizada por la ONU y llevada a cabo en Viena en 1982 es un hito en las políticas y acciones públicas relativas al envejecimiento. Fue la primera acción para integrar políticas en diferentes áreas de interés para los mayores. La Segunda Asamblea sobre Envejecimiento tuvo lugar en Madrid 20 años más tarde, en 2002. Brasil suscribió ambos Planes de Acción sobre Envejecimiento.

Constitución proveyó un marco legal para el sistema de protección social en Brasil. Introdujo el concepto de seguridad social universal con el propósito de ampliar la red de protección más allá de los límites de los sistemas contributivos. El texto legal incorporó la universalización de los derechos sociales como un principio básico que se vio reflejado en la equiparación de los beneficios rurales y urbanos, un beneficio mínimo indexado según el salario mínimo y el acceso universal a la salud y la educación, entre otros beneficios sociales²⁰.

La provisión de cuidado a los mayores fue introducida en el capítulo sobre ordenamiento social, junto con cuestiones referidas a familia, sociedad, niños y adolescentes. El artículo 230 afirma que: «Es el deber de la familia, la sociedad y el Estado asistir a los adultos mayores, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y su bienestar y garantizando su derecho a la vida». El texto también incluye un único párrafo en el cual se informa que los programas de asistencia a los mayores serán llevados a cabo preferentemente dentro de sus hogares²¹. De ahí que la legislación asigne la mayor responsabilidad por el cuidado de los mayores a la familia, con un involucramiento más bajo por parte del Estado²².

Se reglamentaron varias provisiones constitucionales desde la década de 1990. En diciembre de 1993 se sancionó una nueva ley sobre programas y proyectos para asistencia social a los mayores. En particular, se otorgó a las personas de 70 años y más que viven en familias cuyo ingreso mensual per cápita es inferior a 25% del salario mínimo el derecho a un beneficio monetario. La edad para el beneficio fue posteriormente bajada a 67 años (1998) y luego a 65 años (2004)²³.

En 1994, la Política Nacional para el Mayor (ley 8.842)²⁴ se desarrolló con más detalle en el Estatuto de Derechos del Mayor de 2003, de acuerdo con las

20. La edad de jubilación para los trabajadores rurales se redujo a 60 años para los hombres y 55 para las mujeres.

21. Un párrafo adicional en un nivel dispar de concreción define que «se les garantiza la gratuidad del transporte público urbano a aquellos por encima de los 65 años de edad» (párrafo 2).

22. El Primer Plan sobre Envejecimiento que resultó de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento definió que la familia es la unidad fundamental para el apoyo y la protección de los ancianos.

23. A.A. Camarano y Maria Tereza Pasinato: «O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas» en A.A. Camarano (ed.): *Os novos idosos brasileiros*, cit.

24. Ley N° 8.842, 4 de enero de 1994. V. «Política Nacional do Idoso», <www.mds.gov.br/gestao-dainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>.

pautas definidas por las Conferencias sobre Población de la ONU²⁵. Esta legislación reiteraba que las familias, las comunidades, la sociedad y el sector público (en ese orden) tienen la responsabilidad de asegurar los derechos básicos de los ancianos. El artículo 3 (un único párrafo) detalla que el cuidado de los mayores debería ser una prioridad para sus propias familias, y que el cuidado institucional debería ser el último recurso y utilizarse solo en el caso de ancianos sin familias o sin medios para garantizar su supervivencia²⁶. La familia es concebida como una institución idealizada con un claro sesgo de género, dado que las mujeres y las niñas continúan siendo las principales proveedoras informales de cuidado en el dominio familiar.

Otro componente del cuidado de los ancianos es el sistema brasileño de salud. Siguiendo los lineamientos de la seguridad social, la creación del Sistema Único de Salud (sus) por la Constitución de 1988 impuso cambios significativos en la estructura del sistema de salud pública brasileño que afectaron la prestación de servicios de cuidado para los ancianos. El sus garantizó acceso universal a los servicios de salud. En 1999 se aprobó el Plan Nacional para la Salud de los Mayores²⁷, con el objetivo de integrar diferentes acciones y mecanismos en la salud bajo el concepto de que «el principal problema que puede afectar al adulto mayor es una reducción considerable en sus capacidades funcionales, esto es, la pérdida de las capacidades físicas y mentales que son necesarias para cumplir con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria».

No obstante, mientras los programas y las políticas apuntan en la dirección correcta, el Estado no ha definido en ninguno de sus niveles los fondos y el personal adecuados para ejecutarlos²⁸.

La familia es concebida como una institución idealizada con un claro sesgo de género, dado que las mujeres y las niñas continúan siendo las principales proveedoras informales de cuidado ■

25. Ley Nº 10.741, 1º de octubre de 2003, disponible en <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

26. El artículo 37, párrafo 1 del Estatuto de los Derechos de los Mayores de 2003 enfatiza que el cuidado institucional es considerado como una opción solo ante la evidencia de falta de familia, pobreza o abandono.

27. Ley Administrativa del Ministerio de Salud Nº 1.395.

28. Ver A.A. Camarano (ed.): *Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido?*, IPEA, Brasília, 2010, disponible en <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>.

En 2006, la Política Nacional incorporó el concepto de «envejecimiento activo», que era parte del Plan de Acción de Madrid de 2002. Se promulgó como Política Nacional para la Salud de la Persona Mayor (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa)²⁹. Allí, una noción importante fue que el concepto de salud para los mayores está directamente relacionado con su condición de autonomía e independencia. La ley de 2006 también reconocía que el envejecimiento generalizado de la población en condiciones de desigualdad social y de género representaba un gran desafío para los responsables de políticas brasileños y para la sociedad.

La Política de Salud de 2006 reconoció la escasez de los servicios de cuidado domiciliario que formaban parte del Estatuto de los Derechos del Mayor, y la necesidad de establecer un programa de formación para capacitar a los proveedores informales de cuidado en la familia. El cuidado domiciliario terminó integrándose al sus, a través de la modalidad del cuidado familiar. Se propuso que «una vez que se identifica la condición de fragilidad del adulto mayor, sería necesario evaluar los recursos locales para manejar la situación, con el objeto de facilitar el cuidado domiciliario, incluir al cuidador informal de la familia como socio del equipo de cuidado». El documento proponía que se debía enfrentar la fragilidad de los mayores, al tiempo que se reconocía la vulnerabilidad de la familia y la inequidad de las relaciones de género en su interior. La Política de Salud daba fe de que el cuidado en el hogar de largo plazo todavía dependía sobre todo de cuidadores informales (mujeres y niñas), con poco apoyo del Estado.

El Programa de Cuidado Domiciliario fue implementado en octubre de 2006, pero los recursos siguen siendo en gran medida insuficientes. En noviembre de 2011, el gobierno de Dilma Rousseff lanzó el programa «Mejor en Casa», inspirado en el Programa de Cuidado Domiciliario vigente. En varios estados, el programa previo ha sido implementado en la escala local, con resultados que no han sido aún evaluados sistemáticamente. La Administración Federal quiere extender el cuidado domiciliario a todas las ciudades con más de 40.000 habitantes, con 1.000 equipos multidisciplinarios y 400 equipos de apoyo. El programa no fue concebido específicamente para los mayores, pero estos son una población prioritaria en el programa³⁰.

29. Ley Administrativa (Portaria) N° 2.528, 19 de octubre de 2006.

30. V. «Melhor em Casa», disponible en <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>>.

■ Consideraciones finales

El propósito de esta presentación introductoria de temas relacionados con el envejecimiento y las condiciones promedio de los adultos mayores en Brasil fue resaltar la necesidad de un enfoque integrado del cuidado de esta población. El lugar del cuidado de los mayores es el hogar y la familia. Las mujeres predominan tanto entre los proveedores formales de cuidado como entre los informales. Sin embargo, el cuidado de las personas mayores no puede ser asignado a las mujeres sobre la base de una predisposición fisiológica «natural», como ocurre con la concepción y la crianza de los niños. El cuidado de los familiares o los amigos mayores está arraigado en la compasión y el amor, que deberían impulsar tanto a hombres como a mujeres. Hay evidencia de que también existen hombres que actúan como cuidadores informales de esposas y compañeras, pero en menor medida, y tienden a recibir ayuda de hijas, hijastras o nueras.

El cuidado de los familiares o los amigos mayores está arraigado en la compasión y el amor, que deberían impulsar tanto a hombres como a mujeres ■

El envejecimiento tiene características modernas. En particular, la superposición de generaciones es un fenómeno moderno. La investigación histórica ha mostrado que la maternidad, los sentimientos, el sentido de familia y la vida doméstica tienen sus propias historias. Los conocimientos aportados por Philippe Ariès y Georges Duby³¹ nos han enseñado que las prácticas de cuidado se han transformado en el marco de un proceso multidimensional que incluyó cambios en la familia, en la vivienda, en la división entre las esferas pública y privada y en muchos otros componentes de la vida privada.

Mientras asistimos a la gradual, y en algunos países abrupta, destrucción del sistema de bienestar en Europa, naciones de desarrollo más tardío como Brasil todavía están tratando de construir redes de seguridad adecuadas para garantizar los derechos básicos de su población. El financiamiento de los sistemas de pensión actuales se convertirá en un problema crítico a medida que la relación entre personas activas e inactivas se vuelva similar a la de los países europeos.

31. P. Ariès: *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen* [1973], Taurus, Madrid, 1992 ; P. Ariès y G. Duby (eds.): *Historia de la vida privada* [1985-1987], 10 vols., Taurus, Madrid, 1990.

Hay información escasa sobre el tamaño y la composición del sector de provisión de cuidado formal e informal para personas mayores en Brasil. La mayoría de los estudios sobre cuidadores formales e informales son llevados a cabo sobre la base de muestras pequeñas que resultan estadísticamente insignificantes. Se emplean métodos cualitativos para evaluar la calidad de la provisión de cuidado y la carga que impone sobre los cuidadores informales.

Los legisladores, profesionales y académicos brasileños están tomando conciencia de la carga que soportan las mujeres que cuidan a sus seres queridos en el dominio de sus hogares³². ¿Cuál sería la mejor estrategia de política del gobierno brasileño para equilibrar el bienestar de los adultos mayores y el de las proveedoras de cuidado? El entrenamiento y la remuneración de las cuidadoras informales son opciones viables para implementar el cuidado domiciliario. Por otro lado, con inspiración en la experiencia europea de pago directo, las cuidadoras informales también podrían recibir dinero para contratar ayuda externa si fuera necesario. En ese caso, el Estado subsidaría a estas últimas para adquirir cuidado en el mercado, lo que abriría un amplio número de cuestiones que no pueden ser desarrolladas en este artículo. ☐

32. V. *Cadernos de Saúde Pública*, disponibles en <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/>>.