

Análisis de costos entre viviendas accesibles y no accesibles y su relación con los costos de las caídas de las Personas Mayores en la Argentina

Autores: Arqs. Viviana Saez, Gisela Bogado, Silvina Vera, Eduardo Schmunis, Dr. en Medicina Ricardo Blanco.

Colaboradores: Dr. en Economía Martín Morgenstern y Dr. en Medicina Fernando Ciraco.

El incesante incremento del número de Personas Mayores de 60 años y más (PM) en Argentina junto con el de los años de esperanza de vida, muestra que este proceso va acompañado en la mayoría de las veces de un avance de la discapacidad y la posibilidad de la aparición, por causa de la anterior, de la dependencia. Y dentro de este grupo, el que más crece en Argentina es el de 80 años y más.

El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida hacen que los problemas de salud relacionados con la edad sean cada vez más frecuentes. Uno de los problemas que afectan con frecuencia a las PM son las caídas. (Ver Anexo: ENCaVIAM 2012, Serie Estudios INDEC N°46). La Organización Mundial de la Salud estima que el 70% de las caídas de las PM se producen en sus hogares.

Las caídas (hechos previsibles en la vida de las PM), las posibles discapacidades y dependencias, traen aparejados elevados costos en los subsistemas de salud (público, privado y obras sociales), así como para las personas afectadas y sus familiares. Debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los casos de discapacidad temporaria o permanente y ante la dependencia, una persona, por lo menos, del grupo familiar es afectada a los cuidados de la persona que los necesita. Y las más de las veces, estos cuidados recaen más sobre las mujeres.

La importancia de las caídas deriva de las consecuencias que aparecen tras las mismas:

- Lesiones leves o graves. El 84% de las caídas produce fracturas de cadera.
- Internaciones con o sin intervención quirúrgica.
- Discapacidad temporaria o permanente.
- Inmovilidad parcial o total.
- Tratamiento de rehabilitación física y psíquica.
- Síndrome de postcaídas (temor de volver a caerse).
- Menor movilidad. Sedentarismo.
- Pérdida de la autonomía (capacidad de decidir por sí solos).
- Descenso o pérdida de la autoestima.
- Depresión y utilización de psicofármacos.

- Pérdida de roles familiares y sociales.
- Exclusión social.
- En algunos casos, se produce la institucionalización ante la imposibilidad de mantener a la persona en su hogar.
- Finalmente, todas estas consecuencias implican para las PM, sus familias y la sociedad toda, elevados costos personales, psicológicos y económicos.

En la Argentina se destina un cupo de viviendas de interés social que oscila entre el 5% y el 10% de las mismas a Personas con discapacidad (PcD) y a PM que requieren Accesibilidad (1*) todas ellas ubicadas en las plantas bajas de los conjuntos habitacionales o casas unifamiliares.

Difícilmente los destinatarios de las viviendas de interés social tengan recursos o posibilidades futuras para hacer las adecuaciones necesarias en ellas (tal cómo son proyectadas actualmente) ante la aparición de la discapacidad y la dependencia.

Se observa que muchas de las personas que viven en las distintas tipologías de los planes e vivienda de interés social no han podido y posiblemente no podrán cambiar sus lugares de residencia por distintos motivos socio-económicos que les acontecen en sus cursos de vida, dado un entorno de pobreza, falta de reposición y mejoras del parque habitacional, que no avanza con la velocidad necesaria ante el crecimiento demográfico. Por estas causas seguramente envejecerán en ellas y la discapacidad, la posible dependencia y la imposibilidad de darles Accesibilidad o por lo menos Practicabilidad (2*) a sus viviendas, los pondrán en graves situaciones con altos costos para ellos y los subsistemas de salud de nuestro país.

Es importante destacar que el estado del parque habitacional de Argentina es de una importante obsolescencia y que asimismo éste, junto con los factores intrínsecos del envejecimiento, las causas y consecuencias de la discapacidad en todos los grupos etarios, los factores extrínsecos -como los ambientales y las barreras físicas (3*)- implica un elevado costo en los subsistemas de salud .

Asimismo sabemos que aún hoy, discapacidad y pobreza van de la mano. Y el riesgo de ser pobre en la vejez es elevado, especialmente para las mujeres.

Personas de 65 años y más	65-69 años	70-79 años	80 años y más	Total
Necesitan ayuda para el cuidado personal	48.221	142.037	185.000	375.258
% que necesita ayuda para el cuidado	5,4	9,6	30,9	12,7

Cuadro: Fuente: Dr. Nélica Redondo, a partir de la base de datos brutos de la ECV-SIEMPRO, 2001.

Surge entonces analizar porque no se hacen todas las viviendas con Accesibilidad o Practicabilidad ya que con estas características se podrían evitar algunos importantes hechos graves en la vida de sus habitantes y facilitar la autonomía y la independencia de las personas afectadas y reducir la carga de cuidados por parte del grupo familiar. Asimismo se podrían seguramente bajar los costos directos e indirectos de los cuidados domiciliarios (sean estos formales o informales).

Dada la importancia de estos problemas, manifestamos que cuando nos referimos a viviendas nos referimos no solo a las de interés social -objeto de esta investigación- sino a todas las viviendas que se deben construir en Argentina, dado que las problemáticas de discapacidad y dependencia cruzan a todos los grupos etarios, con distinta incidencia en cada uno de ellos.

Objetivo de la investigación: El objetivo de la investigación es comparar, aunque sean situaciones distintas, los costos de viviendas accesibles y no accesibles con los costos producidos por caídas, discapacidad y dependencia.

Hemos constatado que prácticamente todas las viviendas de interés social realizadas en los últimos años en la Argentina no son accesibles y casi no son practicables, dadas sus características tipológicas y constructivas (salvo aquellas que permiten un crecimiento pero que esto no las hace necesariamente accesibles ni practicables, ni mucho menos sus locales sanitarios.)

Marco referencial de la investigación

1.- Marco legal internacional

- 2ª Asamblea Internacional sobre Envejecimiento, Madrid 2002**, que hablaba de un Hábitat favorecedor para las Personas Mayores
- Declaración de la Convención de los DDHH de las Personas con discapacidad, año 2008.**
- **Convención de los DDH de las Personas Mayores, año 2015**
- Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados por resolución de la **Asamblea General de la ONU, el 13 de diciembre de 2006**
- Convención Interamericana sobre Derechos de las Personas Mayores. Aprobada el 15 de junio de 2015, en la **45ª sesión de la Asamblea de la OEA. Argentina adhirió a la misma por la ley 27.360/17 y depositó su adhesión ante la OEA en noviembre del mismo año.**

2.- Marco legal Nacional:

- Ley Nacional de Accesibilidad al medio físico para las Personas con discapacidad Nº 24.314/94 y Decreto Reglamentario 914/97**
- **Ley 26.378 El HCN sanciona la aprobación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo.** Sancionada el 21 de mayo de 2008 y promulgada el 6 de junio de 2008.

-**Directrices de Accesibilidad al medio físico** para viviendas de interés social y para Accesibilidad al medio urbano/ Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, año 2004.

-**Disposición Nº34 de la Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda** / Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios , Expte.8622/2005 del 14.9.2005 que en su artículo 2º dice: “Dichas directrices serán de cumplimiento obligatorio para todas las obras que se financien a través de los Programas Federales en marcha y de los que se implementen en un futuro” . Y el artículo 3º :”Invitase al Consejo Federal de la Vivienda a promover su aprobación, para que resulten de cumplimiento obligatorio en las obras que se financien a través del Fondo Nacional de la Vivienda (FO.NA.VI)”.

-**Estándares mínimos de calidad para viviendas de interés social/visión 2006** del Ministerio citado anteriormente. El Anexo X, pág. 45 menciona específicamente que “Para el diseño de conjuntos urbanos y viviendas accesibles, el proyectista deberá aplicar las Directrices de Accesibilidad de la Subsecretaría de Diseño Urbano y Vivienda (SSDUV)”.

Por otra parte, en el **Informe Mundial sobre Envejecimiento y la Salud, de la Organización Mundial de la Salud 2015 (pág.39)** se expresa:

“Propiciar el envejecimiento en la comunidad.

El deterioro de la capacidad a menudo requiere que las personas mayores cambien el entorno en el que viven, ya sea haciendo adaptaciones a su vivienda o mudándose a un entorno más favorable. Al decidir donde vivir, las personas mayores con frecuencia consideran que su hogar o la comunidad en la que viven tienen la ventaja de permitirles mantener una sensación de conexión, seguridad y familiaridad, además de relacionarlos con su identidad y autonomía . En efecto, el derecho de todas las personas con algún tipo de limitación funcional a vivir y ser incluidas en la comunidad es un aspecto central de la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Asimismo, a veces se considera que los centros de atención institucional son deshumanizadores y presentan obstáculos estructurales y culturales que impiden la interacción social.

Por lo tanto, una respuesta política común al envejecimiento de la población ha sido fomentar lo que se conoce como el *envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido*, es decir, la posibilidad de que las personas mayores vivan en su propio hogar y comunidad de manera segura, independiente y cómoda, sin importar la edad, los ingresos o el nivel de capacidad intrínseca . Se trata de un enfoque que generalmente se considera mejor para la persona mayor y que también puede presentar ventajas financieras considerables en términos del gasto en asistencia sanitaria

Las nuevas tecnologías —en particular las que fomentan la comunicación y la integración, las que ofrecen oportunidades de aprender y las que permiten vigilar y garantizar la seguridad de una persona mayor— pueden hacer que este objetivo sea más fácil de alcanzar en el futuro.

El envejecimiento en la comunidad puede fomentarse aun más mediante la creación de entornos adaptados a las personas mayores que permitan la movilidad y la participación de las personas mayores en actividades básicas.

Sin embargo, al igual que ocurre con otras políticas sobre el envejecimiento, no conviene centrarse muy rígidamente en una única solución para todos los casos. Por ejemplo, el envejecimiento en la comunidad no puede ser el objetivo principal para las personas mayores que viven aisladas, no tienen la atención que necesitan, habitan viviendas inadecuadas o viven en

barrios inseguros o no favorables.

Además, no debe considerarse como una política que permite a los gobiernos simplemente reducir al mínimo los costos al no tener que proporcionar otras opciones más costosas. De hecho, se ha planteado que para hacer realidad el envejecimiento en el hogar y la comunidad hace falta una batería de cuidadores y atención médica adecuada.

Además, las personas mayores tienen en general una perspectiva matizada y realista sobre las decisiones que enfrentan en relación con la vivienda. Se han creado nuevas formas de vida asistida y atención residencial que representan alternativas a la idea estereotipada de tener que elegir entre vivir en el hogar o en una institución. Gracias a estas opciones, muchas personas mayores pueden desarrollarse de una manera que no hubiera sido posible en su comunidad de origen (4)".

Y más adelante el informe OMS 2015, expresa en pág. 145:

"Propiciar el envejecimiento en el lugar adecuado.

Como se describió en el capítulo 2, el envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido hace referencia a una preferencia común entre las personas mayores por quedarse en su comunidad local y mantener sus redes sociales durante el proceso de envejecimiento. Existen muchas formas de que las personas mayores puedan envejecer en su comunidad. Para algunos, significa quedarse en el lugar, o sea, seguir viviendo en la misma casa. Para otros, significa mudarse a una vivienda más segura y más adaptada a sus necesidades, sin renunciar a vínculos vitales con su comunidad, sus amigos y familiares. En todos los casos, se trata de que la persona mayor envejezca en un lugar que sea adecuado para ella. El envejecimiento en el lugar adecuado puede requerir de diversos servicios y de cuidadores. Juntos, estos pueden ampliar las opciones para que la persona mayor no tenga que elegir solo entre la atención institucional permanente o vivir en su casa sin ningún tipo de apoyo".

Y del mismo informe OMS 2015, en pág.175, se manifiesta:

"El derecho a una vivienda adecuada

El derecho a una vivienda adecuada implica más que cuatro paredes y un techo (artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Incluye el derecho a una vivienda segura y a una comunidad donde se pueda vivir en paz y con dignidad. El derecho a una vivienda adecuada abarca diversos conceptos relacionados con las personas mayores, como una vivienda que:

- garantice la protección legal de la tenencia ante desalojos forzosos, acoso y otras amenazas;
- sea lo suficientemente asequible como para que los costos no pongan en riesgo ni comprometan otras necesidades básicas de los ocupantes;
- garantice el acceso a agua potable segura, saneamiento adecuado, eliminación de residuos y de energía para cocinar, calefaccionar e iluminar el ambiente y preservar los alimentos;
- garantice la habitabilidad, o sea que garantice la seguridad física, proporcione un espacio adecuado, proteja contra amenazas a la salud y

contra daños estructurales, y no esté ubicada en zonas contaminadas o peligrosas;

- garantice la accesibilidad y la usabilidad, por ejemplo, al tener en cuenta el deterioro de la capacidades;
- facilite el acceso al transporte, las compras, las oportunidades de empleo, los servicios de asistencia sanitaria y otros servicios sociales;
- respete la expresión de la identidad cultural”.

Y concluyendo con la información de OMS 2015, agregamos del mismo informe (págs. 182 y 183):

“Formular políticas que amplíen las opciones de vivienda adecuada para las personas mayores.

Es más barato construir viviendas nuevas accesibles y con un consumo de energía más eficiente que modernizar las que ya existen. En muchos países, las leyes y normas sobre discapacidad y accesibilidad afirman la necesidad de proporcionar acceso a todas las personas. Aunque las tasas de renovación del patrimonio de viviendas sean bajas y no sea factible centrarse en la construcción de viviendas nuevas en el corto plazo, es importante garantizar que las viviendas con respaldo estatal cumplan con los principios del Diseño Universal, consuman energía de manera eficiente y sean capaces de aprovechar las innovaciones en materia de diseño de viviendas que pueden servir a las personas a medida que envejecen. También es posible utilizar códigos de construcción que requieran características accesibles para garantizar que los promotores inmobiliarios de viviendas regidas por los precios del mercado construyan casas y dispongan renovaciones más adaptadas a las personas mayores. Los arquitectos, constructores y urbanistas deben tomar conciencia de la importancia de garantizar la accesibilidad. Esto resulta particularmente importante en los proyectos de renovación urbana a gran escala y durante la reconstrucción tras un desastre”.

Desarrollo de la investigación

Analizamos algunos de los proyectos de viviendas de interés social, realizados por los gobiernos de las provincias de La Rioja y San Luis en los últimos cuatro años. Asimismo, de manera previa a la investigación realizada, sabíamos que las viviendas de interés social que se han desarrollado no son accesibles en su inmensa mayoría, salvo muy pocas y honrosas excepciones.

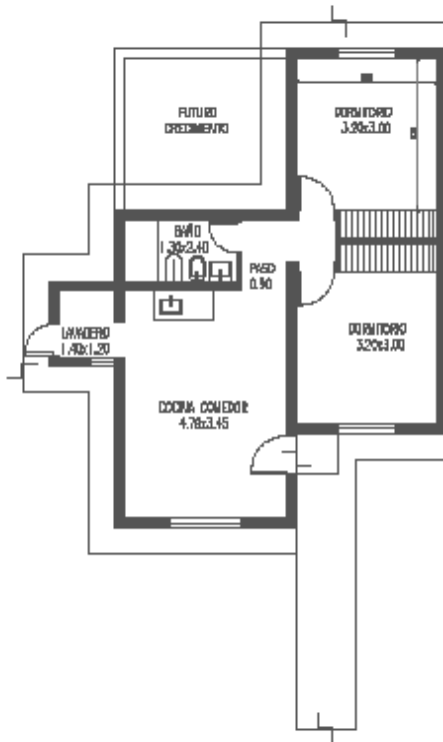
Se procedió a realizar el presupuesto de las viviendas encontradas en Internet de los planes de viviendas de interés social de las provincias de La Rioja y San Luis, respetando las especificaciones constructivas de ellas y con base de precios del mes de Junio de 2016, según datos de la Revista CLARIN Arq.

Se mantuvo como punto de partida la tipología original de las mismas, para hacerlas accesibles o practicables, con la premisa de realizar las menores intervenciones posibles. Terminado este proceso de rediseño se hicieron los cálculos de costos correspondientes a los nuevos diseños, para poder así comparar los resultados de costos entre las viviendas accesibles o practicables de esta propuesta y las que no lo son.

Propuesta de modificación incorporando accesibilidad en las viviendas de 2 dormitorios de La Rioja, Barrio 26 de Mayo, (año 2012)

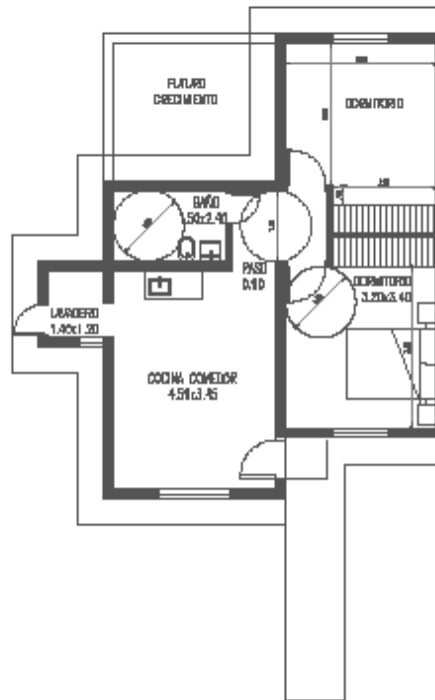
NO ACCESIBLE

M2 cubiertos 53.62 m2
 Costo total
 \$ 658.707,86
 Costo por m2 cubierto
 \$ 12.284,74



ACCESIBLE

M2 cubiertos 56.60 m2
 Costo total
 \$ 675.413,72
 Costo por m2 cubierto
 \$ 11.933,10



Se verifica que a un aumento de superficie del 5.56% corresponde un aumento del costo del 2,54%.

Base de datos para determinar costos a los efectos comparativos: Precios al 26 de Junio de 2016. Fuente Clarín Arquitectura Junio 2016.-

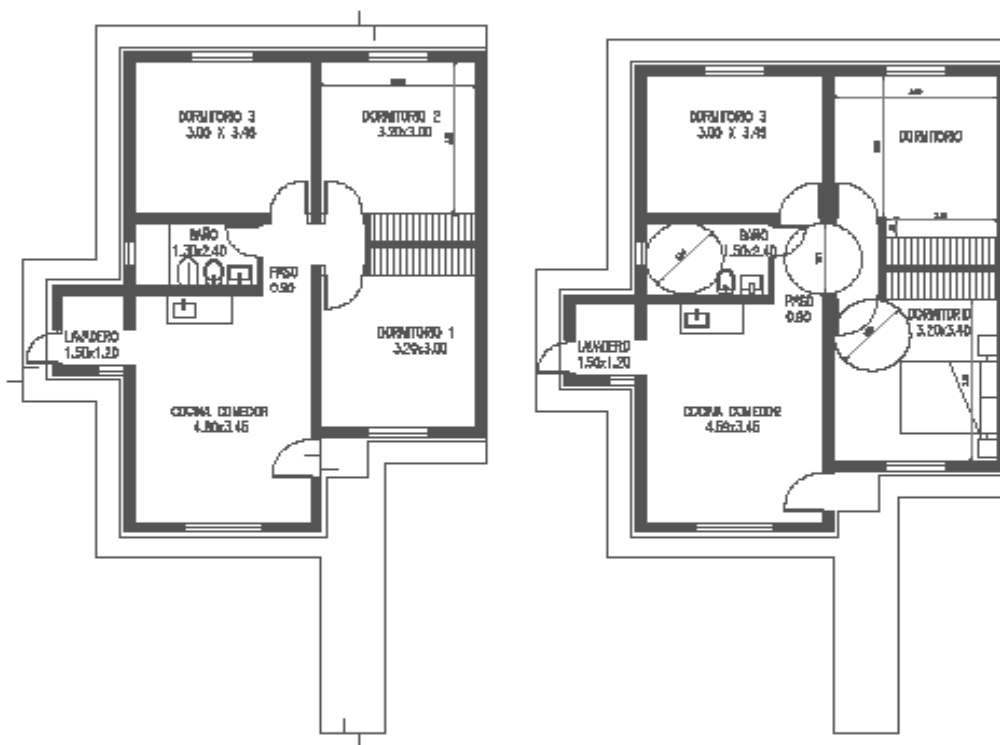
Propuesta de modificación incorporando accesibilidad en las viviendas de 3 dormitorios de La Rioja, Barrio 26 de Mayo, (año 2012)

NO ACCESIBLE

M2 cubiertos 67.19 m2
 Costo total
 \$ 825.220,45
 Costo por m2 cubierto
 \$ 12.281,89

ACCESIBLE

M2 cubiertos 71.04 m2
 Costo total
 \$ 846.756,14
 Costo por m2 cubierto
 \$ 11.919,43



Se verifica que a un aumento de superficie del 5,73% corresponde un aumento del costo del 2,61%.

Base de datos para determinar costos a los efectos comparativos: Precios al 26 de Junio de 2016.Fuente Clarín Arquitectura Junio 2016.-

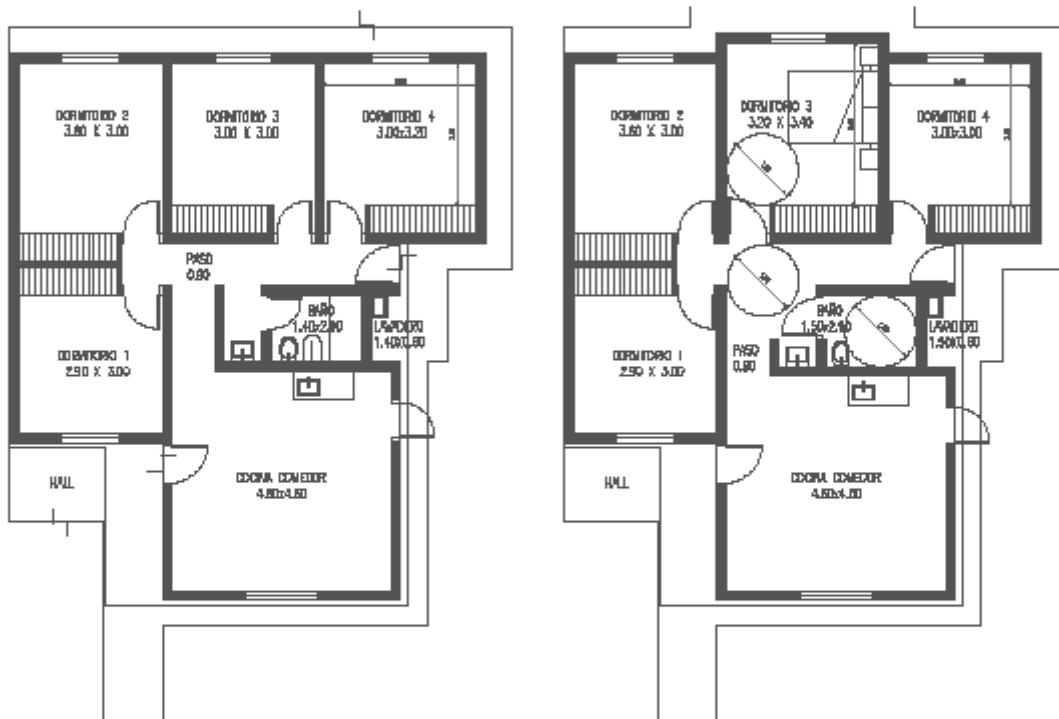
Propuesta de modificación incorporando accesibilidad en las viviendas de 4 dormitorios de La Rioja, Barrio 26 de Mayo, (año 2012)

NO ACCESIBLE

M2 cubiertos 91.77 m2
 Costo total
 \$ 1.067.069,07
 Costo por m2 cubierto
 \$ 11.627,65

ACCESIBLE

M2 cubiertos 93.27 m2
 Costo total
 \$ 1.077.953,11
 Costo por m2 cubierto
 \$ 11.557,34



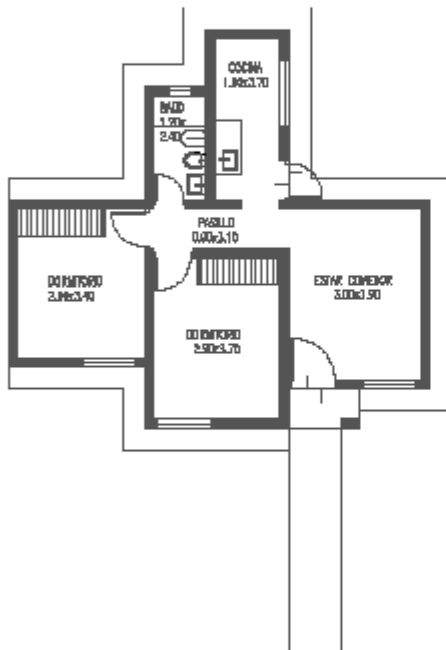
Se verifica que a un aumento de superficie del 1,63% corresponde un aumento del costo del 1,02%.

Base de datos para determinar costos a los efectos comparativos: Precios al 26 de Junio de 2016. Fuente Clarín Arquitectura Junio 2016.-

Propuesta de modificación incorporando accesibilidad en las viviendas de 2 dormitorios de San Luis (año 2012)

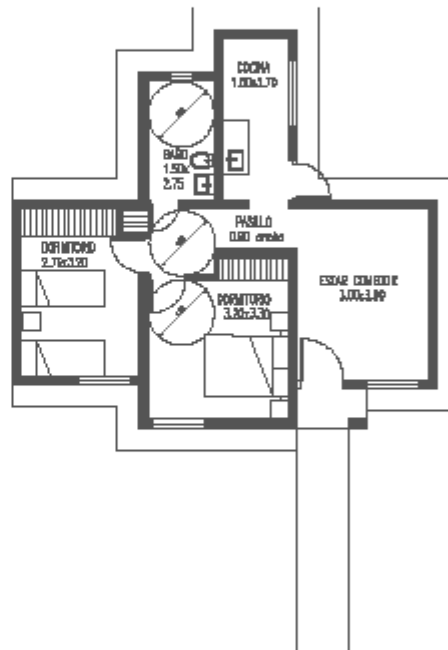
NO ACCESIBLE

M2 cubiertos 53.57 m2
Costo total
\$ 718.745,48
Costo por m2 cubierto
\$ 13.416,94



ACCESIBLE

M2 cubiertos 57.83 m2
Costo total
\$ 744.452,18
Costo por m2 cubierto
\$ 12.873,11



Se verifica que a un aumento de superficie del 7,95% corresponde un aumento del costo del 3,58%.

Base de datos para determinar costos a los efectos comparativos: Precios al 26 de Junio de 2016. Fuente Clarín Arquitectura Junio 2016.-

DIFERENCIAS DE COSTOS POR m2 AL MES DE JUNIO 2016

	Tipo	Superficie		Costo total	Costo por m2	DIF M2	dif \$	aumento superficie %	aumento costo %
San Luis	vivienda 2 dorm					4.26	m2 \$25,706.70	7.95%	3,58%
	Vivienda 2 dorm	53.57	m2	\$ 718,745.48	\$ 13,416.94				
	Vivienda 2 dorm ACCESIBLE	57.83	m2	\$ 744,452.18	\$ 12,873.11				
La Rioja	vivienda 2 dorm					2.98	m2 \$16,705.86	5.56%	2.54%
	Vivienda 2 dorm	53.62	m2	\$ 658,707.86	\$ 12,284.74				
	Vivienda 2 dorm. ACCESIBLE	56.6	m2	\$ 675,413.72	\$ 11,933.10				
La Rioja	vivienda 3 dorm					3.85	m2 \$21,535.69	5.73%	2.61%
	Vivienda 3 dorm	67.19	m2	\$ 825,220.45	\$ 12,281.89				
	Vivienda 3 dorm. ACCESIBLE	71.04	m2	\$ 846,756.14	\$ 11,919.43				
La Rioja	vivienda 4 dorm					1.5	m2 \$10,884.04	1.63%	1.02%
	Vivienda 4 dorm	91.77	m2	\$ 1,067,069.07	\$ 11,627.65				
	Vivienda 4 dorm. ACCESIBLE	93.27	m2	\$ 1,077,953.11	\$ 11,557.34				

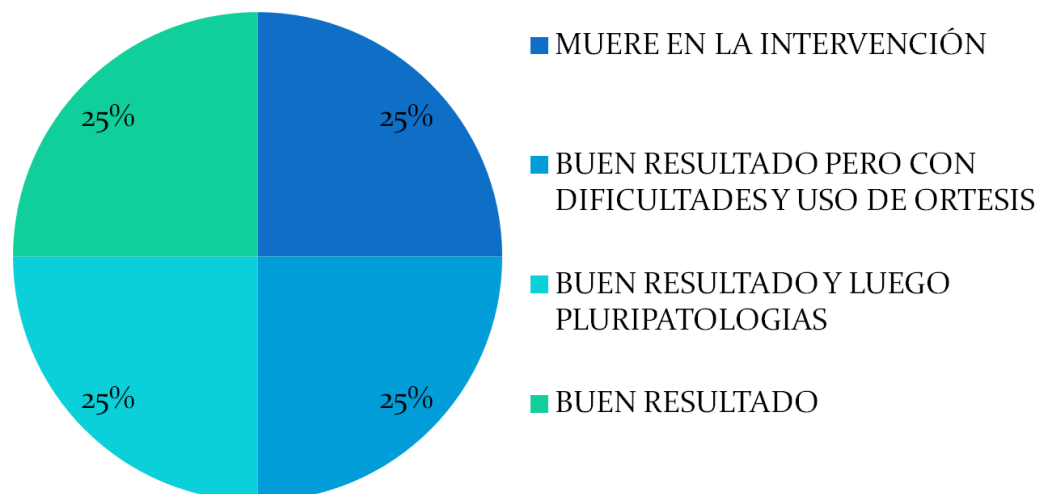
Estos valores de las viviendas surgen de los precios de materiales y mano de obra tomados de Clarín Arquitectura de Junio 2016.

No se consideraron los costos de las presentaciones municipales ni el IVA, ya que el objetivo del análisis era poder dimensionar la incidencia del aumento de superficie en el costo de construcción de una vivienda accesible.

VALORES APROXIMADOS POR FRACTURAS ATENDIDAS EN HOSPITALES Y OBRAS SOCIALES

	CADERA		TOBILLO	
Costos	\$ 84,100.00		\$ 71,100.00	
Operación de reemplazo		\$ 35,000.00		\$ 25,000.00
Prótesis (nacional)		\$ 30,000.00		\$ 30,000.00
Internación	X DIA	MINIMO 3 DIAS	X DIA	MINIMO 2 DIAS
Sala común	\$ 2,870.00	\$ 8,610.00	\$ 2,870.00	\$ 5,700.00
Terapia intensiva	\$ 3,930.00	\$ 11,700.00	\$ 3,930.00	\$ 7,860.00
Tratamiento				
Sala común		\$ 73,610.00		\$ 60,700.00
Terapia intensiva		\$ 76,700.00		\$ 62,860.00
Promedio		\$ 75,000.00		\$ 62,000.00
Rehabilitación				
40 sesiones	\$ 200.00	\$ 8,000.00	\$ 200.00	\$ 8,000.00
Medicación				
Antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios		\$ 1,100.00		\$ 1,100.00

PORCENTAJES APROXIMADOS DE RESULTADOS DE FRACTURAS ATENDIDAS EN HOSPITALES Y OBRAS SOCIALES



Según la resolución 2001-E/2016 del Ministerio de Salud de la Nación del 11/11/2016, los valores a partir del 1° de Julio de 2016, para las Prestaciones Básicas para las Personas con discapacidad, variaban entre los siguientes montos:

<u>Módulo</u>		<u>Valores a partir del 01/07/2016</u>		
		Cat. A	Cat. B	Cat. C
CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE	Mensual	\$ 16.745,08	\$ 14.064,49	\$ 10.709,25
CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE	Mensual	\$ 11.143,19	\$ 9.376,33	\$ 7.144,41
HOGAR - PERMANENTE	Mensual	\$ 19.910,36	\$ 16.718,88	\$ 13.296,50
HOGAR LUNES A VIERNES	Mensual	\$ 15.878,84	\$ 13.345,63	\$ 10.630,65
HOGAR CON CD LUNES A VIERNES	Mensual	\$ 22.897,16	\$ 19.235,71	\$ 15.336,83
HOGAR CON CET LUNES A VIERNES	Mensual	\$ 25.242,06	\$ 21.194,16	\$ 16.158,85
HOGAR CON CD PERMANENTE	Mensual	\$ 28.122,43	\$ 23.630,76	\$ 17.986,30
HOGAR CON CET PERMANENTE	Mensual	\$ 31.115,78	\$ 26.147,60	\$ 20.206,75
PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES	Mensual	\$ 14.922,54	\$ 12.546,53	\$ 11.546,01
PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE	Mensual	\$ 18.408,78	\$ 14.744,05	\$ 14.441,11

RESIDENCIA LUNES A VIERNES	Mensual	\$ 15.030,61	\$ 12.492,49	\$ 11.546,01
RESIDENCIA PERMANENTE	Mensual	\$ 18.598,73	\$ 15.620,11	\$ 14.441,11
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO	Semanal	\$ 2.777,20		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE	Semanal	\$ 1.729,20		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA SIMPLE	Mensual	\$ 11.842,40		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA DOBLE	Mensual	\$ 16.581,33		
REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN	Mensual	\$ 62.880,00		

Reconociéndose un adicional del VEINTE POR CIENTO (20%) sobre el arancel básico, por zona desfavorable, a las prestaciones brindadas en las provincias de la zona patagónica.

El IOMA, Obra Social de la Provincia de Buenos Aires, abona a los cuidadores domiciliarios de 4a. categoría (5) según Resolución del 30.6.2016 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares, acordada con la UCACP (Unión Civil de Personal de Casas Particulares), a partir del 1° de Junio de 2016 los siguientes montos:
 Personal con retiro, por 8h de trabajo.....\$ 7.030,50 Valor anualizado: \$ 91.396,50.-
 Personal sin retiro, por 8 hs de trabajo....\$ 7.835,50 Valor anualizado: \$ 101.861,50.-
 En las Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego se suman un adicional del 15% a los montos indicados.

Comentarios de antecedentes: sobre el tema de los costos de las viviendas relacionados con sus superficies, existen en nuestro país dos importantes e interesante trabajos sobre este tema: uno es el de la arqta. Cónsoli de Recabarren, "Relación de costo y superficie. Estudio económico de la vivienda unifamiliar de interés social" publicado en la Revista de Arquitectura SUMMA, Julio 1978 y el otro es del ingeniero José Luis Mascaró, publicado por la Universidad Nacional de La Plata (1983).

Asimismo hay estudios finlandeses, franceses e ingleses referidos a edificios de altura que indican que el costo sólo aumenta entre un 5% a un 6% cuando la superficie total crece un 10%. Las medidas de los locales son un factor importantísimo de satisfacción o insatisfacción de los habitantes de las viviendas, independientemente de si hay o no hacinamiento.

Tenemos en la provincia de Corrientes un reciente antecedente de un proyecto de vivienda accesible desarrollado por su Instituto de Vivienda (INVICO) en 2017.

Conclusiones particulares: Concluimos que en el caso de las viviendas analizadas de la provincia de La Rioja, tomando la de tres dormitorios, que con el costo de 100 viviendas no accesibles (\$ 82.522.045.-) es posible hacer 97 accesibles o practicables (\$ 82.522.045.-).

Dadas las ventajas de las viviendas accesibles o practicables consideramos que hacer un 3% menos en un plan de viviendas no es un valor significativo para dejar de hacerlas. La diferencia de costo unitario entre una vivienda accesible o practicable y una que no lo es, resulta de \$ 21.535,69.-

Dividido este importe por 300 meses (25 años por 12 meses) nos da una incidencia de \$71,78/mensuales a moneda constante. Los porcentajes diferenciales de costo entre un tipo de viviendas y las otras no son significativos dada la escala de los proyectos habitacionales que se encaran.

Está claro que cualquier costo producido por caídas, discapacidad, dependencia, cuidados domiciliarios, etc., es inmensamente superior a los costos de construcción indicados.

Conclusiones generales:

- Este estudio demuestra que es posible alcanzar bienestar con Accesibilidad con muy poca diferencia de costo.
- Está demostrado así que los aumentos de las superficies y de los costos no son directamente proporcionales.
- El espacio interior de las viviendas, determinado por las medidas de las superficies, contando con requisitos básicos de accesibilidad o practicabilidad, como espacios con anchos suficientes para circular con sillas de ruedas y superficies de solados antideslizantes y opacos, iluminación uniforme y ausencia de desniveles, son fundamentales para garantizar seguridad física y psicológica.
- Para lograr la accesibilidad y adecuar los espacios a nuevas necesidades, por ejemplo, en los casos de los baños de los proyectos accesibles o practicables que presentamos, donde aún equipados con bañera y bidet, la dimensión del baño, permite que al retirar estos dos artefactos, sea posible ingresar y girar en el baño con una silla de ruedas, haciendo uso seguro de la ducha y el inodoro.

NOTAS:

(1)Accesibilidad : es aquella condición de un espacio (construido o no) o de un medio de transporte, que permite a cualquier persona, independientemente de su edad, género y condición física o mental, realizar todas sus actividades y necesidades con total seguridad en el mismo, desarrollando su autonomía e independencia.

(2) Practicabilidad: es un grado menor de la Accesibilidad. En el caso de las viviendas admite que no todos los locales sean accesibles pero sí que puedan ser modificados o adaptados para conferir el mayor grado de accesibilidad posible.

(3) Barreras físicas: son aquellas que impiden o dificultan la Accesibilidad. Estas son:
1°. las barreras arquitectónicas; 2°. las urbanísticas; 3°. las del transporte y 4°. las de la comunicación (sea esta verbal o no verbal).

(4) "Aging in Place". John E. Morley, Division of Geriatric Medicine, Saint Louis University School of Medicine, Saint Louis, Missouri. Journal of the American Medical Directors Association, Vol.16, Issue 6, June 11, 2012.

(5) 4a. categoría: Asistencia y cuidado de personas: comprende la asistencia y cuidado no terapéutico de personas, tales como personas enfermas, con discapacidad, niños/as, adolescentes y adultos mayores.

ANEXO I

Encuesta Nacional de calidad de vida de los adultos mayores ENCaVIAM 2012, Serie Estudios INDEC N°46

5.1.4. Caídas

Las caídas son un problema frecuente en las edades extremas de la vida. Acompañadas muchas veces de fracturas, las consecuencias en el caso del adulto mayor pueden llegar a ser importantes, provocando distintos grados de deterioro funcional(23). La magnitud del riesgo en esta población se debe, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de las personas de edad avanzada(24).

El 32% de los adultos mayores entrevistados se cayó en los últimos dos años y de ese total más de la mitad (56%) se cayó más de una vez.

El mayor porcentaje de caídas ocurre en el grupo de edad más avanzada. Un 40% de las personas de 75 años y más ha sufrido al menos una caída en los últimos dos años.

Si bien las mujeres presentan una mayor propensión a las caídas que los varones (del total de mujeres, cuatro de cada diez sufrió una caída en los últimos dos años, mientras que en los varones la proporción fue de dos de cada diez), la brecha se reduce a medida que aumenta la edad.

Cuadro 16. Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según ocurrencia de caídas en los últimos dos años. Total del país. Año 2012

Grupo de edad y sexo	Ocurrencia de caídas en los últimos dos años		
	SI	%	NO
Total 60 años y más	31,9		68,1

Varones	21,6	78,4
Mujeres	39,6	60,4
Total 60 a 74 años	28,4	71,6
Varones	19,1	80,9
Mujeres	36,1	63,9
Total 75 años y más	40,3	59,7
Varones	29,0	71,0
Mujeres	47,1	52,9

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad e vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaVIAM 2012)

De aquellos que han tenido caídas en los dos últimos años, la mitad (49,2%) tuvo como consecuencia la fractura de algún hueso. La incidencia de las fracturas aumenta con la edad: un 46% de las personas de 60 a 74 años y un 57% entre los de 75 años y más. En el grupo de edad más joven, no se observan diferencias relevantes por sexo en la ocurrencia de fracturas, situación que cambia significativamente en los menos jóvenes: las fracturas se producen en un 29% de los varones de 75 años y más, mientras que este porcentaje llega al 63% de las mujeres del mismo tramo etario.

5.1.7. Dependencia

Cuando se habla de salud y bienestar en los adultos mayores, uno de los paradigmas más importantes es el de la edad sociofuncional. En él se distinguen dos etapas diferenciadas: la primera de ellas, delimitada principalmente por la salida del mercado de trabajo; la segunda, definida por el deterioro de las condiciones de salud, el aumento de la dependencia y la reducción de la autonomía funcional(28).

Para operacionalizar el nivel de dependencia se evalúa la capacidad de los individuos para desarrollar actividades de la vida diaria. La valoración funcional se divide en básica e instrumental. La primera de ellas refiere a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa, realizar actividades de la vida cotidiana como alimentarse, bañarse o vestirse. Por el otro, la funcionalidad instrumental refiere a la realización de actividades de mayor complejidad como el uso del dinero, efectuar compras, cocinar o administrar sus medicamentos, necesarias para llevar adelante una vida independiente(29). Alrededor del 10% de los adultos mayores presenta dependencia básica. A medida que aumenta la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades -prácticamente se cuadruplica- con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más.

La dependencia para las actividades básicas de la vida está feminizada. Las mujeres con dependencia básica duplican a los varones en todos los grupos de edad.

La tarea de ayudar a las personas con alguna dependencia básica recae principalmente en el entorno familiar (77,4%). En menor medida, son llevadas a cabo por un empleado doméstico o cuidador no especializado (12,2%), un amigo o vecino (5,5%) o un cuidador especializado (3,5%). No obstante, se presenta una diferencia según la edad. En los adultos mayores más jóvenes (60 a 74 años) con dependencias básicas, tiene mayor preponderancia la ayuda del entorno familiar (85,6%) y los amigos y vecinos (7%). En los menos jóvenes (75 años y más) crece el peso de los empleados domésticos (16%) y los cuidadores especializados (4,7%).

Respecto de la dependencia instrumental, un 22% de los adultos mayores entrevistados presenta al menos una de estas limitaciones. De ellos, un 13% necesita ayuda para hacer las compras, un 12% para hacer las tareas del hogar y un 11% para viajar en transporte público, taxi, remise o auto particular. Son las mujeres quienes tienen una mayor presencia relativa en este tipo de dependencia.

La dependencia instrumental también crece con la edad. Mientras alcanza el 14% de los encuestados de entre 60 y 74 años, se triplica entre aquellos de 75 años y más, alcanzando al 41% de los adultos mayores del rango.

Si bien este incremento se produce tanto en varones como en mujeres, las diferencias entre ambos sexos se amplían con la edad. Entre los adultos mayores de 60 a 74 años, la brecha entre varones y mujeres es menor, mientras que en las edades más avanzadas las mujeres están claramente sobre-representadas en este indicador, probablemente por su mayor sobrevivencia -alrededor del 50% de las mujeres contra un 28% de los varones-.

Con respecto a los efectores de la ayuda que reciben los adultos mayores en sus limitaciones con las actividades instrumentales, son principalmente los familiares quienes se hacen cargo de estas tareas en todos los grupos de edad -casi un 80%-, seguido de los cuidadores no especializados o servicio doméstico, con un 16,3%.

Un 91% de los adultos mayores sale habitualmente de su casa, con una leve sobre-representación masculina. A medida que aumenta la edad, las salidas disminuyen: un 16% de las personas de 75 años y más permanece en su hogar. Son principalmente las mujeres las que tienden a recluirse en su entorno doméstico.

ANEXO II

Esperanza de vida saludable en Argentina 201.0 / Ministerio de Salud de la Nación

1.3. Esperanza de vida saludable La esperanza de vida al nacer es un indicador resumen que proporciona información sobre la mortalidad de una población con independencia de su estructura de edades. Por este motivo, este indicador ha sido hasta el momento la medida más utilizada para analizar comparativamente la salud global de las poblaciones. Sin embargo, a medida que se desplazó la mortalidad hacia las edades avanzadas y comenzó el predominio de la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, la esperanza de vida al nacer resultó insuficiente para estimar el estado de salud global de las poblaciones, las cuales podían padecer durante períodos prolongados las secuelas de enfermedades discapacitantes adquiridas en etapas más tempranas del curso de vida.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven la elaboración y utilización de la esperanza de vida saludable (EVS) para el seguimiento de su estrategia de salud con carácter universal. De manera sintética, la EVS (también denominada esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) o esperanza de vida libre de limitaciones permanentes (EVLLP)) puede definirse como los años promedio de vida con “buena salud” que esperaríamos vivir un individuo en una población, momento y edad determinada, si se mantuvieran constantes las tasas de mortalidad y prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones permanentes o discapacidades

(o de salud autopercebida) por edad observadas en esa población. En este contexto se entiende por “buena salud” la ausencia o presencia no significativa de una o más patologías/limitaciones.

Estos indicadores dividen la esperanza de vida total en años promedio a vivir en diferentes estados de salud, permitiendo añadir la dimensión calidad a la cantidad de años esperados de vida (Goerlich y Pinilla, 2009). Por lo tanto, si la esperanza de vida saludable de una población crece más rápidamente que la esperanza de vida total, esa población no sólo aumenta su longevidad sino que además mejora su estado de salud.

A partir de la década de 1990, los países con poblaciones envejecidas comenzaron el relevamiento de datos de salud mediante la aplicación de baterías de preguntas específicas en censos y encuestas de los sistemas nacionales y supranacionales de estadística, iniciándose a mediados de esa década la producción seriada del indicador que se elabora mediante la aplicación del método desarrollado por Sullivan (1971) (Mathers et al., 1999).

Sin perjuicio de las limitaciones que ofrece el indicador propuesto por Sullivan, debido a su dificultad para captar la complejidad de las interacciones entre el ciclo de vida individual, el efecto cohorte y los cambios en incidencia y recuperación de las morbilidades en una población dada (Crimmis et al., 2009), la elaboración de indicadores complejos requiere la disponibilidad de datos sobre morbilidad provenientes de estudios longitudinales que, por su costo, no se realizan en la mayor parte de los países. Autores como Mathers y Robine (1997) estudiaron el posible sesgo en la estimación de la EVS al utilizar el método Sullivan o de decremento múltiple, concluyendo que la diferencia observada en contextos relativamente estables, resulta muy pequeña. Por los motivos planteados, el método Sullivan se ha generalizado para la estimación de la EVS.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En esta investigación se aplicó el método Sullivan a dos fuentes de datos del sistema estadístico nacional de Argentina: a) el Censo 2010 y b) la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR 2009). En el caso del Censo 2010, fue posible realizar el análisis comparado de todas las provincias argentinas, sin embargo el estudio de la ENFR 2009 se circunscribió al total de aglomerados urbanos que releva la encuesta, es decir, los indicadores calculados corresponden al total de población urbana del país. Si bien la ENFR 2009 permite la desagregación regional, excedió el marco de esta investigación realizar el estudio comparado de la morbilidad crónica en las distintas regiones del país. A través de cada uno de los estudios se obtuvieron resultados que merecen ser detallados por separado.

6.1. La transición epidemiológica polarizada en la Argentina según el Censo 2010

La mayor potencialidad que ofrece la aplicación del método Sullivan a los datos censales es el análisis comparado entre las jurisdicciones del país. Como se señaló en los puntos precedentes, cuando se utilizan datos de morbilidad subjetivos la debilidad más importante del método se neutraliza al considerar información proveniente de una única fuente. En este estudio, se combinaron los datos del Censo 2010 referidos a limitaciones permanentes ocasionadas por dolencias físicas o cognitivas con las tablas de mortalidad de la población argentina correspondientes al período 2008-2010 (año 2009). Los datos censales ofrecen la posibilidad de desagregar la información nacional en las veinticuatro jurisdicciones del país. Debido a que el

Censo 2010 es el primero en relevar las limitaciones permanentes de la población, solamente es posible efectuar un análisis transversal, que servirá además de base, para conocer la esperanza de vida saludable (EVS) o libre de limitaciones permanentes, así como los años esperados de vida con limitaciones permanentes del país y de cada una de sus provincias.

Las tablas de mortalidad ponen en evidencia que durante el período intercensal 2001-2010, la esperanza de vida al nacer aumentó en todas las provincias argentinas. Las variaciones relativas más importantes se observaron, principalmente, en las jurisdicciones que presentan las más bajas esperanzas de vida al nacer.

Por su parte, el estudio hasta aquí efectuado muestra que los años de vida que en promedio se agregaron a la población argentina no dieron por resultado situaciones de salud homólogas en todo el territorio nacional, sino que en el año 2010 todavía se hacían evidentes tres perfiles claramente diferenciados. Un perfil se caracterizaba por presentar la mayor EVS simultáneamente con la menor cantidad años esperados de vida con limitaciones permanentes en todos los grados de severidad y en todos los tipos este perfil corresponde, en general, a las provincias que conforman la región centro-litoral, pero se destaca el caso particular de CABA.

En el extremo opuesto, las provincias del norte (noreste y noroeste) conforman, también en general, otro perfil que se caracteriza por tener menor EVS y mayor cantidad de años esperados de vida con al menos una limitación y con limitaciones permanentes severas.

El análisis comparado permite observar, a su vez, que en la región norte se dibujan dos sub-perfiles. En las provincias del noreste se registran las menores EVS, mientras que en las del noroeste la mayor cantidad de años esperados de vida con limitaciones permanentes de distinto grado de severidad. Merece destacarse que la provincia de Tucumán presenta valores más próximos a los del patrón nacional. El indicador podría expresar que en las provincias del noroeste argentino está descendiendo la mortalidad en las edades avanzadas pero el aumento de la longevidad resultante se da con la prevalencia de limitaciones permanentes.

Finalmente, las provincias de Cuyo y de la región patagónica conforman un perfil con valores similares a los del patrón nacional que, en algunas provincias como Mendoza y Tierra del Fuego, tiende a acercarse al de las provincias de la región centro-litoral. Por otra parte, el análisis de la información aplicando el enfoque del impacto diferencial de la discapacidad sobre la esperanza de vida total muestra que las mujeres esperan vivir más años libres de discapacidad que los hombres, pero con mayor carga de discapacidad. Asimismo, CABA es la jurisdicción del país con mayor esperanza de vida libre de discapacidad y con menor carga de discapacidad, mientras que la jurisdicción que exhibe el mayor impacto de la discapacidad en la esperanza de vida total de la población es Jujuy.

El Censo 2010 es el primero que indagó acerca de limitaciones permanentes a la población. En consecuencia, el diagnóstico efectuado por esta investigación puede ser considerado basal para futuras mediciones que sigan una línea histórica. Se entiende que los resultados obtenidos permiten delinear perfiles de salud de las poblaciones diferenciales en las jurisdicciones y grandes regiones del país, y planificar flujos financieros en el tiempo que sean destinados a la atención de cada stock poblacional, según su composición de cohortes.

6.2. Los años esperados de vida con o sin morbilidades crónicas en las áreas urbanas argentinas

El análisis efectuado ofrece parámetros de interés para orientar las políticas y los programas de

salud que se desarrollan en el país. En primer lugar, el estudio de la población que respondió nunca haber medido el colesterol en sangre muestra que es muy alta la proporción de adultos jóvenes, predominantemente de sexo masculino. Recién a partir de los cincuenta años de edad la respuesta baja a menos del 30%. El dato indica que no están operando adecuadamente las políticas de prevención de enfermedades crónicas, por lo menos, de hipercolesterolemia. En los aglomerados urbanos es esperable que la población adulta (20 años y más) viva más de quince años con hipercolesterolemia y más de diecinueve con hipertensión arterial, en tanto se esperan tan sólo alrededor de seis años de vida con diabetes. Como se mencionó, los hábitos saludables de vida, fundamentalmente la nutrición adecuada, la actividad física sistemática y el abandono del consumo de alcohol y tabaco evitan la aparición de la enfermedad o mejoran su curso. Sin embargo, el tratamiento farmacológico y los controles médicos periódicos están indicados ante la evolución de las morbilidades hacia niveles moderados o severos. Por este motivo, se estima que la información presentada, desagregada para niveles subnacionales es de interés y de valor para la programación de las acciones del sistema de salud.

ANEXO III

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad / ENDI / 2005 (Cuadro 1, pág.38) la población total con discapacidad (tomada sobre el conjunto de centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más) era de 2.176.123 personas, lo que representaba un 7,1% de prevalencia y dentro de esos valores el 28,3% correspondía a PM de 65 años y más, siendo un 28,8% mujeres y un 27,5% hombres.

Del Anuario Estadístico Argentino sobre Discapacidad 2016, del Servicio Nacional de Discapacidad (SNR) surge que el total acumulado de Personas con Discapacidad (PcD) con Certificado Único de Discapacidad (CUD) entre 2009 y 2016 era de 957.610 y que los certificados emitidos durante 2016 fueron 225.865. En 2016 las personas con una discapacidad eran 187.802 y aquellas con más de una discapacidad eran 38.063.

Sobre el 100% de los CUD emitidos durante 2016 las discapacidades eran:

- 32,6% mentales,
- 28,1% motoras,
- 16,9% múltiples,
- 9,1% viscerales,
- 8,5% auditivas y
- 4,8% visuales.

Las proporciones comparadas por tipo de discapacidad entre 2010 y 2016 se han mantenido prácticamente invariables La discapacidad múltiple fue la única que presentó un incremento mayor, subiendo un 3% respecto de 2010.

Las PM de 65 años y más eran el 21,04% (47.525) del total de 225.865 PcD con CUD, siendo un 18.05% varones y un 24,17% mujeres.

Los datos del SNR indican que sólo el 19,71% de las PM de 65 años y más tiene CUD.

Distribución de las PcD con CUD con una discapacidad por sexo (Tabla 2.6 SNR 2016)

Tipo de discapacidad	Femenino		Masculino		Total	
	Cant. personas	%	Cant. personas	%	Cant. personas	%
Motora	33.716	53,13	29.749	46,87	63.465	100
Mental	23.321	40,03	34.937	59,97	58.258	100
Visceral	8.418	41,09	12.068	58,90	20.496	100
Auditiva	9.771	50,90	9.425	49,10	19.916	100
Intelectual	6.047	39,12	9.410	60,88	15.457	100
Visual	5.468	49,98	5.472	51,02	10.940	100
Total	86.741	46,19	101.061	53,81	187.802	100

El mayor peso en discapacidad motora y auditiva corresponde a las mujeres, mientras que a los hombres les corresponde mayor peso en las otras discapacidades.

Tomando a las PM de 65 años y más con CUD al 2016 (44.526 personas) observamos lo siguiente:

40,09% con discapacidad motora,

14,70% con discapacidad auditiva,

10,27% con discapacidad visceral,

6,38% con discapacidad visual,

8,01% con discapacidad mental,

0,17% con discapacidad intelectual,

Subtotal 79,72% (y el 20,28% conforman el resto).

Características habitacionales

El 95,90% de quienes tienen CUD viven en viviendas particulares y el 90,955 de ellas tienen infraestructura básica (electricidad, gas de red o garrafa, inodoro con descarga de agua).

Las viviendas particulares y colectivas adaptadas son el 65,33% sobre 216.596 personas con CUD.

El 34,67% no tiene adaptaciones.

En cuanto al hacinamiento se observó lo siguiente:

Sin hacinamiento 73,58%

Hacinamiento moderado 17,90%

Hacinamiento crítico 8,52%

Discapacidades predominantes por región geográfica (SNR 2016)

Tipo de discapacidad	La mayor por región	Total país
Motora	Cuyo :36%	28%
Mental	Pampeana :29%	26%
Múltiple	CABA/GBA, Patagónica y NE:18%	17%
Visceral	CABA, GBA y Patagónica :10%	9%
Auditiva	Patagónica :13%	8%
Intelectual	Noroeste :11%	7%

Visual	Noroeste : 6%	5%
Total		100%

Contactos:

vivianasaez@hotmail.com

gbarquitectura1@gmail.com

arqsilvera@gmail.com

eschmunis@yahoo.com.ar

ricardo.al.blanco@gmail.com