

¿QUIÉN CUIDA A LAS PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA EN ARGENTINA?

DESIGUALDADES Y DESAFÍOS PARA LA CREACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE CUIDADOS

Eleonor Faur

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN (UNSAM)

Es socióloga de la Universidad de Buenos Aires y Doctora en Ciencias sociales por FLACSO-Argentina. Es profesora titular e investigadora de la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín. Investiga sobre políticas de cuidado y relaciones de género y sobre educación sexual integral. Es autora de numerosos artículos y libros en la temática de cuidados en Argentina.

E-Mail: eleonorf@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1017-9617

Francisca Pereyra

UNIVERSIDAD NACIONAL DE GENERAL SARMIENTO (UNGS)

Es socióloga, se graduó en la Universidad de Buenos Aires y completó sus estudios de Maestría y Doctorado en la Universidad de Essex del Reino Unido. Trabaja en la intersección de temas relativos a mercado de trabajo y género, prestando especial atención a los impactos de la organización social del cuidado en este ámbito. Actualmente se desempeña como investigadora y docente de la Universidad Nacional General Sarmiento.

E-Mail: fpereyra@campus.uns.edu.ar

ORCID: 0000-0002-5362-2482

Recibido: 15 de julio 2023

Aceptado: 15 de noviembre 2023

RESUMEN

El artículo explora los recursos sociales disponibles que permiten ensamblar los arreglos de cuidado necesarios para las personas mayores en Argentina según diversos niveles de dependencia que se puedan presentar en esta etapa vital. En este sentido, se analiza el

papel del Estado y del mercado en la provisión de servicios de cuidado, así como las prestaciones y potencialidades que exhibe el sector comunitario. Las restricciones de cobertura y acceso que plantean estas formas de provisión llevan a resaltar la preponderancia del cuidado familiar de esta población, así como las inequidades de género y clase que conlleva la situación. El texto concluye con algunas reflexiones finales que acercan interrogantes y desafíos para la definición de un sistema integral de cuidados que contemple adecuadamente las necesidades de las personas mayores en el país.

Palabras clave: Personas mayores- Organización social del cuidado - Género - Argentina

ABSTRACT

The article examines the social resources available, according to the different levels of dependency that can arise at this stage of life, to put together the necessary care arrangements for the elderly in Argentina. In this sense, it analyses the role of the state and the market in the provision of care services, as well as the advantages and potential of the community sector. The preponderance of family care for this population is highlighted, as well as the gender and class inequalities that this situation entails, due to the limitations in coverage and access that these forms of provision entail. The text concludes with some final reflections that raise questions and challenges for the definition of a comprehensive care system that adequately addresses the needs of older people in the country.

Keywords: old people – social organization of care – gender – Argentina

Envejecer es un proceso que transcurre de manera lenta y paulatina en la mayoría de los casos. Las huellas del tiempo en los cuerpos y en las mentes de las personas no son iguales para todas. Hay factores ambientales que inciden en la posibilidad de un envejecimiento más o menos activo y saludable. Los modos de envejecer dependen también del lugar de las personas en su comunidad y, en buena medida, del género y otras dimensiones de jerarquización social, como las desigualdades socioeconómicas y territoriales. Hay también condiciones personales, ligadas a la situación de salud integral de cada persona, sus redes de interacción y de sociabilidad. En el nivel macro, el envejecimiento de la población es uno de los aspectos más significativos de la llamada transición demográfica. Otro es su marcada feminización. Esta realidad introduce un interrogante central, referido a los cuidados de la población mayor, cuidados que -muchas

veces- se extienden en el tiempo. ¿Quién/es cuida/n a las personas mayores que así lo requieren? ¿A dónde se desarrollan estos cuidados? ¿Quién/es paga/n por ellos?

Si se tiene en cuenta que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹ establece el derecho “a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (Art. 12), así como la necesidad de políticas que permitan un envejecimiento activo, una cuestión relevante es interrogar ¿de qué manera las políticas públicas regulan y proveen prestaciones y servicios específicos la protección de estos derechos a lo largo del curso vital? ¿Bajo qué condiciones las personas mayores que necesitan cuidados acceden a las prestaciones y servicios estatales? ¿Cuál es el papel y las dinámicas de cuidado que despliegan las familias, los mercados y las comunidades?

Este artículo tiene como objetivo explorar la organización social y política del cuidado de las personas mayores en la Argentina, identificando los dispositivos de cuidado que se brindan a la población de personas mayores por parte de políticas y programas estatales, provisiones mercantiles, comunitarias y familiares, y sus respectivas articulaciones. Se trata de ofrecer insumos para el diseño e implementación de un sistema integral de cuidados, a partir de evidencias de investigación.

En el primer apartado, se caracteriza la situación del envejecimiento en Argentina y se presentan los principales conceptos que permiten organizar el análisis. Luego de ello, se describe y analiza el papel del Estado en el reconocimiento de derechos de las personas mayores y en las políticas y prestaciones que lleva adelante para esta población. El tercer apartado explora las dinámicas de cuidado en los hogares y familias. El siguiente, analiza las prestaciones por la vía del mercado, sus diferentes formatos y costos, así como también, una indagación acerca de quién paga por los cuidados de las personas mayores. La última sección indaga los servicios comunitarios, una estrategia que se encuentra en expansión en los últimos años. El texto concluye con algunas reflexiones finales que, partiendo de un análisis del entramado de cuidado social a las personas mayores, acerca interrogantes, presenta desafíos y propuestas para la definición de políticas públicas.

¹ Aprobada en el año 2015 luego de más de cuatro años de diálogo entre los países que integran la Organización de Estados Americanos.

El artículo se basa en una revisión de documentos y literatura especializada sobre el cuidado de personas mayores, así como también en información primaria, a partir de procesamientos especiales de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) relevada en 2021 e información secundaria proveniente de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM) de 2012, ambas, desarrolladas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL Y POLÍTICA DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

Interrogar sobre la organización sociopolítica del cuidado implica, en primer lugar, acercarnos a una breve caracterización sociodemográfica de las personas que demandan cuidados en la vejez.

Argentina presenta un envejecimiento poblacional avanzado: su estructura demográfica combina tasas de fecundidad inferiores a 2,5 hijos por mujer y una proporción de 15,7% de personas mayores de 60 años (INDEC, 2013). En términos proyectivos, se calcula que para el año 2050, una de cada cinco personas será mayor de 65 años (OIT, CIPPEC, UNICEF, PNUD, 2018). Esta estructura, planteada de manera general, muestra matices de enorme relevancia cuando de cuidados se trata: por un lado, se observa que la población de entre 60 y 69 años disminuye su peso relativo desde 1950 en adelante, mientras que aumenta el de la población mayor de 80 años. Es decir: la población de personas mayores también envejece (UNFPA, 2009). Por otro lado, la feminización del envejecimiento también crece a medida que avanza la edad. El 57% de los mayores de 60 años son mujeres, pero en el grupo de 85 años y más, hay 243 mujeres por cada 100 varones (INDEC, 2022).

El tamaño medio de los hogares con al menos una persona de 65 años y más es de 2,3 personas, cifra que aumenta a 2,5 cuando en el hogar vive una persona mayor con demanda de cuidado.² En general, las personas mayores viven con sus parejas o familiares, sin embargo, la mayor sobrevivencia femenina repercute en que las mujeres vivan solas en una mayor proporción que los varones (23,4% frente a 16,2%) (Roqué, 2023).

El envejecimiento de la sociedad se produce en un contexto en el cual hay una disminución del tamaño de los hogares y un aumento de la participación femenina en el mercado laboral, lo que supone una disminución de las capacidades de cuidado por parte de los miembros de las familias (Findling *et.al.*, 2018). En términos socioeconómicos, el proceso

² Procesamientos especiales de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, INDEC, 2021.

se enmarca en el contexto de una prolongada crisis económica con fuerte impacto en términos de pobreza y desigualdad social. Datos del INDEC indican que, en el primer semestre de 2023, el 40,1% de la población total vive en condiciones de pobreza y el 9,3% de indigencia. Entre las personas de 65 años y más, este porcentaje se reduce al 13,2% (INDEC, 2023)³, en parte, como consecuencia de una vasta cobertura del sistema de jubilaciones y pensiones.

El contexto socio-demográfico trae interrogantes vinculados con los cuidados de esta población, que se tornan centrales al comprender que las demandas de cuidado son significativas y seguirán aumentando en el futuro.

UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Partamos de una definición general: el cuidado es un trabajo que incluye actividades destinadas a “garantizar el mantenimiento cotidiano, físico y emocional de las personas y del entorno que lo hace posible” (Arango, 2011, pág. 11). Incluye el desarrollo de cuidado directo y personal –como cambiar un pañal o dar de comer– y de cuidado indirecto –como limpiar el espacio en el que se vive, hacer las compras, cocinar– (Razavi y Staab, 2010; Addati *et.al.*, 2019). Además de estas actividades, en cierta medida objetivables, el trabajo de cuidado articula aspectos simbólicos, morales y subjetivos (Faur, en prensa), y contiene una dosis nada despreciable de trabajo emocional (Hochschild, 1983; Arango, 2011).

Con el fin de comprender el modo en el cual se proveen cuidados a personas mayores, es necesario adentrarnos en la estructura social que enmarca dichas provisiones. Es claro que el cuidado no se ofrece sólo en los hogares, sino también en instituciones públicas, privadas y comunitarias, aquello que Shahra Razavi (2007) denominó “diamante de cuidado”. En la medida que los cuidados conforman un componente central del bienestar, y que, en el contexto latinoamericano, son también una dimensión significativa de la desigualdad social, la figura del diamante, más que referir a una arquitectura estable, constituye un lente que abre la observación hacia las responsabilidades, provisiones e interacciones entre distintas entidades que proveen cuidados: el Estado, el mercado, las comunidades y las familias y hogares. El papel del Estado es central, pues (por acción u omisión) regula el accionar del conjunto de la oferta de cuidado y de la interacción entre distintas instituciones: familias que acuden al mercado, cuidado remunerado dentro de los hogares, servicios privados conveniados con entidades estatales, servicios comunitarios

³ https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_2326FC0901C2.pdf

impulsados por el Estado, etcétera. Estas configuraciones se transforman a lo largo del tiempo, según la orientación de las políticas públicas, también varían en diferentes contextos nacionales y subnacionales. Tampoco son idénticas si se analizan los cuidados de niños y niñas, los de personas mayores o los de las personas con discapacidad y finalmente, son marcadamente diferentes cuando se analizan las estrategias de hogares de distintos niveles socioeconómicos. La noción de organización social y política del cuidado permite comprender esta configuración como un proceso dinámico, que surge a partir de los servicios de cuidado provistos por las diferentes instituciones, y a la forma en la cual los hogares y sus miembros acceden -o no- a ellos (Faur, 2014).

Ahora bien, cuando ingresamos al universo de los cuidados de personas mayores, uno de los riesgos es homologar situaciones heterogéneas bajo un mismo paraguas. Por ejemplo, presuponer que todas las personas mayores de 60 o de 65 años requieren cuidado directo de manera diaria, o que todas las mayores de 80 lo demandan.

La literatura distingue las necesidades de cuidado sanitario a las de cuidado social, que refiere a la necesidad de atender la cotidianeidad de las personas con dependencia⁴, así como la distribución de actividades y tareas que se llevan adelante para ello, dentro de determinados marcos normativos e institucionales (Daly y Lewis, 2000). En este sentido, Comas d'Argemir y Bofill-Poch (2022) han señalado que durante la pandemia quedó expuesta la poca relevancia que el cuidado social ha tenido en comparación con el cuidado de la salud de las personas mayores y con discapacidad, hecho que atribuyen a la discriminación de las personas mayores (el edadismo), así como a la escasa valoración e invisibilidad del cuidado social. Esta mirada se confirma en el tipo de prestaciones que se ofrecen por parte de determinados servicios estatales. Sin embargo, si se tiene en cuenta la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, que señala que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", la línea entre un tipo de cuidado y otro, en particular durante la vejez, se perfila como especialmente porosa. El arco que va desde la autovalía hasta la dependencia severa es amplio y variopinto, e incluye distintos grados de fragilidad y dependencia entre las personas mayores.

⁴ Desde el punto de vista filosófico, la categoría de dependencia es problemática, pues supone como antítesis la total independencia o autonomía de las personas, y no la interdependencia en la cual transitan las vidas humanas (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Izquierdo, 2018).

Desde la perspectiva del cuidado social, resulta indispensable conocer los requerimientos específicos de la población mayor para definir políticas y prestaciones adecuadas para el desarrollo de la vida cotidiana. De acuerdo con la ENCaViAM el 9,5% de los mayores de 60 años presenta dependencia básica (como desplazarse, alimentarse o vestirse por sus propios medios), y más del doble (21,9%) tiene dependencia instrumental o funcional (que suma la dificultad del manejo autónomo de su medicación, del dinero o la realización de compras, la preparación de comidas calientes, entre otras). Como es de esperar, la prevalencia de alguna forma de dependencia es significativamente mayor en el grupo de 75 y más años que en el de 60 a 74. Mientras el grupo de las personas más jóvenes la dependencia básica es de 4,9% y la instrumental de 14% (para un total menor a 1 de cada 5 personas), en los mayores de 75 la dependencia básica se cuadruplica, para alcanzar al 20,7% y la instrumental se triplica y afecta al 41% de las personas -superando a 6 de cada 10 personas mayores de esta edad con algún grado de dependencia (INDEC, 2014).

En el caso de las mujeres, la casuística muestra que la mayor esperanza de vida no equivale a atravesar la vejez con mayor autonomía relativa. Más bien, ocurre lo contrario. El 54,9% de las mujeres mayores de 80 años tiene dificultades para llevar adelante las actividades de la vida diaria, frente al 30,5% de los hombres del mismo grupo etario (Oliveri, 2020, con base en estimaciones de la ENCaViAM, 2012). Así, las mujeres viven más años que los varones, pero en una situación de mayor vulnerabilidad, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades (OMS, 2021 en Roqué, 2023).

Sin embargo, la dependencia no es una condición que se presente de un momento a otro en la vejez, ni tampoco una característica que abarque todos los aspectos de la vida de una persona (con la excepción de manifestaciones severas de deterioro cognitivo). Además, la dependencia no es una condición vinculada sólo con factores biológicos sino también con los recursos y circunstancias que permiten garantizar la autonomía funcional (Aranco y Sorio, 2019 en Oliveri, 2020). Desde la gerontología, el enfoque sociosanitario advierte sobre la necesidad de identificar situaciones de fragilidad, que no implican necesariamente dependencia, sino el riesgo de enfermar, asociado a la debilidad, caídas y desnutrición, y originada por un conjunto de factores que incluyen aspectos psicosociales y ambientales (Jauregui y Rubin, 2012). Su detección temprana busca prevenir o postergar la dependencia, promoviendo un envejecimiento activo. Este enfoque distingue entre cuidados y apoyos, priorizando los últimos siempre que sea posible. Lamentablemente, las

fuentes de información secundaria no registran la incidencia ni características de la población frágil.⁵

De tal modo, la provisión de apoyos y cuidados, en teoría, necesita ser acorde a los niveles de fragilidad y dependencia de cada persona, sin vulnerar su autonomía y derecho a decidir sobre sus propias vidas.

Desde el enfoque de derechos, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores protege el derecho al cuidado y establece, en su artículo 7, el derecho a la “independencia y a la autonomía” e insta a los Estados a generar políticas que promuevan el “respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones” y aseguren “que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás”. No obstante, en muchos casos, las familias -y otras instituciones- despojan a las personas mayores la posibilidad de tomar decisiones sobre su propia vida, fenómeno se agudiza en el caso de las mujeres (Roqué, 2023). Ello supone un gran desafío para las políticas de cuidado, pero también para los hogares, las familias y las comunidades. En última instancia, se trata de proteger el derecho de las personas mayores que demandan cuidado sin vulnerar su autonomía y el de las personas que cuidan de manera remunerada o no remunerada, y sin agudizar las desigualdades sociales y de género.

El análisis de las políticas públicas, la provisión de cuidados en hogares y familias, la revisión de las prestaciones y alcances del mercado y la organización comunitaria para brindar cuidados permiten, en conjunto, visualizar la organización social y política del cuidado de las personas mayores. Ello abre la discusión sobre alcances y desafíos para la definición de un sistema integral de cuidados.

EL ESTADO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO

Tal como señalan Alonso y Marzonetto (2019) Argentina fue un país pionero en materia de legislación en torno a la situación de las personas mayores. Ya hacia fines de la década de 1940, una serie de derechos de esta población -a la asistencia, la vivienda, la alimentación, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad, al respeto, a la salud física y moral -

⁵ Como nota metodológica, la única encuesta que distingue la prevalencia de la dependencia básica e instrumental es la ENCaViAM. La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo define como “demandantes de cuidado” a aquellas personas que necesitan cuidado o ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria. En cuanto a la fragilidad, no hay registros estadísticos que permitan dar cuenta de la prevalencia de este fenómeno.

adquirieron rango constitucional. No obstante, durante muchos años ello no se reflejó en leyes específicas sobre la temática. Mucho más recientemente, en el año 2017, Argentina fue uno de los primeros países que ratificó la ya mencionada Convención Interamericana sobre la Protección Social de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. La ratificación de la convención es vinculante y obliga a los estados miembros a tomar acciones concretas para priorizar la atención a los adultos mayores en numerosas dimensiones de política. En el país la ratificación fue seguida por la sanción de la Ley 27.360 que recoge todos los principios de la Convención y garantiza un amplio abanico de derechos de manera específica para este segmento poblacional (Florito, 2018). Entre ellos se destacan el derecho a la no discriminación por edad, a la integración comunitaria, a no ser víctima de tratos degradantes, a acceder a la seguridad social, a la salud, a gozar de la mayor autonomía posible y a recibir cuidados, entre algunos de los más relevantes.

INGRESOS MÍNIMOS PARA EL BIENESTAR: EL SISTEMA PÚBLICO DE REPARTO

Para comprender el marco en el cual se proveen servicios de cuidado para las personas mayores, es necesario abordar otros mecanismos de política pública destinados a esta población, mediante el sistema de previsión social y el sistema sanitario, ambos dirigidos a sostener niveles mínimos de bienestar. En Argentina rige un régimen de reparto asistido, basado en el principio de solidaridad. Esto significa que, además de los aportes que mensualmente hacen las y los trabajadores con empleos formales y las contribuciones que les corresponden a sus empleadores, el sistema recibe recursos de todas y todos los ciudadanos del país a través de los impuestos que sustentan el Presupuesto Nacional. Las mujeres pueden acceder a un ingreso previsional a partir de los 60 años y los varones a partir de los 65. El país exhibe, junto con Uruguay, las tasas de cobertura previsional más altas de la región. En el 2022, el 93% de las personas en edad de retirarse contaban con algún tipo de ingresos en concepto de jubilación o pensión, representando algo más del 70% las prestaciones contributivas del sistema previsional público argentino (ANSES, 2023). Es importante aclarar que esta tasa de cobertura de los haberes contributivos se encuentra estrechamente relacionada, en una primera etapa, con una serie de moratorias previsionales sucesivas implementadas por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS) durante entre los años 2005 y 2022.⁶ Las moratorias previsionales

⁶ La primera tuvo lugar en el año 2005 y la segunda en 2014. En 2016, fue prorrogada solo para mujeres de entre los 60 y 64 años de edad y, en 2019 y 2022, el Gobierno nacional extendió esta prórroga hasta diciembre de ese último año.

implicaron periodos temporales en los que se abría la posibilidad de acceder a una jubilación a personas que no llegaban a completar los 30 años de aportes que exige el sistema, habilitándoles a realizar las contribuciones faltantes en la forma de descuentos sobre los haberes percibidos (una política central para la incorporación de las mujeres al sistema, como se profundizará más adelante). En forma complementaria, en el año 2016, se incorporó la posibilidad de acceder a una pensión no contributiva a personas de 65 años y más que no contaran con beneficio previsional ni aportes suficientes. Se trató de la Prestación Universal para el Adulto Mayor (PUAM). No obstante, no dejó de implicar un esquema de “segunda clase” en tanto otorga un ingreso equivalente al 80% de la jubilación mínima, y, en el caso de las mujeres, eleva la edad de retiro.⁷ De todas maneras, a partir de febrero de 2023, a través de la Ley 27.705 (Plan de Pago de Deuda Previsional) se abrió la posibilidad de acceder a una jubilación contributiva mediante el mecanismo que venían planteando las moratorias previsionales, pero esta vez, habilitado de forma permanente. Adicionalmente, la ley permite que, 10 años antes de alcanzar la edad jubilatoria, las personas que se encuentran en actividad y saben que no alcanzarán los 30 años de aportes al momento de retirarse, puedan comenzar a saldar su deuda previsional.

La posibilidad de saldar deuda previsional ofrecida por el Estado – ya sea antes o durante la edad jubilatoria– implica un reconocimiento de las dificultades que ha planteado en las últimas décadas el mercado laboral para insertarse de manera formal y/o mantener trayectorias estables. La importancia de esta política queda evidenciada en su cobertura: en febrero de 2023 el 45% de las y los beneficiarios del sistema previsional argentino habían ingresado a través de este esquema (MTEySS, 2023). El mismo implica además un reconocimiento de las repercusiones negativas en la participación laboral femenina de una injusta distribución del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado. En efecto, tal como informa la ANSES (2023) en la actualidad sólo 3 de cada 10 varones en edad jubilatoria reúne los 30 años de aporte necesarios y la situación es aún más crítica en el caso de las mujeres: sólo 1 de cada 10 cumple con el requisito. Este panorama ayuda a entender la mayor proporción de mujeres beneficiadas por esta política (según informa la ANSES representan actualmente el 74% de la población jubilada por esta vía). Si bien de menor impacto, otra política que buscó reconocer y compensar (parcialmente) las desigualdades de género en este ámbito fue el Reconocimiento de Aportes por Tareas de Cuidado adoptado por la ANSES a partir de 2021. El mismo reconoce un año de aporte por

⁷ Tampoco otorga el derecho a pensión para cónyuges en caso de fallecimiento del/la titular, como sí lo hace la pensión/jubilación contributiva.

cada hijo/a⁸ para las mujeres madres que no alcanzan los años requeridos, así como la computación como períodos de aporte las licencias y excedencias por maternidad.

Aunque la ampliación de la cobertura previsional en el país mediante estas políticas constituye un logro significativo, el principal desafío que enfrenta son los magros ingresos que puede garantizar. En efecto, en septiembre de 2023 el haber mínimo jubilatorio era de \$124.000 (USD155)⁹ La recepción de este tipo de montos dista de ser un fenómeno aislado. Según datos del Boletín de la Seguridad Social del primer trimestre de 2023 el 46% de las y los beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) -que incluye jubilaciones y pensiones- tenía haberes iguales o menores a un haber mínimo jubilatorio, un 17% entre una y dos haberes mínimos y el 36% restante, concentró haberes iguales o mayores a dos.

LA COBERTURA PÚBLICA DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Es importante señalar que la dimensión médico-sanitaria del cuidado en particular ostenta una cobertura significativa para esta población.

En Argentina, el sistema de atención a la salud se divide en tres subsectores: el público, el privado y las obras sociales. Las obras sociales son instituciones originalmente diseñadas y administradas por distintos sindicatos de trabajadores, que se encargan de atender la salud de sus afiliados. Estas organizaciones se financian con aportes patronales y de las y los trabajadores. En la actualidad, los y las trabajadores pueden optar por transferir sus aportes a la obra social de su elección. Por su parte, aunque la cobertura del subsector público se plantea como universal, su desfinanciamiento ha implicado que en general apunte a los sectores más carenciados. Como contracara, los seguros de salud privados suelen ser onerosos. Por esta razón, las obras sociales constituyen el subsector más importante en lo que atañe a la cobertura de salud de la población (PNUD, 2011).

Las personas mayores en Argentina son atendidas en casi su totalidad por la obra social de los jubilados y beneficiarios de pensiones contributivas del sistema previsional público. Se trata del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) dependiente del Instituto

⁸ También se reconocen años adicionales cuando los hijos/as son adoptados, tienen alguna discapacidad y/o cuando la familia percibe asignaciones familiares por parte del Estado.

⁹ Este monto jubilatorio incluye un "bono de refuerzo" de \$37.000 otorgado por el gobierno entre septiembre y noviembre. Sin el bono, el valor de la jubilación mínima desciende a \$87.000 (USD 109). Los montos en USD fueron calculados de acuerdo el tipo de cambio de mercado (también denominado "blue") al 30/09/2023.

Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). En efecto, para este grupo poblacional el PAMI se erige como el principal prestador de salud del país. El PAMI es considerado una obra social aunque, en lugar de originarse primariamente en torno a un sindicato, aúna al conjunto de personas que cuentan con una jubilación o pensión contributiva nacional y se financia con una porción de los aportes que hacen trabajadores y empleadores en general. A esta institución se afilian jubilados y pensionados a través de un descuento registrado en el recibo de sus haberes, aunque también permite afiliaciones independientes de personas mayores de 70 por fuera del sistema del INSSJP y que no tienen cobertura de otra obra social. Aunque en mucha menor medida, las personas mayores también pueden recibir prestaciones médicas a través del “Programa de atención médica para beneficiarios de pensiones no contributivas” (conocido como Programa Incluir Salud), de obras sociales provinciales¹⁰ y de las empresas de medicina privada (Oliveri 2020).

A lo largo del siglo XX, el sistema público en la Argentina ha priorizado para la población mayor, las políticas de seguridad social vinculadas a ingresos previsionales y prestaciones de salud, por la vía de PAMI. La mirada sobre el cuidado social, no obstante, ha sido mucho más limitada y acotada a la población empobrecida, como se verá a continuación.

PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE CUIDADO

Teniendo en cuenta los magros niveles de ingresos que garantiza el sistema de jubilaciones y pensiones cabe preguntarse sobre el rol que juega el Estado en la provisión de cuidados que van más allá de lo estrictamente sanitario, es decir los cuidados sociales.

En el marco de un sistema de gobierno federal con niveles relativamente altos de descentralización en la provisión de servicios sociales, una primera cuestión relativa a las prestaciones públicas de cuidado social dirigidas a las personas mayores tiene que ver con el significativo nivel de heterogeneidades y superposiciones que suele observarse entre los distintos niveles jurisdiccionales (Gascón, 2016; Oliveri, 2020). Existe, de hecho, un Consejo Federal de Personas Mayores –conformado por organizaciones de la sociedad civil que representan a esta población, organismos nacionales y provinciales abocados a la temática, representantes del poder legislativo, etc.– que se encarga de coordinar las políticas dirigidas a las y los mayores de 60 años (CEPAL, 2016). No obstante, se ha señalado que esta entidad, creada en el año 2003, aún no cumple acabadamente su

¹⁰ Las obras sociales provinciales dan cobertura a los empleados públicos y pensionados provinciales.

función dado que sus reuniones son poco frecuentes y no todos los participantes se involucran de manera activa (Florito, 2018). Una dificultad adicional, y probablemente relacionada con la falta de articulación central, radica en la ausencia de información sistematizada y actualizada respecto a este tipo de prestaciones. Por esta razón, el presente apartado se centra fundamentalmente en los servicios regulados y provistos por la administración nacional (aunque haciendo alusiones ocasionales al rol que pueden tener las prestaciones jurisdiccionales).

Una primera política pública de cuidado considerada a los fines de brindar cuidado y de prevenir el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores la constituyen los centros de día. Los centros de día son instalaciones especializadas en tercera edad, donde personal entrenado atiende las necesidades de esta población durante una determinada cantidad de tiempo diurno. Este tipo de prestación está pensada para personas mayores autoválidas o con fragilidad/dependencia leve. En efecto, los centros de día suelen proponer actividades sociales de tipo preventivo. En este sentido, son concebidos como un recurso intermedio, que frecuentemente implica un apoyo/alivio familiar, contribuyendo a la permanencia de la persona mayor en su entorno de residencia habitual (OISS, 2021). A nivel nacional, este tipo de servicios son provistos por el PAMI mediante centros que pueden ser propios o conveniados con el sector privado. Esto implica que las personas mayores postulantes deben estar afiliadas a dicha entidad. Además, deben acreditar una condición de dependencia de leve a moderada, la ausencia de red de contención, así como también una situación socioeconómica vulnerable¹¹. Para el año 2019 el PAMI reportaba 318 centros de este tipo a su cargo a lo largo del país (Oliveri, 2020).

Al ser la oferta a nivel nacional estos servicios dependientes de la afiliación del PAMI (que, si bien es extensa, no es completa) queda abierto el interrogante de cómo se cubre el acceso a este tipo de servicio por parte de la población adulta mayor vulnerable que se encuentra por fuera del sistema. Si bien ello podría subsanarse, por ejemplo, con la oferta a nivel de gobiernos locales, no hay información sistematizada respecto a la misma. Tampoco se registran datos sobre la cantidad de personas mayores, con y sin dependencia, que utilizan centros de día. Este tipo de información se erige como indispensable para estimar la cobertura y la demanda potencialmente insatisfecha de estos servicios.

¹¹ <https://www.pami.org.ar/tramite/centro-dia> (consultado el 13/10/2023)

Otra alternativa (o complemento) para la población mayor con dependencia leve y moderada son los servicios públicos de cuidado a domicilio. A nivel nacional, la Dirección Nacional de Adultos Mayores (DINAPAM) viene implementando desde el año 2002 el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Esta política cuenta con dos componentes. Por un lado, se hace un fuerte hincapié en la capacitación de cuidadoras/es en temas relativos a envejecimiento y discapacidad. De este componente formativo se deriva un Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Quienes necesitan contratar estos servicios pueden realizar allí búsquedas por localidad, verificando la formación de las personas a contratar. Por otro lado, a partir de los recursos humanos capacitados se instrumenta también un sistema gratuito de prestaciones a domicilio de baja complejidad que implican prácticas de cuidado directo -alimentación, higiene, ayuda con prescripciones médicas y asistencia personal en general –e indirecto– realización de compras, elaboración de comidas, etc.- (Alonso y Marzonetto, 2019). Las y los receptores del cuidado, además de algún nivel de discapacidad o dependencia, deben acreditar insuficiencia económica y falta de personas allegadas para asistirles. Ambos ejes de intervención –la capacitación y prestación de servicios– se realizan a través de convenios con distintas entidades: provincias, municipios, universidades, cooperativas y organizaciones sociales (Florito, 2018; Micha y Pereyra, 2022).

A pesar de tratarse de un servicio público de suma utilidad se desconoce el mapa de la oferta y la cobertura. En este sentido, es importante saber si otros niveles jurisdiccionales -provincias o municipios- financian e implementan estos esquemas de capacitación y/o prestación de servicios domiciliarios públicos. ¿Todas las personas mayores que no cuentan con los recursos económicos suficientes y requieren de esta asistencia acceden a ella? y/o ¿qué porcentaje de la población mayor está cubierta por estos servicios?

Asimismo, el PAMI a nivel nacional provee transferencias monetarias destinadas a comprar estos servicios domiciliarios a fin de evitar internaciones. La transferencia se otorga luego de un estudio socio-económico previo que acredite necesidades básicas insatisfechas (Oliveri, 2020). No obstante, la falta de información sobre parámetros monetarios –tanto de las transferencias en sí como de los montos de servicios a cubrir– abona la idea de una contribución indirecta y difusa a la permanencia en el hogar (no sólo susceptible a ser establecida en valores insuficientes para cumplir su cometido sino también a depreciarse en un contexto inflacionario como el argentino).

Ahora bien, en el extremo de población mayor con niveles severos de dependencia se encuentran los servicios de residencia de larga estadía. Se trata de instituciones con alojamiento y atención integral las 24 horas del día. Desde la adopción de una perspectiva de envejecimiento, derechos y ciudadanía se considera que es preferible que las personas mayores permanezcan en sus hogares hasta tanto sea posible por lo que el cuidado institucionalizado –que muy frecuentemente implica situaciones de aislamiento– es visto como un recurso de última instancia (Roque y Amaro, 2016). Por tanto, los criterios de admisión privilegian el ingreso de personas en estado de dependencia, cuyo cuidado ya no puede sostenerse a nivel domiciliario. Cabe señalar que, dada su mayor expectativa de vida, las mujeres exhiben una significativa prevalencia en este tipo de instituciones (Redondo, 2010).

La última información censal disponible indica que en el año 2010 el 1,3% de las personas de 60 años y más residían en este tipo de institución. De acuerdo a datos del Mapa Federal del Cuidado,¹² en 2023 se registran 3740 instituciones de larga estadía en todo el territorio. Las residencias gerenciadas desde el ámbito público representan apenas el 8% de la oferta. Dentro de este grupo se encuentra el reducido número de residencias propias del PAMI –tan sólo 5 en todo el país, que representan el 0,13% de la oferta total-. No obstante, el PAMI ofrece a sus afiliados la posibilidad de hacer uso de instituciones privadas con las que tiene convenios. Las mismas representan el 15% del conjunto de residencias existentes.¹³ Como contracara, dado el alto costo de este tipo de prestación, no sorprende que el grueso de la oferta sea privada (77%). En todo caso, la falta de vacantes para estos servicios en el subsector público constituye un problema generalizado que se constata a través de la existencia de listas de espera (Oliveri, 2020). Se trata de una situación que se agrava en determinadas jurisdicciones dadas las profundas disparidades de cobertura que se observan entre las mismas.¹⁴ A ello se le suma el problema de las personas mayores con trastornos psico-geriátricos –frecuentes en las edades más avanzadas– que no son admitidos en las instituciones regulares. En efecto, las residencias públicas que prestan

¹² Se trata de un portal web interactivo que permite localizar determinados espacios y servicios de cuidado para la primera infancia, personas con discapacidad y personas mayores (y también sobre instituciones que ofrecen formación en cuidados).

¹³ El PAMI suele realizar un descuento del haber previsional del beneficiario que puede ser de entre el 20 y el 80% según su nivel socioeconómico. Hay excepciones al cobro en casos de extrema vulnerabilidad social.

¹⁴ Los datos existentes revelan una significativa concentración de los servicios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba (Alonso y Marzonetto, 2019).

asistencia para esta condición son pocas y no están presentes en todas las provincias (Alonso y Marzonetto, 2019).

Por su parte, para quienes no gozan de cobertura del PAMI y no poseen recursos para costear una residencia privada, desde el sector público son pocas las alternativas. A nivel nacional, la DINAPAM provee este tipo de servicios, aunque tan sólo cuenta con ocho residencias, todas circunscriptas al radio del Área Metropolitana de Buenos Aires.¹⁵ Así, para complementar la oferta nacional, las distintas jurisdicciones provinciales suelen contar con algunas residencias propias, aunque en todos los casos se trata de un número muy reducido.¹⁶

Para acceder a las residencias públicas arriba mencionadas, cualquiera sea el nivel jurisdiccional del que provengan –y en línea con lo que se viene observando para los servicios directos de cuidado públicos en general–, siempre se requieren pruebas de que la persona mayor no puede proveer otra alternativa, ya sea por falta de cobertura adicional como de recursos económicos propios o familiares. De tal modo, el sistema empuja hacia el sostenimiento de cuidados familiares y mercantiles y, así, reproduce las desigualdades de cuidado entre la población mayor.

ESTRATEGIAS DE CUIDADO FAMILIAR

Frente a la escasez de provisiones públicas, y alineada con una tradición que supone al cuidado como responsabilidad familiar, la atención de las personas mayores recae sobre el entorno familiar y de proximidad en una proporción aplastante. Datos procesados a partir de la ENUT (INDEC, 2021) muestran que el 9,1% de personas mayores tiene demanda de cuidado para desarrollar actividades de la vida cotidiana.

Lo primero que se observa es un entramado de interacción entre distintos hogares: mientras que el 14,7% de hogares conviven con al menos una persona mayor con demanda de cuidados, el 16,6% de los hogares tienen a cargo a una persona mayor en igual situación, pero que vive en otro domicilio y cuenta con un cuidador pago y el 4,4% de hogares tienen a cargo un familiar que vive en una residencia o geriátrico. Hay personas que requieren cuidados, personas que cuidan, hogares que viven con una persona mayor

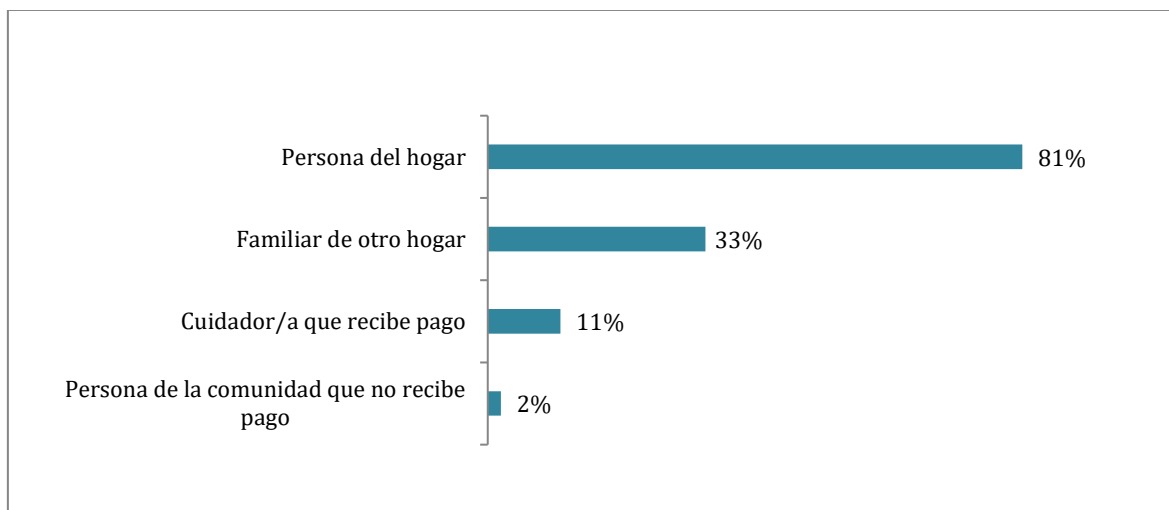
¹⁵ <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/personasmayores/residencias-de-larga-estadia> (consultado el 13/10/2023).

¹⁶ Tal es el caso, por ejemplo, del gobierno de la ciudad de Buenos Aires que da cuenta de cuatro instituciones propias de este tipo. <https://buenosaires.gob.ar/hogares-de-residencia-permanente> (consultado el 13/10/2023).

demandantes de cuidado y hogares que cuidan a personas que no viven en ellos, sino en otro hogar o en una residencia geriátrica.

¿Quiénes proveen estos cuidados? El 80% de las personas mayores con dependencia son cuidadas por un familiar del propio hogar. El 33% de las personas mayores reciben cuidado de personas que no residen en su mismo hogar. Mientras que un 2% es atendida por una persona que no recibe pago y no es familiar, y cerca del 11% por una persona contratada. Se trata de estrategias que no son excluyentes entre sí.

**Gráfico 1. ¿Quién cuida que cuida habitualmente a la persona mayor en el hogar?
(respuesta múltiple)
Argentina, 2021**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional Uso del Tiempo, INDEC, 2021

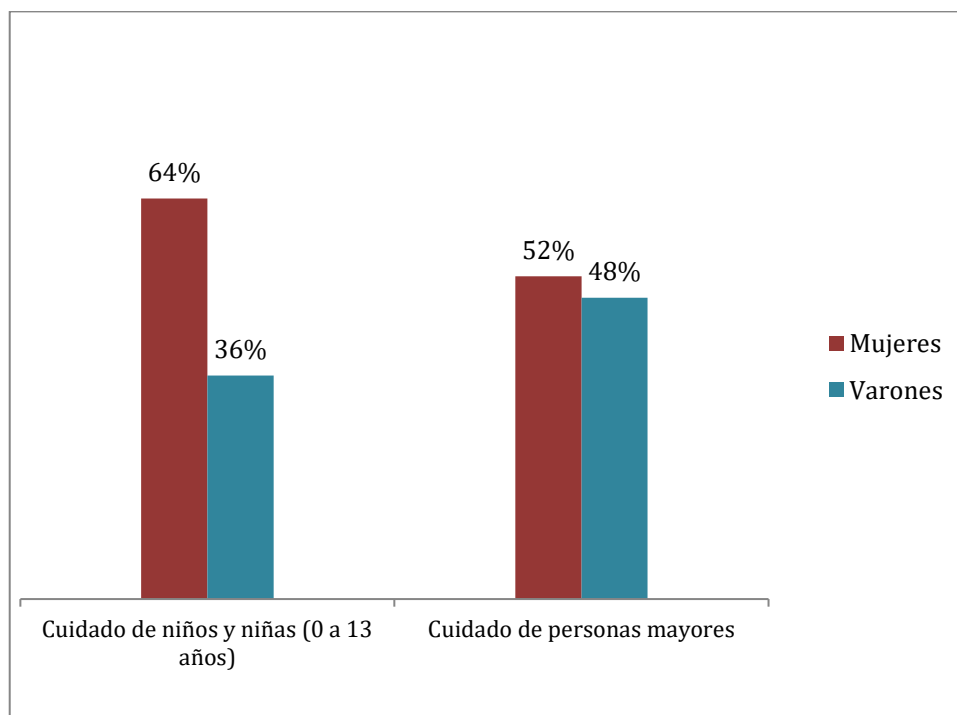
De tal modo, más allá de que se conviva o no con una persona mayor con dependencia, son muchos los hogares y las personas que están atentos a la atención y/o gestión del cuidado de un familiar de edad avanzada. Ello se relaciona, entre otras cosas, con que las personas de 65 años y más viven en hogares relativamente pequeños, cuyo promedio es de 2,3 miembros y aumenta a 2,5 en el caso de personas que tienen demandas de cuidado.¹⁷ De hecho, de acuerdo con datos de la ENCaViAM, 1 de cada 5 personas de 60 y más años, residentes en áreas urbanas, viven solas, proporción que alcanza a 3 de cada 10 mayores de 80 años (Oliveri, 2020). Hay una mayor prevalencia de hogares unipersonales entre mujeres, debido a su mayor sobrevivencia y probabilidad de viudez

¹⁷ Elaboración propia con base en la ENUT, 2021.

(INDEC, 2022). También se vincula con una tradición familiarista en el abordaje del cuidado, que supone que la atención de las personas es responsabilidad de los miembros de su familia. No menos importante es la carestía de los servicios de cuidado por parte de la oferta privada.

En este contexto, se evidencia la presencia de redes de cuidado familiar que entrelazan la atención por parte de personas convivientes y también de personas que circulan de un hogar a otro para atender las demandas de personas mayores. Si bien no se cuenta con investigación cualitativa sobre las características de este entramado, las estrategias de quienes cuidan pueden suponer tránsitos de un lado a otro, visitas periódicas, atención remota, presencia en situaciones de emergencias -caídas, por ejemplo-, malabares cotidianos.

**Gráfico 2. Personas cuidadoras de infancias y población mayor según sexo
Argentina, 2021**

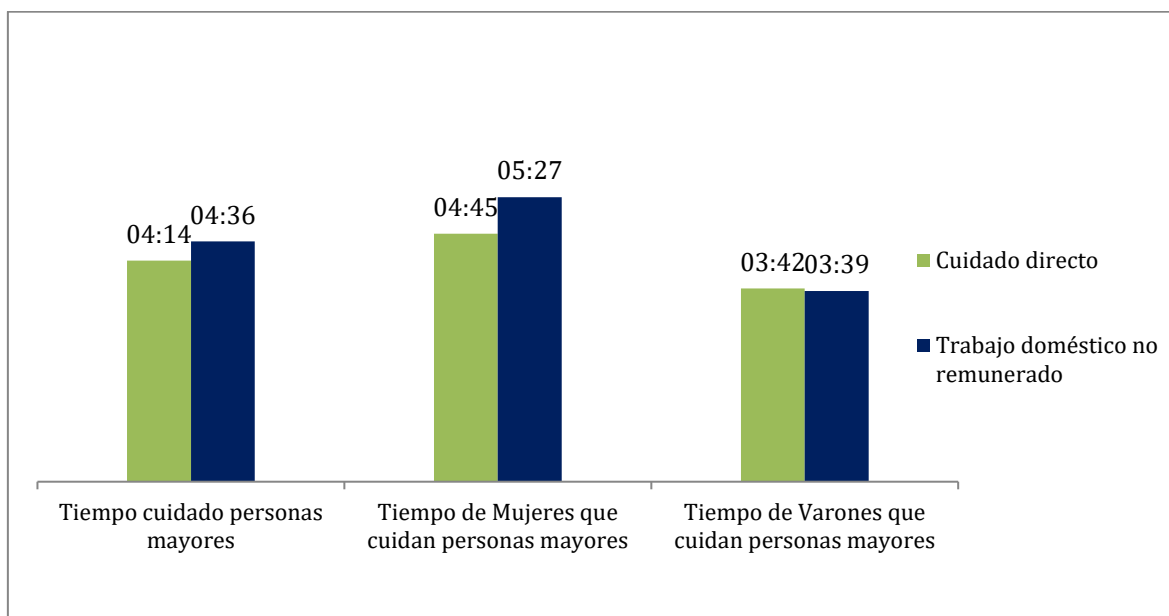


Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional Uso del Tiempo, INDEC, 2021

Desde el punto de vista de género, se observa que entre las cuidadoras y cuidadores de mayores de 60 años con dependencia hay un 51,7% de mujeres y un 48,3% de varones. Si bien en términos de participación, la estructura del cuidado es menos feminizada que en el caso de otras poblaciones -como las infancias (Gráfico 2)-, el tiempo invertido por

varones y mujeres para el cuidado no remunerado de personas mayores muestra significativas diferencias según género. Mientras que el total del tiempo destinado al cuidado es de 4:14, y el tiempo dedicado al trabajo doméstico es de 4:36, las mujeres destinan, en promedio, 1 hora más por día que los varones cuidadores (4:45 vs. 3:42) y casi 2 horas más al trabajo doméstico no remunerado (5:27 vs 3:39) requerido para la atención de los mayores con dependencia (Gráfico 3).

Gráfico 3. Tiempo que insume cuidado de personas mayores según sexo de la persona que cuida y tipo de cuidado (en horas y minutos)
Argentina, 2021



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional Uso del Tiempo, INDEC, 2021

Hay otro tipo de cuidado, de menor intensidad, que no se vincula con la cotidianeidad requerida por situaciones de dependencia básica o instrumental, pero que supone la dedicación de tiempo y de cuidado emocional. Se trata de actividades que van desde brindar compañía hasta acompañar en salidas, por ejemplo, para asistir a controles de salud. De acuerdo con la ENCaViAM, el 41% de las personas mayores de 60 años recibe ayuda de familiares o conocidos que no viven con él o ella. Cerca del 40% menciona recibir apoyos de una hija mujer, el 26% de un hijo varón, y un 22% a un nieto, amigo o vecino (la encuesta no especifica el sexo, en este caso) (INDEC, 2014). De tal modo, tanto los cuidados directos e indirectos, como el apoyo emocional se encuentran mayormente feminizados.

Lo cierto es que, a medida que avanza la edad de las personas mayores y, en muchos casos, aumentan los niveles de dependencia, también cambian las estrategias de cuidado: tal como se analizará en el apartado subsiguiente, disminuye el peso del cuidado familiar y adquiere una mayor presencia el personal contratado para el cuidado en domicilio. Probablemente, esta transformación se vincula con una mayor dificultad para satisfacer demandas crecientes de cuidado por parte de familiares que no siempre cuentan con la debida capacitación para atender a una persona mayor con dependencia funcional ni tienen disponibilidad de dedicación a tiempo completo, a lo que se suma la carga emocional que implica el cuidado. No obstante, la posibilidad de recurrir a este tipo de estrategia depende fuertemente la dimensión socioeconómica de los hogares. Mientras que los hogares del nivel más alto consignan que en el 60% de los casos la principal persona a cargo del cuidado de la población mayor con dependencia es una cuidadora domiciliaria, en los niveles bajos y medios este tipo de atención sigue siendo masivamente familiar. En efecto, en estos dos últimos estratos se señala que en torno al 80% de los casos el principal cuidador o cuidadora es un familiar (Faur y Pereyra, 2018).

LAS PRESTACIONES DE MERCADO

En un contexto con déficit de políticas públicas para el cuidado de personas mayores, cuando los hogares necesitan aliviar la carga horaria, física y emocional del trabajo de cuidado, la mercantilización resulta la vía más efectiva, y permite adaptar la atención de la vejez a medida que cambian los requerimientos. Sin embargo, el mecanismo de acceso a estos servicios se limita a aquellos hogares que cuenten con la posibilidad de pagar esta prestación, o que logren acceder a éstas por vía judicial.

Hay distintas modalidades para la mercantilización del cuidado: servicios de cuidado domiciliario; servicios de teleasistencia; centros de día; y residencias de larga estancia. La contratación de trabajadoras para que cuiden en el domicilio de la persona mayor es una de las estrategias más frecuentes. Las cuidadoras domiciliarias (en su mayoría, mujeres) asisten para el desarrollo de actividades de la vida diaria, colaboran con la higiene personal de la persona a la que cuidan (aseo, cambio de pañales), comparten actividades de ocio, administran su medicación y asisten en la alimentación, compras y preparación de alimentos, cuando se requiere.

Los términos de las contrataciones en relación con tareas, horarios y cantidad de días por semana varían según los requerimientos y posibilidades de cada hogar. En ocasiones, el

cuidado domiciliario opera para reemplazar o complementar el cuidado familiar, otras veces, como la antesala de una internación de larga duración.

Los datos de la ENCaViAM indican que el 3,4% de las personas mayores con dependencia son atendidas en su domicilio por cuidadoras especializadas y el 12,2% por trabajadoras de casas particulares, estrategia que se presenta con mayor intensidad a medida que aumenta la edad y los niveles de dependencia de las personas mayores. En efecto, si entre las personas mayores con dependencia de 60 a 74 años, los cuidadores del entorno familiar, de amigos y vecinos representa el 92,6% de los casos, entre los mayores con dependencia de 75 años y más, se recurre con mayor frecuencia a la contratación de trabajadoras de casas particulares y cuidadores/as especializados (16% y 4,7% respectivamente) (INDEC, 2014). Asimismo, la proporción de mujeres con dependencia que recibe esta atención supera a la de los varones (18,9%, frente al 6,9% respectivamente). Entre las mujeres mayores de 80 años demandantes de cuidado diario, el 26,5% cuenta con cuidados remunerados en su domicilio (Oliveri, 2020).

En algunos casos, el personal especializado está compuesto por cuidadores/as formados en distintas diplomaturas que existen en el país. A veces, estos perfiles cuentan con estudios de enfermería, pero no necesariamente. De hecho, como se verá más adelante, en las últimas décadas ha habido un esfuerzo por definir perfiles específicos como cuidadores/as de personas mayores.

En cuanto a las cuidadoras que no cuentan con calificaciones formales, recién se reconoció esta tarea en 2013, con la ley 26.844, que regula el trabajo en casas particulares. Con anterioridad a esta norma, se trataba de trabajadoras que no estaban cubiertas por ninguna legislación. Sin embargo, de acuerdo con los últimos datos disponibles, el 75% de quienes se desempeñan en hogares particulares no están registradas, situación que limita el acceso a derechos de las trabajadoras y repercute en una mayor inestabilidad de la posición laboral.

Otros servicios provistos por el sector privado son la teleasistencia, que complementan los servicios domiciliarios a través del apoyo remoto, mediante el recordatorio de turnos médicos, horarios de medicación, y se provee un dispositivo -pulseras o tobilleras- que permite la localización satelital de la persona mayor y sirve para comunicarse con la empresa en caso de emergencia.

Los centros de día constituyen otra estrategia. Su función es recreativa y preventiva, pues no ofrecen asistencia para realizar actividades de la vida diaria y no cuentan con alojamiento para las personas mayores con dependencia. Los servicios privados tienen convenios con PAMI (como se indicó anteriormente), mientras que las obras sociales funcionan mediante reintegros a sus afiliados. En localidades que no cuentan con una oferta de residencias para cubrir la demanda, muchas personas mayores con dependencia severa reciben apoyos por parte de estos centros (Oliveri, 2020).

La estrategia de largo plazo es la internación en residencias de larga estadía. Tal como se señaló, la mayor parte de la oferta (77%) de estos servicios es privada. Se trata de instituciones que se desarrollan según criterios comerciales: se concentran en las áreas más pobladas del país y en regiones o barrios de mayor nivel socioeconómico (Oliveri, 2020). La proporción de residencias gratuitas es muy limitada.

En general, las residencias de larga estadía son alternativas que tienen un alto costo para quienes optan por este servicio, aun cuando sus precios son muy variados. En septiembre de 2023, su precio oscila entre \$250.000 (equivalente a USD312) hasta \$2.500.000 (alrededor de USD3125) por mes. Las más baratas son muy sencillas y de baja complejidad, mientras que las más costosas cuentan con tecnologías de punta y con servicios “premium” de hotelería y esparcimiento. Los precios también varían según el tipo de actividades ofrecidas para las personas, las características y condiciones de la habitación y la zona en la que se ubican.¹⁸

Es evidente que para quienes viven en situación de pobreza o privaciones (el 30% de los hogares del país), esta estrategia resulta prohibitiva.¹⁹ Existen residencias de menor costo, son hogares informales, sin regulación ni fiscalización, con infraestructuras deficitarias y servicios que se perciben como de baja calidad. Todo ello implica mayores riesgos para las personas que viven allí (Oliveri, 2020).

En comparación con la alternativa de los servicios de residencia de larga estadía, la contratación de cuidadores/as domiciliarias supone, para el entorno familiar, un costo menor en términos económicos y emocionales (Aranco e Ibarán, 2020). Los precios de

¹⁸ Desde el mes de julio de 2023, la inestabilidad cambiaria que se vive en el país, sumada a las altas tasas de inflación interanual (alrededor del 140%), repercutió en que muchas residencias establezcan su costo en moneda extranjera, con una equivalencia relacionada con el precio de mercado del dólar estadounidense. Fuente: www.portalgeriatrico.com.ar

¹⁹ Valga señalar que en septiembre de 2023, el salario mínimo, vital y móvil corresponde a \$118.000 equivalente a USD147 al tipo de cambio del 30 de septiembre.

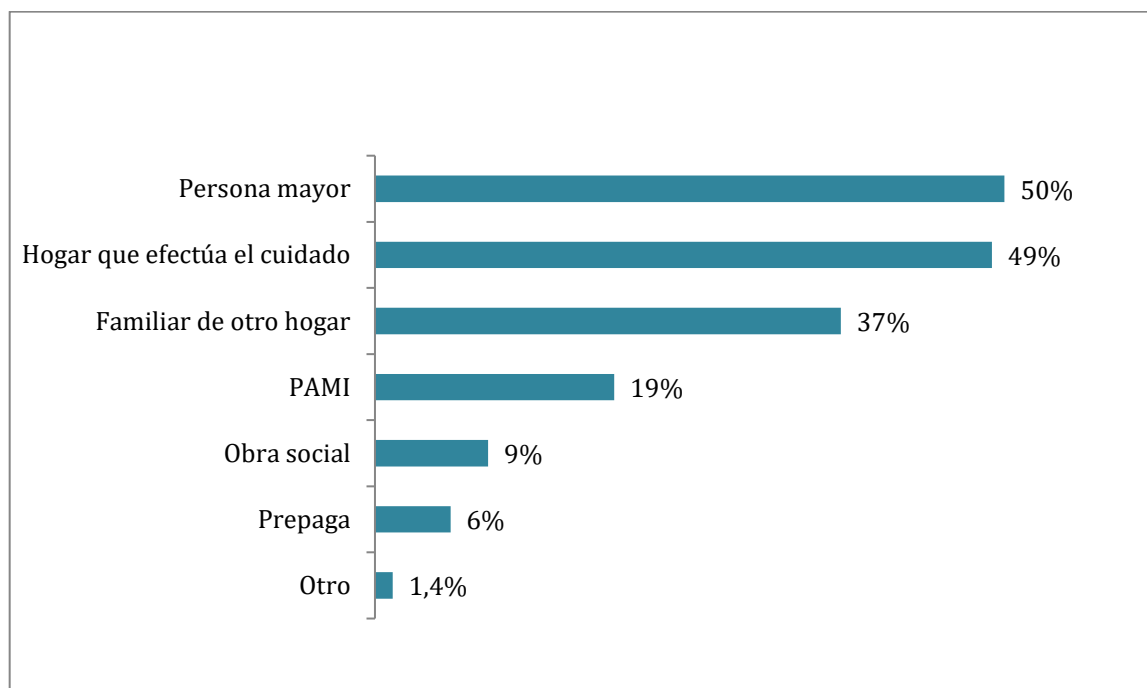
referencia indican que para quienes realizan cuidados domiciliarios, el pago mínimo mensual es de aproximadamente \$136.000 y \$150.000 (equivalente a USD136 y USD150), con y sin retiro, respectivamente, para una jornada de 8 horas diarias.²⁰ Estos valores se incrementan según distintas variables vinculadas con la demanda, tales como las particularidades de la persona mayor y el nivel de dependencia que presente, pero también con la oferta del servicio: experiencia de la persona contratada, conocimientos de enfermería, antigüedad, horarios nocturnos y de fines de semana y feriados, entre otros.

El nudo crítico es ¿quién paga por los servicios de cuidado que se ofrecen en el ámbito privado? Cuando se pregunta en aquellos hogares que tienen por lo menos una persona mayor en una residencia de larga estadía o en otro hogar, se observa que, en buena parte de los casos, el pago se realiza por parte de la persona destinataria de la atención, de alguna persona del hogar en el que se recibe el cuidado y/o de algún familiar que vive en otro hogar. No se trata de categorías mutuamente excluyentes, sino que pueden dar cuenta de una modalidad de aportes de distintas fuentes. Lo que resulta evidente es que la participación de otros efectores tales como las obras sociales (8,6%) y el PAMI (19%) en el pago de servicios de cuidado es bastante más limitada que la de los familiares, y más limitada aún en el caso de las empresas de medicina prepaga (6,2%) (Gráfico 4). Al igual que lo anotado en relación con las estrategias de cuidado, pueden combinarse esfuerzos complementando distintas fuentes de pago para costear los servicios.

²⁰ Véase:

<https://www.lanacion.com.ar/economia/empleo-domestico-cuanto-cobran-las-nineras-y-cuidadores-de-adultos-en-septiembre-de-2023-nid01092023/#:~:text=Sueldo%20mensual%20de%20las%20ni%C3%B1eras,con%20y%20sin%20retiro%2C%20respectivamente.>

**Gráfico 4. Hogares que cuidan al menos una persona mayor residente en otro hogar o residencia de larga estadía, según fuente de pago (respuesta múltiple)
Argentina, 2021**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional Uso del Tiempo, INDEC, 2021

Si bien Argentina es signataria de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, no cuenta aún con normativa específica que especifique el alcance de las prestaciones de cuidado ni obligue a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga a brindar cuidados domiciliarios o en residencia geriátrica a sus asociados -con independencia de su situación de salud-. Sin embargo, la ley “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” (Ley 24.901) abre la puerta para que las personas mayores accedan a servicios de cuidado, no en función de su edad, sino por tener alguna discapacidad -debidamente certificada-, que limite su autonomía para realizar actividades diarias.

En este terreno, hay distintas cuestiones a tener en cuenta. Primero, que las prestaciones por discapacidad se abonan con recursos de un fondo estatal especial, pero sólo en el caso de las obras sociales (que deben pagar por el servicio que se brinda a sus afiliados, pero luego se les reintegra el monto devengado). Esto no ocurre con las empresas de medicina prepaga, que deben realizar la erogación con recursos propios. Segundo, que el artículo

de la ley de discapacidad referido a las prestaciones de cuidado no se encuentra reglamentado.

En función de ello, las empresas de medicina prepaga suelen ser reticentes a asumir los costos del cuidado para sus asociados. Sus argumentos oscilan entre señalar que, al no estar reglamentado el artículo correspondiente, si no pagan el servicio a sus asociados no incumplen la ley, y proponer que la función de las empresas es sanitaria y no social. En muchos casos, esta barrera sólo se destraba por la vía legal, por ejemplo, mediante la presentación de recursos de amparo.²¹ Los fallos de la justicia señalan que la falta de reglamentación de un derecho no puede perjudicar a quien necesita la prestación y que la función de las empresas es social, en virtud de una definición amplia e integral de la salud, como la de la OMS, anteriormente mencionada. En cuanto a montos y coberturas otorgados, son los juzgados los que, en función de la documentación de respaldo ofrecida por el médico/a de cabecera de la persona en cuestión, decide la cantidad de horas y días de cuidado, la modalidad y los topes de reintegros. En ocasiones, se analiza, además, si la persona vive sola o no, si tiene familiares que puedan ocuparse del cuidado -por lo menos durante algunas horas por día o semana- y su nivel socioeconómico, bajo la consideración que las prestaciones sólo se justifican cuando hay vulnerabilidad social y no se cuenta con familiares.

CUIDADOS COMUNITARIOS

En un contexto de escasa provisión de cuidados por parte del Estado, altos valores del cuidado privatizado y esfuerzos de larga duración por parte de las familias, analizar los modos en los que interviene la comunidad completa el análisis de la organización social y política del cuidado de personas mayores frágiles o dependientes. Más allá de la obvia contribución de los lazos de reciprocidad, apoyo, contención de las personas mayores que pueden surgir basados en las redes basadas en la proximidad geográfica/barrial, este apartado se centra en la contribución de las *organizaciones* comunitarias.

²¹ Esta información se basa en una entrevista con una abogada especializada en amparos relacionados con el cuidado y en la revisión de tres sentencias de Cámara que responden a recursos de amparo de particulares contra empresas de salud. También, al análisis de dos fallos de la Corte Suprema de Justicia, que revisan el alcance de la norma de las Empresas de medicina prepaga, en virtud del derecho a la salud, a la vida y a la integridad (FALLO E. 34. XXXV. RHE y FALLO C. 595. XLI. RHE).

Las organizaciones comunitarias que proveen servicios de cuidado directo constituyen un grupo sumamente heterogéneo. Entre ellas, la literatura incluye desde centros de jubilados y agrupaciones de la tercera edad en general, pasando por diversas organizaciones fundadas a partir de la pertenencia a determinada comunidad religiosa o nacional hasta cooperativas comunitarias de cuidado.

Cabe señalar que algunos tipos de estas organizaciones están compuestos por personas de la tercera edad que gestionan servicios para sí mismas. Este es el caso, por ejemplo, de los centros de jubilados. Se trata de espacios que organizan actividades físicas, culturales, recreativas, de estudio, de estimulación cognitiva y de promoción de hábitos saludables, entre las más importantes. La consolidación definitiva de estas organizaciones se produce con el impulso generado por la creación del PAMI a principios de la década del 70, institución a la que luego se incorporarían como prestadoras (Gascón, 2016). En la actualidad dicha organización cuenta en sus filas con más de 5.900 de estos centros (Oliveri, 2020). Estas asociaciones resultan de gran importancia para promover una vejez activa y prevenir situaciones de dependencia.

Otras organizaciones, en cambio, se caracterizan por proveer servicios a terceros. Este es, en general, el caso de las organizaciones ligadas a comunidades religiosas. De todos modos, los servicios provistos presentan una marcada diversidad. Por ejemplo, organizaciones como la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA) han desplegado diversos esfuerzos de atención a la dependencia y la fragilidad. Entre ellos se destaca la puesta en marcha un Centro Integral de Día y una Red Clubes del Adulto Mayores (que cuenta con más de 40 centros en Buenos Aires y en el interior del país, del que participan más de 2.000 personas). En el caso particular del Centro de Día –y evidenciando una vez más la intrincada relación entre los diversos vértices del diamante de cuidado– la iniciativa pronto se convirtió en una prestación conveniada con el PAMI. Otro ejemplo de servicio por parte de la comunidad judía lo constituye la Fundación Tzedaká, que se destaca por su rol en intermediar entre la población mayor vulnerable y la realización de trámites frente al gobierno para acceder a beneficios (Gascón, 2016). En todos estos casos, tal como lo hacen las políticas públicas, las organizaciones suelen hacer foco en personas en situación de vulnerabilidad económica y social extrema. Asimismo, como característica distintiva, es frecuente que este tipo de organismos descansen en fuertes redes de voluntariado.

La Cruz Roja provee un servicio de teleasistencia para las personas mayores, cuyas características fueron desarrolladas en el apartado anterior. Si bien se trata de un servicio

comunitario, éste se vende por un valor de mercado, aunque buscando siempre cumplir una función social mediante precios accesibles y cobertura de poblaciones que usualmente no acceden a servicios de apoyo y cuidado²². Adicionalmente, existen casos de gobiernos locales -por ejemplo, el del partido de Tigre en la provincia de Buenos Aires- contrata a la Cruz Roja para brindar este servicio de forma gratuita a personas mayores que viven solas. Así, en el marco del programa “Estamos con Vos”, en marzo de 2019 esta prestación del municipio contaba con 30 beneficiarios (Oliveri, 2020).

En relación con estrategias de cuidado social, una estrategia interesante situada en la interacción entre lo comunitario y el mercado lo constituyen las cooperativas de cuidado. Un caso pionero lo constituye la cooperativa Soltrecha (Solidaridad Trento Chaqueña) que se encuentra en la ciudad de Resistencia, provincia del Chaco. Se trata de una cooperativa que nació en 2001, impulsada originalmente por una ONG de descendientes de italianos provenientes de la provincia de Trento.²³ Si el nacimiento de Soltrecha estuvo orientado a dar asistencia y mejorar las condiciones de vida de las personas mayores de la comunidad trentina, pronto se abrió a toda la comunidad de la región. Hay más de 50 socias que brindan su servicio a familias del Gran Resistencia y ciudades aledañas, incluyendo a la vecina capital de la provincia de Corrientes. Desde el año 2016, Soltrecha cuenta con su propio curso de Cuidadores domiciliarios.²⁴ Otra experiencia frecuentemente mencionada por la literatura es la cooperativa de Cuidadores Domiciliarios de Mar del Plata, nacida en 2012 a partir de la iniciativa de 10 alumnas luego de realizar un curso sobre Cuidados de la DINAPAM. La literatura reciente indica que esta cooperativa nuclea a cerca de 140 cuidadoras comunitaria y atiende a cerca de 100 personas mayores (Strada, 2021).²⁵

En los últimos años, el impulso de los cursos de capacitación y diplomaturas en cuidados integrales dictados desde distintos niveles gubernamentales dio lugar a la creación de varias cooperativas de cuidado. Estos esfuerzos se han visto motorizados desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en articulación con universidades nacionales.²⁶

²² <https://cruzroja.org.ar/teleasistencia/>

²³ Como antecedente previo inmediato a la fundación de Soltrecha, la ONG de descendientes de Trento, en asociación con el gobierno del Chaco, había organizado una capacitación en cuidados domiciliarios que funcionó como estímulo inicial para conformar la cooperativa.

²⁴ https://www.fecootra.coop/cooperativa/0000118/cooperativa_de_trabajo_soltrecha_ltda.php

²⁵ <https://www.essapp.coop/cooperativa-cuidadores-domiciliarios-mar-del-plata/sede-cooperativa-cuidadores-domiciliarios-mar-del>

²⁶ Muy especialmente con la Universidad Nacional de la Matanza a través del dictado directo de las diplomaturas o certificando aquellas que se brindan en otros distritos (Pereyra y Micha, 2022)

De particular importancia ha sido la inclusión de titulares del “Potenciar Trabajo” -el programa público de empleo más importante del país- en este tipo de capacitaciones. Como resultado, las cooperativas de cuidado de personas mayores han florecido sostenidas por esta política social.²⁷ Puesto que el programa contempla un estipendio mensual para sus titulares,²⁸ estas cooperativistas brindan una porción de cuidados gratuitos a las personas mayores de su barrio en calidad de contraprestación. Asimismo, se ha reportado la existencia de subsidios de la DINAPAM hacia estas cooperativas para financiar la asistencia de adultos mayores de sectores populares en sus domicilios particulares, en forma complementaria al trabajo de contraprestación de las cuidadoras. Los convenios de trabajo celebrados bajo esta modalidad establecen una determinada cantidad de horas para que las cooperativas distribuyan entre las cuidadoras, a una tarifa que tenga como referencia el convenio de trabajadoras de casas particulares (Pereyra y Micha, 2022)

El crecimiento en general de este tipo de iniciativas -y la detección de buenas prácticas asociadas- se refleja en la creación de la Incubadora de Cooperativas de Cuidados en 2021. La misma surge a partir de la firma de un convenio entre la Asociación Mutual de Ayuda al Personal de Empleados Públicos y Privados (AMAPEPYP) y el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES). Es interesante señalar la realización de un relevamiento por parte de dicha Incubadora en el que identificaron 138 cooperativas de trabajo orientadas al cuidado, siendo casi la mitad (48%) dirigidas a la atención de personas mayores (Baunis y Fajn, 2023).

Estos datos sugieren un estadio muy incipiente de este tipo de emprendimientos y, por ende, con una capacidad aún limitada para responder a la demanda de cuidado de esta población. No obstante, las experiencias existentes también indican que se trata de un fenómeno interesante y con mucho potencial. Por un lado, implica una nueva fuente de provisión de este tipo para servicios cuya demanda se encuentra en expansión. Y, por otro lado, las experiencias también han implicado una salida laboral, fundamentalmente para muchas mujeres de sectores populares que históricamente han cuidado por fuera del mercado de trabajo. En este sentido, el fenómeno de las cooperativas comunitarias de trabajo se erige como una de las posibles respuestas a un movimiento crítico que viene

²⁷ De todas maneras, este tipo de contraprestación dentro del programa aún representa una porción ínfima de las tareas de cuidado, pero con un importante potencial de expansión (Pereyra y Micha, 2022)

²⁸ Las y los titulares del programa cobran mensualmente un estipendio que representa el 50% del salario mínimo, vital y móvil (SMVM).

creciendo dentro del feminismo y que busca revalorizar el trabajo comunitario - reclamando su reconocimiento social pero también económico- (Sanchís, 2020, Fournier, 2020; Bottini *et al.*, 2021).

Para concluir, una observación necesaria respecto al cuidado comunitario en términos generales tiene que ver con la naturaleza de su articulación con el Estado. En efecto, tal como dejan entrever las experiencias reseñadas en esta sección, la transferencia de fondos gubernamentales -a través de convenios, programas, etc.- ha resultado clave para el desarrollo y/o la consolidación de la mayoría de las iniciativas analizadas. El apoyo estatal a estas iniciativas comunitarias que buscan involucrarse en la provisión de cuidados resulta auspicioso, pero también implica desafíos. A modo de ejemplo las situaciones a evitar van desde la cooptación estatal de las organizaciones hasta la transferencia de funciones y tareas indelegables del Estado en esquemas de trabajo voluntario. Al margen de las necesarias precauciones, el acercamiento del Estado a estas organizaciones implica sin duda significativos beneficios. Por un lado, el conocimiento “de primera mano” que tienen estas entidades sobre la población destinataria, constituye una ventaja comparativa a la hora de detectar problemas, proponer soluciones y acercarse de forma efectiva a las personas mayores. Por otro lado, cuando las organizaciones de la comunidad están compuestas y gestionadas por las propias personas mayores no solamente intervienen en la promoción de la autonomía y el envejecimiento activo, sino también realizan una significativa contribución al empoderamiento de esta población para incidir en la agenda de las intervenciones públicas así como para reclamar y defender sus derechos frente al Estado (Gascón, 2016).

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de la organización social y política del cuidado de las personas mayores con dependencia plantea una primera dificultad: la escasez y falta de sistematicidad de información pública y de relevamientos específicos sobre el tema impiden responder de manera exhaustiva a los interrogantes iniciales: ¿Quién cuida? ¿Adónde se cuida? ¿Quién paga por el cuidado de personas mayores con dependencia? En este sentido, si bien se ha podido dar cuenta de los servicios públicos, mercantiles y comunitarios existentes, son escasos y/o dispersos los datos sobre cobertura de cada uno de ellos. Las encuestas a hogares no suelen indagar sobre el acceso a la gama completa de servicios existentes, más bien se circunscriben a los servicios que se brindan puertas adentro del hogar (con algunas excepciones en el caso de las residencias de larga estadía). La ENUT de 2021

permite dar un panorama general de algunas dimensiones que afectan a los hogares y a sus miembros, pero su limitada cobertura no permite realizar cruces estadísticamente confiables para conocer las estrategias que asumen distintos hogares según su nivel socioeconómico, entre otras dimensiones relevantes.

De todas maneras, la reconstrucción en base a los datos existentes deja entrever con claridad un escenario familiarista. La provisión de cuidados cae de forma aplastante sobre los hogares donde viven las personas mayores o que los supervisan y acompañan desde fuera. Cuando pensamos en cuidados familiares dirigidos a esta población, al igual que lo que sucede con el cuidado infantil, se trata de una tarea que recae en forma desproporcionada sobre las mujeres.

Si bien análisis previos (Faur y Pereyra, 2018) muestran la mayor propensión a tercerizar el cuidado en el caso de esta población cuando se compara con las niñeces, parece haber grandes obstáculos en el camino.

En términos generales la oferta pública de servicios de cuidado aparece dirigida a personas mayores en situaciones de vulnerabilidad extrema. Y ello no sólo en términos del aspecto más obvio, que hace a la dependencia física y/o cognitiva, sino también en lo que concierne a la dimensión económica y, muchas veces, en lo que hace a la falta de redes de contención familiar. Esta situación implica que las familias y las personas mayores que no son pobres deberán resolver esta demanda de cuidado por otras vías.

Los servicios de mercado son los más desarrollados e inmediatos, con capacidad de adaptar las estrategias según los requerimientos cambiantes de las personas mayores. El problema es la carestía de estos servicios, que impacta de manera definitiva en un acceso estratificado, donde la mayor cobertura se da entre los hogares de mayor nivel socioeconómico (Faur y Pereyra, 2018; Oliveri, 2020). Dado el alto costo de los servicios hay toda una franja de población que no es pobre como para acceder a los servicios públicos, pero tampoco lo suficientemente rica como para comprar en el mercado. Mientras que las obras sociales y el PAMI tienen sistemas de reintegro o cobertura para sus afiliados, las empresas de medicina prepaga se desligan del compromiso de cubrir estos servicios a sus asociados en la mayoría de los casos. Así, sólo logran acceder a esta prestación quienes recurren a recursos de amparo, como se ha evidenciado.

Por su parte, las organizaciones comunitarias que ofrecen servicios de cuidado dejan entrever iniciativas de gran potencialidad, como el desarrollo de cooperativas de cuidado

dirigidas a personas mayores. Sin embargo, por el momento su oferta es reducida y se desconoce el alcance de su cobertura. Por lo pronto, parece estar configurándose una estrategia que busca ofrecer servicios en el mercado para cubrir una demanda creciente. La pregunta es ¿en qué medida podrá, además, constituir una estrategia que permita el acceso a servicios de calidad para los hogares que no acceden a servicios mercantiles, y cuál será el papel del Estado para promover esta alternativa?

En última instancia, lo que está en cuestión es si la responsabilidad de los cuidados seguirá estando a cargo de las familias, a pesar de las enormes transformaciones demográficas y sociales, y de la aguda desigualdad socioeconómica entre éstas, o si se protegerá el acceso universal al derecho al cuidado, lo cual supone una clara corresponsabilidad entre actores e instituciones, y una regulación, presupuesto y fiscalización estatal acorde con los postulados del derecho.

En este sentido, nos encontramos frente a un desafío crítico: además de requerir respuestas urgentes, es indispensable proyectar a futuro, ya que la población seguirá envejeciendo y la estructura demográfica continuará transformándose de manera acelerada.

No se trata de colocar parches, sino de construir un sistema de cuidados verdaderamente integral, que coordine las diferentes políticas sectoriales, que logre entrelazar de manera virtuosa los niveles nacionales y subnacionales, que permita redistribuir los cuidados, aliviar las cargas familiares y su desproporcionado impacto en términos de género. Es necesario el liderazgo estatal en la regulación y provisión de servicios, capaz de comprometer los agentes del mercado y de apuntalar los servicios comunitarios.

En este sentido, Argentina cuenta con un proyecto de ley elaborado por una comisión de especialistas en cuidados y presentado al parlamento en mayo de 2022. Se trata del proyecto de Ley "Cuidar en igualdad", que introduce los principios de derechos humanos para brindar apoyos y cuidados a la población de personas mayores frágiles y/o dependientes. La sanción de instrumentos como éste es central, y requiere acompañarse de la generación de información exhaustiva que permita diseñar políticas basadas en la evidencia, así como monitorear y evaluar las prestaciones para las personas mayores.

Bibliografía

ALONSO, Virginia y MARZONETTO, Gabriela, *El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales para adultos mayores y personas con discapacidad en la Argentina*, Buenos Aires, Centro Interdisciplinario de Políticas públicas, 2019.

ARANCO, Natalia y IBARRARÁN, Pablo, *Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados*. Buenos Aires, Banco Interamericano de Desarrollo, 2020.

ARANGO GAVIRIA, Luz Gabriela, “El trabajo de cuidado: ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional?”, en Arango Gaviria, Luz Gabriela y Molinier, Pascale (comp.) *El trabajo y la ética del cuidado*, Bogotá, La Carreta Social, 2011.

ANSES, *Plan de Pago de Deuda Previsional*, Observatorio de la Seguridad Social, Buenos Aires: Administración Nacional de la Seguridad Social, 2023.

BAUNI, Natalia y FAJN, Gabriel. “Estrategias intersticiales de resistencia al neoliberalismo como forma de organización colectiva y ampliación de derechos” *Otra Economía*, 16(29), 2023.

BOTTINI, Alberta; BORONAT PONT, Violeta; CASCARDO, Florencia; FOURNIER, Marisa; MUTUBERRÍA LAZARINI, Valeria y SCJARRETTA, Vanessa, *Economía popular, social y solidaria desde una perspectiva feminista. Aportes para el debate y la transformación*. Buenos Aires: Red Universitaria de Economía Social y Solidaria/ Fundación Friedrich Ebert, 2021.

CEPAL, *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2016.

COMAS D’ARGEMIR, Dolors y BOFILL-POCH, Silvia, “Cuidar a mayores y dependientes durante la pandemia”, en Comas d’Argemir, Dolors y Bofill-Poch, Silvia (editoras), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*, Valencia, Tirant Humanidades, 2022.

DALY, Mary y LEWIS, Jane “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states”, *The British Journal of Sociology*, 51(2), 2000

ESQUIVEL, Valeria y PEREYRA, Francisca, “Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas” en *Trabajo y Sociedad* Vol.28, 2017.

FAUR, Eleonor, *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno editores, 2014.

FAUR, Eleonor, “El trabajo de cuidado comunitario. De la invisibilidad al reclamo de derechos”, en Perrotta, Valentina y Pineda Duque, Javier (ed.) *La sociedad del cuidado*. CDMX, CLACSO (en prensa).

FAUR, Eleonor y PEREYRA, Francisca, “Gramáticas del cuidado”, en Piovani, J.I. y Salvia, A. 2018, *La Argentina del siglo XXI*, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2018.

FINDLING, Liliana; LEHRER, María Paula y CIRINO, Estefanía, “Los itinerarios de cuidadores remunerados en el Gran Buenos Aires: estrategias de formación y cuidado de sí”, en Borgeaud-Garciandía, Natacha (comp.), *El trabajo de cuidado*, Buenos Aires, Fundación Medifé, 2018.

FLORITO, José, “El cuidado de adultos mayores” en *Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos*: Buenos Aires, Organización Internacional del Trabajo, 2018.

FOURNIER, Marisa, “Cuando lo que importa es la vida en común: intersecciones entre Economía Social, cuidados comunitarios y feminismo” en Sanchís, Norma (comp.) *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia y más allá*, Buenos Aires, Asociación Lola Mora, 2020.

GASCÓN, Silvia, “Políticas sociales y adultos mayores en la Argentina” en Faur, Eleonor (comp.) *Repensar la Inclusión Social. Políticas públicas y sociedad civil en la Argentina (1991-2016)*. Buenos Aires: Editorial Capin, 2016.

GASCÓN, Silvia, “Sistemas de cuidados para personas mayores dependientes”, Documento realizado para OISS, mimeo, 2021.

INDEC. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores 2012 ENCaViAM. Principales resultados*. Serie Estudios INDEC N° 46. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014.

INDEC, *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre 2023*. Condiciones de Vida Vol.7 No. 16. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2023.

INDEC, Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021.

INDEC, Dossier estadístico de personas mayores 2023 en conmemoración del 33º Día Internacional de las Personas de Edad, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Octubre, 2023.

MICHA, Ariela y PEREYRA, Francisca, *Trabajadoras comunitarias de cuidado en el marco del programa Potenciar Trabajo. Experiencias laborales y aportes a la provisión de servicios*, Buenos Aires, Organización Internacional del Trabajo, 2022.

MTEySS, *Alcance de la seguridad social. Personas aportantes y beneficiarias*. Informe No.10, Secretaría de Seguridad Social. Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2023.

OISS, *Guía sobre Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia*, Madrid, Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, 2021.

OIT, CIPPEC, UNICEF, PNUD, "Las políticas de cuidado en la Argentina. Avances y desafíos", Buenos Aires, 2018

OLIVERI, María Laura, *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina, Nota Técnica 2044*, Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo, 2020.

PNUD, *El sistema de salud en Argentina y su trayectoria en el largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, Buenos Aires, UNDP, CEPAL, OPS, 2011.

RAZAVI, Shahra, *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, Gender and Development Programme Paper Number 1, United Nations Research Institute for Social Development, Geneva, 2007.

RAZAVI, Shahra and STAAB, Silke. "Underpaid and overworked: A cross-national perspective on care workers", *International Labour Review*, Vol. 149 (2010), No. 4 407-422, 2010.

REDONDO, Nélica, *La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el área metropolitana de Buenos Aires: ¿desconociendo derechos o promoviendo autonomía?* Buenos Aires: Fundación ISALUD, 2010.

ROQUÉ, Mónica, “Ni abuelas, ni viejas locas, ni brujas. Derechos Humanos de las mujeres mayores”, en Barrancos, Dora (compiladora), *Mujeres y LGBTI+ en Argentina. Organización y conquista de derechos*. Buenos Aires, Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad, 2023.

SANCHÍS, Norma, “Ampliando la concepción de cuidado: ¿privilegio de pocxs o bien común?” en Sanchís, Norma (comp.) *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia y más allá*, Buenos Aires: Asociación Lola Mora, 2020.

STRADA, Daiana. “El cuidado domiciliario de personas mayores en el marco cooperativo: legislación laboral y debates en torno al cuidado” *XIV Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

UNFPA. *Situación de la población en la Argentina*, Buenos Aires, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.