

Desayunos sobre políticas de cuidado en la Argentina

Avances y desafíos en el
cuidado de adultos mayores.
Nota técnica



Resumen Ejecutivo¹

Argentina es uno de los países de América Latina que manifiesta un envejecimiento poblacional avanzado. Los cambios en la constitución de la familia, la disminución de las tasas de fecundidad y la inserción laboral de las mujeres pone en jaque la provisión de servicios de cuidados de una población que cada vez tiene una esperanza de vida mayor.

A pesar de que se suele ver este envejecimiento como un riesgo, con las políticas públicas adecuadas puede representar una oportunidad. Los adultos mayores son un recurso valioso de la sociedad cuyos derechos deben ser garantizados, a través de intervenciones públicas integrales que tomen en cuenta los cuatro actores del diamante de cuidado: familia, comunidad, mercado y Estado. A este último le corresponde un rol regulador primordial para garantizar pisos de calidad de los distintos programas, así como para articular las diferentes acciones llevadas a cabo por los actores involucrados.

El presente documento busca presentar los avances y desafíos centrales en el cuidado de los adultos mayores con dependencia en la Argentina. La primera sección da cuenta de la situación actual de las personas mayores, teniendo en cuenta dimensiones como acceso a la salud, conformación de los hogares, necesidad de cuidado y provisión de estos servicios. Una segunda sección explicita las intervenciones públicas que actualmente se desarrollan en el país a la vez que identifica los actores que participan de la atención a la problemática. La tercera sección ofrece un panorama de las experiencias internacionales y de las lecciones internacionales que pueden ser incorporadas por Argentina. La sección final concluye con una serie de recomendaciones en cuatro dimensiones enfocada no solo en la protección sino también en la promoción de los derechos de los ciudadanos mayores.

¹ El uso de un lenguaje que no discrimine por género es una de las preocupaciones de los autores. Sin embargo, dado que no hay acuerdo sobre la manera de hacerlo en castellano y para evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar el femenino y masculino en simultáneo para visibilizar la existencia de ambos géneros, se optó por emplear el genérico tradicional masculino. Los autores entienden que todas las menciones en genérico representan siempre a varones y mujeres, salvo cuando se especifique lo contrario.

Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la transición demográfica generada por cambios en la fecundidad, en la mortalidad y, en menor medida, en las migraciones. Se define como un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, caracterizado por el aumento del peso relativo de las personas en edades avanzadas y la disminución del peso relativo de los más jóvenes. Esto se refleja en la inversión de la pirámide poblacional por edades.

Una complejidad adicional a la temática es la falta de consenso de lo que significa ser un adulto mayor con dependencia, por un lado, y de las políticas de cuidado que se deben implementar para la protección y promoción de los derechos de estas poblaciones, por otro. El proceso de envejecimiento es sin dudas diferente para todas las personas que lo transitan. Surgen diferencias según el sector social al que pertenecen, su nivel educativo, su grado de autonomía, su género, las cargas de trabajo que haya soportado a lo largo de su vida, su ámbito de residencia, entre otros factores. De aquí que lo que prevalezca sea la naturaleza del concepto social de envejecimiento diferencial (Oddone & Salvarezza, 2001).

Respecto al cuidado, también prevalecen discusiones conceptuales. ¿Qué es el cuidado? ¿Quién lo necesita? ¿Cuánto lo necesitan? ¿Quién se debe hacer cargo de esa necesidad? Estas son preguntas que, tanto desde la academia como desde la función pública aún se intenta responder de forma consensuada. Es necesario aclarar que la edad avanzada no implica necesariamente dependencia. Sin embargo, se observa una correlación positiva entre ambas. Para operacionalizar el nivel de dependencia se evalúa la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. La valoración funcional se divide en básica e instrumental. La primera refiere a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios dentro de su hogar, llevar a cabo actividades de la vida cotidiana como alimentarse, bañarse o vestirse. La segunda, en cambio, refiere a actividades de mayor complejidad, como el uso del dinero y la administración de medicamentos. Algunos especialistas prefieren hablar de apoyo más que de cuidado, al concebir que de esta forma se captura mejor la idea de que, a pesar de que el adulto mayor pueda disminuir su independencia funcional, mantiene su autonomía que le permite decidir los servicios que necesita y en la medida en que los necesita.

En función del concepto de dependencia que se adopte, pueden existir diferentes enfoques en los sistemas de cuidados para personas mayores con dependencia. En términos generales, pueden existir dos tipos ideales de servicio: los servicios de atención médica (perspectiva sanitarista) y los servicios personales y ambientales ofrecidos por familias o por personal contratado en los hogares particulares, como también por las instituciones de larga estadía (perspectiva social). Se verifica el crecimiento de la oferta de servicios médicos en domicilios que están dirigidos a pacientes con morbilidades complejas, deterioro funcional severo, ancianos con criterios de fragilidad o dificultades en el seguimiento ambulatorio. En cuanto a los elementos imprescindibles del cuidado social, están la higiene y el aseo personal, la nutrición adecuada, la higiene ambiental, la movilización o ejercitación sistemáticas, la correcta forma de tomar los medicamentos, la provisión de insumos y cosmética y la vivienda con adecuada ventilación y calefacción (Redondo, 2014).

Es preciso recordar que los cambios en la estructura de la población por edad pueden tener consecuencias no solo para los segmentos caracterizados como “adultos mayores”, sino también para los mercados de trabajo, el crecimiento económico y el bienestar de los diversos escenarios de desarrollo en general. El envejecimiento plantea problemas relacionados a la posible escasez de mano de obra y competencias, a la productividad e innovación y a la prestación de una protección social adecuada (OIT, 2013).

Hasta la década de 1980, el cuidado de las personas mayores con dependencia era conceptualizado como una problemática a resolverse estrictamente en el ámbito privado. Las familias, y esto es decir las mujeres, eran consideradas las responsables de prestar apoyo. El internamiento en asilos, hogares o residencias geriátricas era la única prestación pública o privada disponible en caso que las familias no pudieran garantizar la prestación suficiente.

Desde la declaración de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991) y la declaración política del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento de 2002, el tratamiento de los derechos de las personas mayores desde el estado ha sufrido un cambio paradigmático (Flores-Castillo, 2013). Actualmente, el enfoque de derechos basado en estos instrumentos proporciona una perspectiva conceptual y metodológica, pero no operativa, dado que ambos documentos no son vinculantes.

En 2010 se creó el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con la función de evaluar la situación de las personas adultas mayores en el mundo y la adecuación de las normas internacionales para la promoción y protección de sus derechos. El Grupo identificó cuatro dimensiones sobre las que se debe actuar: invisibilidad; dispersión y no aplicación de los instrumentos; falta de seguimiento y falta de información. Por su parte, en el 24° período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, el 25 de septiembre de 2013, se decidió nombrar por un período de 3 años a un experto independiente que investigue sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas mayores de edad, y que evalúe la aplicación de los instrumentos legales vigentes.

Un avance reciente fue la reciente aprobación, el 15 de junio de 2015, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la primera de este tipo en ser aprobada en el mundo, por parte de la Organización de los Estados Americanos. Argentina, junto con Uruguay, Brasil, Chile y Costa Rica la ratificaron, mientras que Canadá y Estados Unidos se mostraron contrarios a la misma. La Convención, vinculante, obliga a los estados miembros a tomar acciones concretas para priorizar la atención a los adultos mayores en numerosas dimensiones de política.

Este instrumento supone un gran avance dado que, como se especificó anteriormente, las particularidades del envejecimiento poblacional en un contexto de “crisis del cuidado” (CEPAL, 2009), obligan a que el Estado asuma un rol más protagónico en la articulación de ofertas programáticas destinadas al apoyo de las personas mayores y de sus redes de ayuda. Una política integral de cuidado para adultos mayores debe partir de la conceptualización del “diamante de cuidado”, es decir, de la integración de las intervenciones del estado, la familia, la comunidad y el mercado. Cada uno de estos actores cumple funciones diferentes pero imprescindibles; el desafío consiste en articular sus acciones para garantizar servicios de calidad.

Diagnóstico

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento demográfico se ha expresado con celeridad desde la segunda mitad del siglo XX. Según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050 una de cada cinco personas tendrá más de 65 años². En nuestro país, este proceso se inició alrededor de 1920 y se intensificó a mediados de la década de 1970 (Recchini de Lattes, 2001). En la actualidad, Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. Según el censo 2010, un 10,2% de la población tiene 65 años y más, lo que implica una proporción elevada de personas mayores con relación a la población total.³ Este es un proceso que avanza en función del aumento de la esperanza de vida y de la disminución de la tasa de fecundidad, que en Argentina es de 2,18 (Banco Mundial, 2014). Por su parte, en el período comprendido entre 1950 y 2100, la tasa de crecimiento será cero para el grupo de personas menores de 15 años, 0,3% entre aquellos entre 15 y 64 años de edad, y del 1,4% para aquellos mayores a 64 años (Banco Mundial, 2015) Esta situación plantea nuevos desafíos a las estrategias del Estado como a las de las familias y a las de la sociedad civil, a la vez que se ponen en evidencia las limitaciones de las políticas sociales orientadas a los adultos mayores por estar este grupo propenso a sufrir carencias derivadas del acceso a recursos básicos materiales e inmateriales. El aumento de la proporción de adultos mayores representa una presión considerable sobre los sistemas de seguridad social, concebidos inicialmente sobre la base de períodos de jubilación relativamente breves. En el ámbito de la salud, se observa un incremento de la demanda de servicios de prevención, rehabilitación, cuidados de enfermería y tratamiento de las enfermedades crónicas. La edad avanzada representa, además, un reto para la asistencia social: la necesidad de garantizar un ingreso a los adultos mayores ha conducido a la expansión de programas de protección social no contributivos (Jaccoud, 2010).

La presencia de más de 5.8 millones de adultos mayores en Argentina y la proyección de que llegarán a 13 millones en 2050 hacen que sea necesario tomar medidas concretas desde las políticas sociales en un contexto de creciente reducción del tiempo de las familias para prestar apoyo y cuidados a esta población. Esto se explica en buena medida porque la incorporación de la mujer al mercado laboral ha aumentado considerablemente, sin que se observe una distribución más equitativa de las tareas intrahogar. Esta menor disponibilidad de tiempo impacta profunda y negativamente sobre la calidad del cuidado que reciben los adultos mayores.

A pesar de que este envejecimiento poblacional acelerado puede ser concebido como un riesgo que pone en peligro la solvencia fiscal de los sistemas contributivo y no contributivo de la protección social, es preciso notar que, a través de una serie de políticas públicas adecuadas y articuladas entre sí, es fundamental que se garantice el goce de los derechos de los adultos mayores, que son un capital fundamental de la sociedad toda.

En primer lugar, es preciso reconocer que no se puede hablar de una única “vejez”. Existen problemas conceptuales a la hora de definir “qué es ser viejo”, que se han resuelto con el indicador

² CEPAL/ECLAC/Naciones Unidas (2009): Proyección de población. Publicación del Observatorio demográfico para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile. Disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/28297/OD7_Proyeccion_Poblacion.pdf

³ Naciones Unidas clasificó a los países en tres grupos: los estructuralmente jóvenes (menos de 4% de población de 65 años y más); aquellos con poblaciones maduras (entre 4% y 7%), y los con poblaciones envejecidas (más del 7% de población con 65 años y más).

más objetivo posible, la edad cronológica. Así, es posible identificar dos subgrupos: uno relativamente más joven (adultos mayores entre los 60 y 74 años), y uno mayor (de 75 años en adelante). Una importancia adicional de esta clasificación surge de la tendencia poblacional de aumento de la esperanza de vida de los propios adultos mayores. El subgrupo de 75 y más que en 1950 representaba aproximadamente el 17% de las personas en edad avanzada en América Latina, a comienzos de este siglo ya constituía la cuarta parte de esa población. Por otra parte, existe consenso acerca de que el proceso de envejecimiento no es idéntico para todas las personas que lo transitan y, en consecuencia, la percepción de la vejez no será la misma en una u otro caso. Por estas consideraciones, prima la idea de que lo que existen son distintos tipos de “vejez” más que una “vejez” unívoca (Repetto, 2011).

En Argentina, alrededor del 10% de los adultos presenta dependencia básica. Esta cifra aumenta a medida que avanzan los años, y las mujeres con este tipo de dependencia duplican a los varones en todos los grupos de edad (INDEC, 2012). La tarea de ayudar a las personas con alguna dependencia básica recae principalmente en el entorno familiar (77,4%). En menor medida, son llevadas adelante por empleados domésticos o cuidadores no especializados (12,2%), un amigo o vecino (5,5%) o un cuidador especializado (3,5%).

Respecto de la dependencia instrumental, el 22% de los adultos mayores presenta por lo menos una de ese tipo de limitaciones. Según INDEC (2012), 13% necesita ayuda para hacer las compras, 12% para realizar las tareas de hogar y 11% para viajar en transporte público, taxi, remis o automóvil particular. Nuevamente, son principalmente los familiares quienes se hacen cargo de estas tareas en todos los grupos de edad (en casi un 80% de los casos), seguido de los cuidadores no especializados o servicio doméstico.

Una de las características principales de la población adulta mayor en Argentina, y esta es una tendencia que se repite en la región latinoamericana, es la feminización de sus componentes, dados los mayores niveles de mortalidad masculina. En 2010, de un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más, 2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones. A medida que se avanza en la edad, las mujeres incrementan su peso relativo, llegando a representar el 63% de las personas de 75 años y más. Esto es sumamente relevante porque existen una serie de factores que acrecientan los problemas que enfrentan las mujeres mayores. Se ha verificado que, a menor educación, es más precaria y de peor calidad la vida que llevan las personas mayores de edad. En Argentina, la población de edad tiene un nivel de educación menor que la población adulta, y esta situación afecta particularmente al género femenino. Otro elemento que contribuye a aumentar la vulnerabilidad de los ancianos es la carencia de ingresos propios, situación más prevalente entre las mujeres. (Jaccoud, 2010).

Otra de las características salientes del envejecimiento es su perfil urbano y las heterogeneidades entre unidades subnacionales. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reside el mayor porcentaje de población de 65 años y más (15,7%), mientras que en Neuquén, esta población apenas supera el 6,4% del total (INDEC, 2012). Estas heterogeneidades interjurisdiccionales son un insumo indispensable para el diseño de una política integral de cuidado de adultos mayores.

El envejecimiento de la población tiene importantes consecuencias en la dinámica de los hogares. El Instituto Nacional de Estadística y Censos define tres estratos de hogares con adultos mayores: Los hogares unipersonales de adultos mayores, los hogares monogeneracionales y los multigeneracionales con al menos un adulto mayor. El análisis a partir de estas categorías permite observar que 2 de cada 10 hogares son unipersonales, 3 de cada 10, monogeneracionales y 5 de cada 10 multigeneracionales. Los unipersonales tienden a estar conformados por una población más envejecida y las mujeres están sobrerrepresentadas en ellos. En los hogares

multigeneracionales, en cambio, se observa una prevalencia de jefatura masculina (84%); en este tipo de hogar se mantiene una estructura familiar extensa, que se convierte en una potencial fuente de apoyo para las necesidades específicas de los adultos mayores (INDEC, 2012).

Un hecho destacable es que, según el Observatorio de la Deuda Social de la UCA, el 34% de las personas mayores declara tener ingresos insuficientes⁴. Como es previsible, en el estrato más bajo la problemática tiene una mayor incidencia: mientras al 51,9% de las personas mayores del estrato socioeconómico más bajo “no les alcanza”, esto le ocurre al 8,7% de las que pertenecen al estrato más alto (Amadasi & Tinoboras, 2015)

Partiendo de una definición amplia de la salud, que incluye dimensiones ligadas al bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud, 2013), la Encuesta de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCaViAM) del INDEC, incluyó una serie de indicadores tendientes a caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores. Los resultados de la encuesta muestran que un 42,5% de las personas de 60 años y más considera que su salud es buena y un 16,9% la percibe como muy buena o excelente, mientras que el resto la percibe como regular (34%) o mala (6,7%) (INDEC, 2012). Las caídas son frecuentes en las edades extremas, y representan un gran riesgo. El 32% de los adultos entrevistados por la ENCaViAM se cayó en los últimos dos años y de ese total más de la mitad se cayó más de una vez. De los que se cayeron, la mitad tuvo como consecuencia la fractura de algún hueso.

Por otro lado, un 8% de los adultos mayores entrevistados para la ENCaViAM fue diagnosticado con depresión, y solo la mitad de ellos recibió algún tratamiento psicológico o psiquiátrico. Al interior de ese grupo, las mujeres duplican su presencia relativa con respecto a los varones (INDEC, 2012). Por su parte, un 14% de las personas de 60 años y más tienen deficiencias visuales, mientras que el 11% es sordo o no escucha bien ni usando audífonos.

En cuanto a la cobertura, 83,8% de los adultos mayores cuenta con obra social, mayoritariamente PAMI. La cobertura a través del sistema privado es una situación minoritaria: un 6,8% posee mutual, prepaga y/o servicios de emergencias, o una combinatoria de más de un servicio de salud. Solo un 8,6% no cuenta con cobertura de salud, convirtiéndose en potenciales usuarios del sistema público (INDEC, 2012).

La disponibilidad y organización de los recursos monetarios de los hogares condiciona la satisfacción de las necesidades de salud. En el caso de las personas de edad avanzada, la necesidad de recursos monetarios para atenderse adecuadamente tiende a ser mayor. Según los últimos datos de la Encuesta del Bicentenario de la Deuda Social de la UCA, se verifica que el 15,9% de las personas mayores declara haber tenido que practicar recortes de gastos en consultas a profesionales de la salud. La diferencia más notoria es por estrato socioeconómico, casi de 5 a 1: se encuentran recortes en atención médica en el 23,6% de las personas mayores del estrato más bajo y solamente en el 4,7% de las pertenecientes al más alto. Uno de cada cinco adultos mayores que viven en el Conurbano Bonaerense declara haberse visto obligado a hacer este tipo de recortes; en las villas y asentamientos precarios, este indicador alcanza el 33,3% (Amadasi & Tinoboras, 2015).

⁴ Esto indica una medida subjetiva de capacidad de ahorro o insuficiencia de ingresos en los hogares, basada en la pregunta “¿Ud. Diría que la plata que juntan por mes en su hogar <<les alcanza y puede ahorrar algo>>, <<les alcanza pero no pueden ahorrar>>, o <<no les alcanza>>?” (Encuesta Nacional del Observatorio de la Deuda Social de la UCA, 2014)

Hay que señalar que, en cuanto a cobertura previsional, se han observado valiosos avances durante la última década. Actualmente, la cobertura es casi total en el grupo de 75 años y más (97.9%), aunque resulta considerablemente menor en el grupo de menor edad (87%) (Amadasi & Tinoboras, 2015). En el primer quintil, Argentina cubre al 85% de la población de adultos mayores, lo que en relación con otros países de Latinoamérica, es excepcional. (Banco Mundial, 2014)

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (INDEC, 2012) destacó que casi 6 de cada 10 entrevistados realizó ejercicios o actividades físicas en los últimos tres meses, y en su intensa mayoría la práctica es de más de una vez a la semana (78%). Un 15% prestó algún tipo de servicio de forma voluntaria o gratuita a una organización de la comunidad. Casi un 20% participó de algún viaje en los últimos tres meses. Alrededor de dos tercios se reúne con amigos para charlar y tomar café. Un 25% asiste a conciertos, recitales, cine o teatro. 6 de cada 10 se dedican a la jardinería o repostería dentro de su hogar. 44% colabora en algún sentido con un familiar o amigo que no vive con él, siendo el 18% de estas actividades acciones relacionadas con el cuidado. Un 25% cuida a algún niño del entorno familiar o cercano sin recibir pago. Estos datos indican que la población adulta mayor está presente en las actividades diarias de la vida, colabora con su entorno y representan una oportunidad en un contexto de crisis del cuidado. El enfoque de derechos en las políticas de cuidado no debe limitarse únicamente a la protección de los derechos de esta población, sino también a la promoción de los mismos, a través de medidas concretas que permitan a las personas mayores desarrollarse plenamente en sus vidas cotidianas.

Mapeo de políticas

En Argentina, existen varias instituciones públicas dedicadas al cuidado de adultos mayores. A nivel nacional, se pueden mencionar la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI), la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), la Comisión Nacional de Pensiones, la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el Consejo Federal de Adultos Mayores. Algunas de estas cuentan con sedes a nivel provincial y local, mientras que otras implementan sus programas en articulación con organismos locales.

La ANSeS ejecutaba, en 2011, el 88,7% del gasto en el grupo de población de adultos mayores, seguido por el PAMI (11,2%) y los recursos que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación destina a la DINAPAM y a las pensiones a la vejez (0,1%) (Ministerio de Economía de la Nación, 2011).

La ANSeS, muestra una llegada territorial fuertemente institucionalizada a través de una amplia red de más de 300 dependencias que cubren todas las provincias del país. Ejecuta cerca del 40% del presupuesto nacional, del que, en 2011, casi 85% se destinó a los adultos mayores mediante pensiones y jubilaciones, complemento a las pensiones previsionales, atención a las ex Cajas Provinciales y Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados⁵.

El PAMI es el mayor efector de atención sanitaria de las personas mayores. Cuenta con más de 4,5 millones de afiliados, de los cuales aproximadamente más del 80% son mayores de 60 años. Sus recursos provienen de retenciones obligatorias a los propios jubilados, de los trabajadores activos y de los empleadores. El PAMI ha mostrado una gran recuperación en términos de cobertura y calidad desde la década del '90, a medida que su oferta programática también se expande para cubrir necesidades más variadas de la población de adultos mayores.

El presupuesto actual del PAMI se ha incrementado gracias a la mejor registración laboral y aportes a la Seguridad Social, lo que ha permitido aumentar la protección. Para el año 2013, se observó un ingreso aproximado de \$35.613 millones o \$7.914 por cada beneficiario, lo que reflejó un incremento del 30% respecto a lo proyectado en 2012 (Banco Mundial, 2015) Este aumento de financiamiento se vio reflejado en el incremento de la población beneficiaria. A partir del 2005, a través del Programa de Inclusión Previsional (Moratoria), se incorporó a la seguridad social a ciudadanos que se encontraban fuera del régimen contributivo. El PAMI brinda varios servicios sanitarios y sociales en forma directa, sin períodos de carencia ni el cobro de coseguros. El Banco Mundial ha destacado la provisión de servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención, la cobertura de medicamentos (que en algunos casos llega al 100%), la asignación de subsidios por situaciones de alto riesgo y acciones relativas a la seguridad alimentaria (Banco Mundial, 2015). Es preciso destacar el programa de subsidios para atención domiciliaria, que consiste en una transferencia monetaria para la contratación de servicios de cuidado. Los subsidios para Atención Domiciliaria cubrieron más de 95.000 afiliados. Estas transferencias representan una buena política en la medida en que están focalizadas en las familias más necesitadas y alivian la carga de tiempo y de dinero que las familias tienen que destinar al cuidado de los adultos mayores,

⁵ Las Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados incluyen las transferencias al PAMI.

dos de los tipos de apoyo que la OIT ha reconocido como esenciales para la consecución de una política de cuidados en condiciones de equidad (Lupica, 2014).

La DINAPAM depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Los programas que lleva adelante son de dos tipos: a) orientados a la promoción y protección de derechos a partir de acciones de capacitación y difusión, como es el caso del Programa “La experiencia Cuenta”; y b) subsidios de servicios, como indirectamente lo hace el Programa Cuidadores Domiciliarios. En Argentina, la formación de cuidadores domiciliarios es una de las principales líneas de acción desarrolladas desde el gobierno nacional. En este marco, el Programa Cuidadores Domiciliarios instruye a quienes desarrollan cuidados informales a fin de nutrirlos en capacidades clave para llevar a cabo estas actividades. Luego, a través de convenios que se firman con las obras sociales, estos cuidadores prestan servicios en los domicilios de los afiliados. Por otro lado, brindan atención en las instituciones de larga estadía del estado a adultos mayores de 60 años que acrediten insuficiencia económica, que no cuenten con personas que puedan cuidarlos o que presenten algún tipo de discapacidad y enfermedad crónica. Estos dos ejes de intervención se implementan a través de una gestión descentralizada mediante convenios con provincias, municipios, universidades, cooperativas y organizaciones sociales. Se han capacitado más de 35.000 cuidadores a través de este programa, y se espera llegar a 50.000 a final de año. Uno de los elementos que se destacó desde la DINAPAM es la inclusión de mujeres de la comunidad trans en las prácticas de formación.

Además de implementar estos programas, entre otros, la DINAPAM está encargada de conformar **el Consejo Federal de Adultos Mayores** y promover la constitución de los Consejos Provinciales. A pesar de la existencia de estos espacios de coordinación, se ha señalado que no cumplen su función integralmente, que las reuniones son esporádicas y no todos los miembros participan activamente.

La **Secretaría de Seguridad Social** depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Bajo su órbita, se encuentra la Superintendencia de riesgos de trabajo, la Administración Nacional de la Seguridad Social y dos Subsecretarías: la de Políticas de la Seguridad Social y la de Coordinación de los regímenes de Seguridad Social. Durante la última década, los avances en la formalización laboral han permitido incrementar en un 95% la cantidad de contribuyentes al componente contributivo de la protección social, lo que se ha visto reflejado en la posibilidad de una mayor inversión social en políticas, programas e intervenciones hacia la población de adultos mayores. A esto se suma un reconocimiento de la solidaridad en el financiamiento de la política social no contributiva, lo que supone avances en la lucha contra la dualización tradicional de la protección social argentina (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2013)

La Comisión Nacional de Pensiones es un organismo desconcentrado que funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Transfiere prestaciones monetarias a quienes están sin amparo previsional o no contributivo, no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo. La cantidad de titulares de pensiones por vejez ha ido disminuyendo desde 2010, como producto de la ampliación de la cobertura del sistema previsional. Si en 2010 existían 54.834 beneficiarios, en 2013 hubo 27.335 (Ministerio de Economía, 2014). Más allá de las intervenciones realizadas por el Estado nacional, es importante recalcar que existen otros actores que generan oferta de servicios y otras prestaciones dirigidas al cuidado de los adultos mayores con dependencia.

Las organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades destinadas a los adultos mayores son muy heterogéneas e incluyen centros de jubilados, clubes de abuelos, federaciones provinciales y nacionales, entre otras. Se estima que existen miles de instituciones que incorporan un número elevado pero desconocido de afiliados. La mayoría de ellas desarrollan actividades de iniciativa propia que son financiadas por el estado o por los afiliados, pero también tienen una importante participación en el desarrollo de acciones y actividades de promoción o gestión asociada de programas sociales o socio-sanitarias que se diseñan desde el ámbito estatal. Más allá de todas las particularidades que se puedan encontrar en estas instituciones, cumplen un rol fundamental para el desarrollo de determinadas actividades que colaboran con la protección y promoción de los derechos de las personas mayores,

Por otro lado, existen instituciones dedicadas al cuidado de los adultos mayores, ya sean públicas, privadas, comunitarias o mixtas, y se centran en la atención socio-sanitaria de los adultos mayores. Entre ellas se pueden mencionar las Unidades de Cuidados Domiciliarios, las Residencias Tuteladas o Protegidas, los Hogares de Día, los Centros de Media y Larga Estancia, los Centros de Rehabilitación, los Hogares de Ancianos y los Hospitales Generales con unidades de geriatría. Cada uno de estos tipos de instituciones ofrece actividades y servicios diferentes con niveles de calidad muy heterogéneos.

El universo de las prestaciones provinciales y municipales también es sumamente heterogéneo, algo que se puede explicar en buena medida por la ausencia de una normativa nacional específica que reconozca como función del Estado la protección y promoción de los derechos de los adultos mayores. Así, existen jurisdicciones que cuentan con una unidad administrativa abocada específicamente a la población mayor, como los casos de Mendoza, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Corrientes. La Pampa, por ejemplo, cuenta con la Ley Provincial 2351 de Prevención de Abusos y Maltratos a Personas Mayores. La ciudad de Buenos Aires, por su parte, cuenta con una serie de ofertas de recreación en parques públicos donde los adultos mayores pueden desarrollar actividades que van desde la danza aeróbica hasta el yoga. Otras unidades subnacionales en cambio, subsumen las acciones destinadas a la ancianidad en subsecretarías de familia o direcciones de discapacidad. Esta heterogeneidad supone un reto a un tratamiento territorialmente equitativo para las poblaciones de adultos mayores. Algo similar sucede con las cooperativas, organizaciones comunitarias que cuentan con un número incierto de afiliados y que desarrollan estrategias y actividades destinadas a las personas mayores. No existe un marco regulatorio lo suficientemente específico para reglar los servicios que prestan, por lo que es posible encontrar excelentes ejemplos, como el de SOLTRECHA, de la Comunidad Trentina de Chaco, y otros que no cumplen con requisitos mínimos de salubridad.

Lecciones aprendidas desde la experiencia internacional

Argentina goza de ciertos elementos en cuanto a la protección y promoción de los derechos de los adultos mayores que son muy destacables. El principal, quizás, es la amplitud de la cobertura de su sistema previsional y su sistema de salud canalizado a través del PAMI. Sin embargo, hay numerosas experiencias internacionales que pueden servir de insumo para la consecución de un sistema más completo y articulado.

Respecto a la financiación, es posible identificar diferentes fuentes (Gascón & Redondo, 2014). En el caso europeo y de América de Norte, existe una tradición de la protección social que sigue las tres grandes corrientes definidas por Esping-Andersen (1990):

- Un modelo de protección universal que reconoce derechos ciudadanos y está basado en impuestos (países nórdicos, Holanda y Canadá).
- Un modelo de protección a través de la seguridad social, subsidiario de la protección familiar y basado en las contribuciones sobre la nómina salarial que se acumulan en un fondo propio para gastos definidos, administradas bajo ese régimen (países del centro de Europa, Alemania, Austria y Luxemburgo).
- Un modelo asistencial público de protección básica (residual), basado en impuestos generales, que proporciona protección limitada y, en el caso de los servicios sociales, solamente a grupos sin recursos suficientes, excluyendo por lo tanto a las clases medias (Estados Unidos, países del sur europeo).

Jaccoud (2010) define dos modelos de respuestas públicas al problema de la dependencia: aquellos países que la consideran un riesgo social y por lo tanto la atención de las personas dependientes se considera dentro de los sistemas de protección social; y los países los que se opta atender a las personas mayores con dependencia a través de la implementación de programas que forman parte de la oferta pública de servicios.

En el primer caso, el punto de partida surge de la valoración de la asistencia social como una política inadecuada para hacer frente a un problema que cada vez será mayor y cuyos costos no pueden cubrirse con el ingreso medio de los adultos mayores. Entre estos países se encuentran Alemania, Japón, Austria y Luxemburgo, que avanzaron en la creación de un seguro de dependencia como un nuevo ramo de la seguridad social. En el caso alemán, el acceso al seguro y a sus beneficios depende de la evaluación del nivel de dependencia del demandante, sobre la base de un sistema de clasificación de su situación funcional, de acuerdo con grados y niveles de gravedad; los beneficios cubren una parte considerable de los costos, pero no la totalidad. El sistema procura atender las necesidades de las personas dependientes mediante la oferta directa de servicios, pero también permite el acceso de los servicios del sector privado por medio de la asistencia monetaria (Flores-Castillo, 2013).

En el segundo caso, el de los países que avanzaron en la política de protección a las personas dependientes a partir de la ampliación de la oferta pública de servicios y del financiamiento mayoritario mediante tribunos generales, Jaccoud (2010) señala que hay diferencias importantes entre las distintas experiencias. En Dinamarca y Suecia se intenta mantener una oferta amplia de cuidados para las personas dependientes. El usuario también cubre una parte de los costos. En 2006, en España se aprobó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), lo que significó el reconocimiento de la existencia de un cuarto pilar del Estado de Bienestar. El nuevo sistema garantiza el acceso a las personas dependientes, cualquiera sea su edad, a servicios ofrecidos por instituciones y programas públicos y entidades privadas. El acceso se garantiza de

acuerdo con el grado y nivel de dependencia y los beneficiarios participan del financiamiento conforme a sus ingresos y patrimonio. Para determinar el grado de dependencia, se definió el “Baremo de Valoración de la Dependencia”, que se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona por parte de un profesional calificado.

En Latinoamérica, también existen importantes lecciones que se pueden incorporar al modelo argentino. Uno de los sistemas mejor desarrollados, desde su planificación y diseño, es el uruguayo. La política se basó en una serie de principios orientadores: en primer lugar, un enfoque de derechos; en segundo lugar, la combinación de ampliación de la oferta de servicios con la posibilidad de transferencias monetarias; en tercer lugar, la incorporación del enfoque de género que se expresa en la promoción de una modificación de la actual división sexual del trabajo, integrando el concepto de corresponsabilidad en el cuidado⁶; en cuarto lugar, la descentralización territorial para la generación de “servicios de cercanía” lo suficientemente flexibles para tener en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad en el servicio otorgado; finalmente, la profesionalización del cuidado a través de la capacitación de los cuidadores tanto familiares como formales (Papadópolos, 2012). Asimismo, el sistema contiene propuestas para los tres grupos poblaciones destinatarios de cuidado y para trabajadores del cuidado. A pesar de que está en una etapa inicial de implementación y los resultados son apenas observables, el diseño y los primeros pasos llevados a cabo por el gobierno de Uruguay contienen elementos muy interesantes. (Valenzuela, 2013).

A nivel agregado, se observan avances en la región latinoamericana respecto de diferencias los recursos destinados a pensiones de los destinados a salud. Ante los riesgos sistémicos que se acentuaron con la crisis financiera internacional, se empezó a plantear la idea de crear fondos de reserva y de buscar buenos retornos a las inversiones. En estas circunstancias, han primado modelos de capitalización individual, que frecuentemente han mostrado efectos regresivos, baja densidad de cotizaciones debido a discontinuidades laborales o comportamientos oportunistas cuando los incentivos para ahorrar no están bien alineados y las tasas de reemplazo son bajas. Por lo tanto, es preciso combinar estos esquemas con la introducción de pensiones solidarias, que aspiran a un diseño y financiamiento con incentivos correctos. En Chile, que tiene un sistema privado de pensiones muy desarrollado, reformas recientes incluyeron sectores desprotegidos mediante formas no contributivas de financiamiento, con importantes connotaciones de género (Prado & Sojo, 2010)

En América Latina en general y en Argentina en particular, el papel tradicionalmente asignado a la familia en la provisión de cuidados ha incrementado la vulnerabilidad de las familias en situación de pobreza y reforzado el proceso de dualización de la protección social, entendido como la inequidad entre quienes pertenecen al sistema laboral formal y quiénes no. Si bien se ha avanzado en políticas de cuidado, se ha priorizado casi exclusivamente a la primera infancia. Es imprescindible reafirmar la necesidad de enfrentar las crecientes demandas de cuidado de una población de adultos mayores cada vez más longeva. Dicho esto, algunos países han comenzado a formular políticas concretas tendientes a la consolidación de sistemas de cuidado que incluyen a los

⁶ La incorporación del enfoque de género en el diseño e implementación del sistema uruguayo se explica en la medida en que fue, históricamente, parte de la agenda del movimiento feminista. Las agrupaciones feministas fueron un actor clave en la promoción pública de la problemática, y tuvieron una activa participación en el diseño de los lineamientos que guían el sistema.

adultos mayores. El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores son dos experiencias interesantes que se dieron en Costa Rica, en la medida en que buscan proveer soluciones integrales para este segmento poblacional (Filgueira & Rossel, Inédito) Hacer frente a este proceso supone reforzar la responsabilidad pública en la reglamentación y el control de los servicios, la determinación de criterios de calidad de vida y, sobre todo, la garantía del acceso a dichos servicios.

La experiencia de los países más desarrollados muestra una convergencia de los servicios de cuidados ofrecidos a los adultos mayores dependientes, pero también una gran diversidad en las modalidades de oferta y acceso a dichos servicios. Siguiendo a Jaccoud (2010), no obstante, es posible identificar algunas iniciativas comunes entre la diversidad de las experiencias, referidas a la organización, financiamiento y provisión de cuidados de larga duración. Entre estas, se pueden mencionar: a) la distinción entre servicios de salud y servicios de cuidados/apoyo prolongados; b) el establecimiento de sistemas de clasificación de la situación de dependencia basados en indicadores objetivos; c) la renovación, sea semestral o anual, de la certificación de la situación de dependencia funcional que da acceso a los beneficios; d) la elaboración e implementación de planes individualizados de cuidados de larga duración; e) la prioridad de los cuidados de larga duración domiciliarios; f) la participación de los usuarios en el financiamiento del sistema, esto dependiendo de su situación socioeconómica; g) la creación de un sistema de incentivos para los cuidadores informales que conste no solo de beneficios pecuniarios sino también de servicios de apoyo; y h) la descentralización de la gestión de los sistemas bajo la reglamentación de una normativa federal/nacional.

Desafíos de una política integral de cuidado de adultos mayores dependientes

Se pueden identificar cuatro grandes dimensiones sobre las que se presentan desafíos a futuro en las políticas de cuidado a los adultos mayores con dependencia.

1) Promover la identificación de los adultos mayores como un recurso para sus familias y sus comunidades

El punto de partida para cualquier política integral de cuidado a los adultos mayores con dependencia debe ser la concepción de los adultos mayores como sujetos de derecho. Es preciso reconocer que, en base a un pleno goce de sus derechos, los adultos mayores pueden también constituirse ellos mismos en instrumentos de apoyo y cuidado en sus propias familias y comunidades, cuando los incentivos están dados. En esa medida, es necesario que las intervenciones de promoción de derechos logren superar la discontinuidad en el tiempo que las caracteriza. Así también, es necesario que la política busque promover integralmente el goce de los derechos de los adultos mayores. Para que el potencial de los adultos mayores en esta dimensión sea plenamente aprovechado, es necesario avanzar con su empoderamiento.

Esto se desprende de un concepto amplio de cuidado que reconoce que todos tienen derecho a cuidar y a ser cuidados. Por lo tanto, una red integral de apoyo involucra la noción de que cada persona puede, en un momento determinado, ser recipiente del cuidado y, en otro, proveedor.

2) Independencia y vida activa

Uno de los principales desafíos es que los adultos mayores continúen siendo autónomos y activos durante la etapa de envejecimiento. Actualmente, todavía tiende a prevalecer lo que se ha llamado "viejismo": el espantoso miedo a envejecer y la definición de la ancianidad como una etapa acabada sin ningún propósito (Butler, 1969). Uno de los principales desafíos es, entonces, no confundir dependencia con autonomía: mientras que la primera se refiere a la imposibilidad de realizar determinadas acciones de la vida cotidiana por uno mismo, la segunda constituye la capacidad de tomar decisiones por uno mismo sobre el estilo de vida que quiere seguir. La necesidad de instrumentos de apoyo, cualesquiera que estos sean, no debe minar jamás la legitimidad de las resoluciones que los adultos mayores pueden tomar sobre su propia vida.

Por su parte, las intervenciones públicas deben tomar conocimiento de que, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, es preciso que éstos lleven una vida activa. En ese sentido, solo se debe proveer a los adultos mayores de los apoyos y los cuidados que realmente precisen, y permitirles e incentivarlos para que realicen el resto de las actividades diarias por sí mismos.

3) Promover la integralidad sociosanitaria de las intervenciones públicas

El impacto del envejecimiento demográfico sobre los costos del sistema de salud todavía no es conocido. El aumento que se registra en los gastos de salud en las sociedades envejecidas se debe, en gran medida, a la creciente utilización de alta tecnología médica antes que a la mayor intensidad del uso de los servicios generales por parte de la población mayor. La comorbilidad y la plurimedición que, con frecuencia, caracterizan la situación de los adultos mayores requieren la unificación del criterio médico. En este contexto, la fragmentación de la atención es un indicador de

mala calidad en el diseño y del funcionamiento del sistema de atención médica geriátrico (Redondo, 2014). La adaptación de los servicios sociosanitarios al escenario demográfico actual requiere esfuerzos de coordinación, pero no implica importantes inversiones adicionales.

Un elemento principal que colabora con la mejora del sistema es su descentralización y la promoción de los tratamientos ambulatorios. Existe un consenso que coloca al envejecimiento en los propios hogares como el escenario ideal, por lo que resulta preciso avanzar en esquemas de prevención de las enfermedades crónicas a fin de aliviar la demanda de tratamientos agudos. Prácticas como la medición de la presión o el nivel de glucosa son poco complejas y se pueden hacer en centros comunitarios barriales donde las personas mayores se puedan acercar sin necesidad de utilizar un medio de transporte que los desincentive a ir a las consultas.

Respecto a los servicios sociales, es preciso problematizar el abuso y maltrato de los adultos mayores. Es un tema que, en la mayoría de las jurisdicciones, está invisibilizado y no se cuenta con datos sistemáticos sobre esta situación. Hay determinadas políticas que, no obstante, enfrentan este problema, como es el caso de un Refugio de la Persona Mayor Abusada en la Ciudad de Buenos Aires, donde los adultos mayores que hayan sufrido maltrato pueden hospedarse gratuitamente.

4) El diamante del cuidado de adultos mayores y la institucionalidad de la política

Los actores involucrados en el cuidado de los adultos mayores con dependencia son múltiples y diversos. Tradicionalmente, han sido **las familias** las principales responsables; sin embargo, la mayor inserción laboral de la mujer y el alargamiento de la esperanza de vida coloca una tensión sobre las familias y una sobrecarga que aqueja especialmente a las mujeres. Por lo tanto, es vital que las políticas públicas se presten también a apoyar a las familias a través de diversas intervenciones, sin que esto signifique sacar del centro de la política al mismo adulto mayor. La especificidad de estas políticas de apoyo es objeto de debate, y pueden ir desde asistencia psicológica a los familiares, hasta prácticas formativas o subsidios a la demanda. La feminización de las tareas del cuidado implican una mayor dificultad para las mujeres para incorporarse plenamente al mercado laboral, que se traduce en su precarización laboral a través de la informalización, la imposibilidad de mantener empleos estables en el tiempo y la discriminación de género por parte de los empleadores. Por otro lado, las adultas mayores presentan mayor riesgo de vulnerabilidad que los adultos mayores: en promedio, enviudan más frecuentemente, tienen menos años de formación y experimentan mayores dificultades para recibir prestaciones de la seguridad social (Lupica, 2014 e INDEC, 2012) y por lo que se hace necesario avanzar en esquemas que contemplen la especificidad que implica ser mujer y adulta mayor. ¿Qué medidas se están tomando al respecto? y ¿Cuáles se pueden agregar? constituyen dos interrogantes disparadores que solo pueden ser respondidos a partir de una efectiva incorporación de la perspectiva de género, que suele ser meramente retórica.

Las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil han sido otro actor que participó históricamente en la provisión de cuidados para los adultos mayores. En la actualidad, surge el desafío de avanzar en la generación de estándares de calidad a fin de asegurar un mínimo de calidad para todos los adultos mayores que son cuidados, con un foco en el alcance de la equidad territorial. En este sentido, un primer insumo indispensable es un sistema de información integrado que permita conocer cuántos adultos mayores se benefician de las intervenciones de estas organizaciones, cómo se financian y qué acciones realizan. Este sistema de información permitiría

monitorear las actividades de las organizaciones a la vez que articular las prácticas y avanzar, cuando fuera conveniente, en integraciones horizontales.

El mercado es otra de las aristas del diamante de cuidado que ha jugado un rol significativo en el cuidado de las personas mayores. El mercado brinda servicios de cuidado a aquellos que pueden costearlo, a través de las prepagas y centros o residencias privados. Esto permite que el Estado se pueda enfocar en las familias y en los adultos mayores que no cuenten con los medios para lograr este acceso al sistema privado. Por su parte, y tal como sucede con las organizaciones civiles, es necesario que el Estado regule adecuadamente las prestaciones a fin de poder garantizar estándares homogéneos de calidad.

Finalmente, **el Estado** tiene por delante una serie de retos propios, que exceden la regulación de los servicios y prestaciones brindadas por los otros actores. Estos pueden ser agrupados en dos grandes categorías: la de políticas destinadas específicamente a la problemática de la población de adultos mayores, por un lado, y la de políticas más generales que tienen un impacto significativo sobre ese segmento de la población. Esto último significa la incorporación del enfoque de ciclo vital a fin de invertir en el desarrollo humano a lo largo de la vida. Argentina debe garantizar que todas las personas en edad de trabajar tengan acceso a un trabajo decente y a los medios de subsistencia necesarios para aprovechar los bonos o dividendos demográficos. En ese sentido, es imprescindible seguir las recomendaciones de la OIT en lo que hace a la generación de oportunidades de trabajo decente para todos, independientemente de su etapa etaria, a fin de aprovechar plenamente el potencial contributivo de la sección activa de la población (OIT, 2013).

Respecto a las medidas específicamente tomadas en relación a los adultos mayores, hay varias que emergen del análisis de la situación actual en Argentina. En primer lugar, dada la existencia de varios organismos públicos nacionales, es preciso plantear el interrogante si es conveniente que alguno de ellos asuma la rectoría del conjunto de intervenciones dirigidas a la población de adultos mayores y, de ser así, definir de cuál ocuparía ese rol. En la misma línea, es necesario pensar en estrategias para la coordinación de los distintos programas e intervenciones de estos ámbitos involucrados en la materia.

En segundo lugar, es necesario fortalecer los recursos presupuestarios y de recursos humanos con los que cuentan distintos efectores de servicios para esta población. Por un lado, si bien el PAMI tiene una enorme cobertura a nivel de servicios sanitarios, debería reforzar la cobertura de los subsidios para atención domiciliaria, herramienta esencial para esta población. Por su parte, la DINAPAM podría mejorar su posicionamiento dentro del conjunto de los actores involucrados en políticas hacia la tercera edad. Respecto a la alta cobertura del sistema de pensiones, es preciso identificar tempranamente el riesgo de que esta no está garantizada en el futuro, lo que es producto de la dinámica del mercado de trabajo y de algunas cuestiones del diseño del esquema de pensiones. En Argentina, las edades para acceder a la jubilación ordinaria se extendieron en dos oportunidades. Con estos cambios, a pesar del aumento de la longevidad, la esperanza de vida al retiro quedó en 14 años para los hombres y 21 años para las mujeres. Sin embargo, a medida que la tasa de mortalidad desciende, se proyecta que para el período 2030-2035, es esperable que las cifras sean de 17 y 26 años respectivamente. Para ese entonces, un nuevo aumento de cinco años en la edad requerida para acceder a las prestaciones de vejez volvería a estipular que los años por vivir desde el retiro coincidan con los establecidos a principios de los años noventa. Incluso, dados ciertos avances en la equidad de género, hasta podría considerarse el igualamiento de requisitos entre hombres y mujeres (Bertranou, Cetrángolo, Grushka, & Casanova, 2011).

En tercer lugar, es preciso fortalecer el rol del Consejo Federal de Adultos Mayores como instancia para la concertación de políticas entre niveles de gobierno. Esto implicaría promover un acuerdo federal que explicita la división de funciones entre niveles de gobierno.

En cuarto lugar, es necesario fortalecer las áreas de adultos mayores de las provincias, de tal forma que puedan posicionarse como interlocutores con saber técnico y capacidad de decisión.

En quinto lugar, es recomendable difundir información acerca de las estrategias desplegadas para la conformación de los Consejos Consultivos de Adultos Mayores a nivel subnacional, en particular, respecto de los mecanismos utilizados para la convocatoria de los participantes, su elección y la posterior rendición de cuentas que estos deben hacer antes quienes los eligieron.

En sexto lugar, fortalecer las organizaciones sociales que trabajan con adultos mayores brindándoles información y capacitación para apuntalar su rol como difusoras y mediadoras en el acceso a la oferta de programas públicos.

En séptimo lugar, el Estado tiene un rol fundamental en la formación de los cuidadores, estableciendo criterios claros y contenidos que desarrollen las competencias básicas, genéricas y específicas. En este sentido, una buena medida sería ampliar los convenios de la DINAPAM con universidades o centros de estudios terciarios de todo el país para la implementación del Programa de Cuidadores Domiciliarios. Es preciso avanzar, además, en medidas que “cuiden a los cuidadores”, a través de la jerarquización social de su trabajo, de garantías de calidad laboral y de salarios acordes a las tareas que realizan. Los cuidadores deben ser acompañados a través de las diferentes etapas de su labor, y en este sentido la formación debe ser continua (Lupica, 2014)

Finalmente, la enorme heterogeneidad interjurisdiccional llama a la sanción de una ley nacional que afirme, en su especificidad, los derechos de los adultos mayores, especialmente de aquellos que se encuentran en situación de dependencia. Esta norma debería establecer, además, estándares mínimos de calidad en los servicios y prestaciones, para generar equidad territorial en el cuidado de adultos mayores.⁷

⁷ Existen actualmente numerosos proyectos de ley que tratan la temática de adultos mayores. Entre ello se pueden mencionar el de creación de la Comisión de Asesoramiento Legislativo para articular políticas relacionadas con los adultos mayores (8335-D-2014), el de Creación de una institución para la protección y promoción de los derechos de adultos mayores (7712-D-2014), ambos del Frente para la Victoria; el de Creación de un Observatorio Nacional de Adultos Mayores (7029-D-2014), el de Prevención, Detección y Erradicación del Maltrato de Adultos Mayores (7030-D-2014), ambos del GEN; y dos para la Creación de un Régimen Integral para Adultos Mayores (1954-D-2014 Y 1241-D.2014), ambos de la UCR.

Bibliografía

- Amadasi, E., & Tinoboras, C. (2015). *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Buenos Aires: EDUCA.
- ANSES. (2014). *Cobertura Previsional*.
- Banco Mundial. (2014). *Mas allá de las pensiones contributivas*. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2015). *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Bertranou, F., Cetrángolo, O., Grushka, C., & Casanova, L. (2011). *Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones*. Buenos Aires: Organización Internacional del Trabajo; CEPAL.
- Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist* N° 9.
- CEPAL. (2009). *Envejecimiento y crisis del cuidado ¿Oportunidad o Desafío?* Santiago de Chile: CEPAL.
- Filgueira, F., & Rossel, C. (Inédito). Vejez. En S. Cecchini, F. Filgueira, C. Rossel, & C. Martínez, *Instrumentos de la protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Flores-Castillo, A. (2013). *Transferencias no contributivas a personas mayores. Análisis comparativo de dos programas: 70 y más y Pensión Alimentaria de la Ciudad de México*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Santiago de Chile: CEPAL.
- INDEC. (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. Buenos Aires, Argentina: INDEC.
- Jaccoud, L. (2010). *Envejecimiento, dependencia y oferta de servicios asistenciales: un nuevo desafío para los sistemas de protección social*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lupica, C. (2014). *Reibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en Argentina*. Buenos Aires: Organización Internacional del Trabajo, Oficina en Argentina.
- Maceira, D. (2009). Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina. En *Documento de Trabajo N°23*. CIPPEC.
- Ministerio de Economía. (2014). *Cuenta de Inversión 2013 (Tomo II)*. Buenos Aires: Ministerio de Economía.
- Ministerio de Economía de la Nación. (2011). *Presupuesto de Prórroga*. Buenos Aires: Ministerio de Economía de la Nación.
- Ministerio de Salud & UNICEF. (2012). *Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Buenos Aires: UNICEF.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Programa Nacional de Prevención y lucha frente al consumo excesivo de alcohol*. Buenos Aires: Normativa Nacional en Políticas Sanitarias}.
- Ministerio de Trabajo, E. y. (s.f.). *Memoria Anual del Estado de la Nación. Logros de la gestión de la Coordinación*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (13 de 09 de 2013). *Página del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social*. Recuperado el 22 de 06 de 2015, de <http://www.trabajo.gob.ar/seguridadsocial/>
- Oddone, M., & Salvarezza, L. (2001). Caracterización psicosocial de la vejez. En STECABA, *Informe sobre la tercera edad en Argentina*.
- OIT. (2013). *Empleo y Protección Social en el nuevo contexto demográfico*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, duplemento de la 45° edición*.
- Papadópolos, J. (2012). *Construcción del Sistema de Cuidados. Personas Adultas Mayores*. Montevideo.
- Prado, A., & Sojo, A. (2010). *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de pensiones y protección social integral*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Recchini de Lattes, Z. (2001). *Situación sociodemográfica de la población adulta mayor*. Buenos Aires: Secretaría de Tercera Edad y Acción Social.
- Redondo, N. (2014). *Los servicios integrales para las personas mayores dependientes. Un desafío para el sistema sociosanitario argentino*. Buenos Aires: Voces en el Fénix.
- Repetto, F. e. (2011). *Políticas y acciones orientadas a los adultos mayores*. Buenos Aires: CIPPEC.
- Valenzuela, M. E. (2013). *Trabajo y responsabilidades familiares en el contexto de envejecimiento: ¿Quién se encarga del cuidado?* Santiago de Chile: CEPAL.

El ciclo **Desayunos sobre Políticas del Cuidado**, tiene como objetivo promover la instalación de la temática del “Cuidado” en Argentina y de esta manera contribuir al desarrollo y fortalecimiento de las políticas públicas relativas a la temática.

Es una iniciativa desarrollada por el Sistema de Naciones Unidas en Argentina a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).



Al servicio
de las personas
y las naciones



Organización
Internacional
del Trabajo

unicef 

CIPPEC 