

**El cuidado de personas con dependencia:  
Diagnóstico de situación y oferta de servicios  
estatales para adultos mayores y personas con  
discapacidad en la Argentina.**

*Virginia Alonso y Gabriela Marzonetto*

*Febrero de 2019*

**Ciepp**

CENTRO INTERDISCIPLINARIO PARA EL ESTUDIO DE POLITICAS PUBLICAS



Rodríguez Peña 557, 2° F, Buenos Aires, Argentina. **Telefax:** (54-11) 4371-5136 o  
4371-9079. **Email:** [ciepp@ciepp.org.ar](mailto:ciepp@ciepp.org.ar) **Web:** <http://www.ciepp.org.ar/>

Virginia Alonso. Socióloga (UNCuyo), Candidata a Doctora en Ciencias Sociales (UNCuyo), becaria doctoral del CONICET en los Institutos Interdisciplinarios de la UNCuyo, Mendoza Argentina.  
Gabriela Marzonetto. Politóloga y Administradora pública (UNCuyo), magister en políticas públicas y gerenciamiento del desarrollo (Georgetown University y UNSAM) candidata a doctora en Ciencia Política (UNSAM). Becaria doctoral CONICET-CIEPP.

---

El siguiente documento de trabajo no ha sido evaluado por un comité editorial, y lo expresado en el mismo es de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no reflejar las opiniones de la Institución.

**Alonso, Virginia y Marzonetto Gabriela (2019).** El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales para adultos mayores y personas con discapacidad en la Argentina. Documentos de Trabajo CIEPP, Nº 102, Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas, febrero.

ISSN: 1668-5245

Derecho de Autor © Alonso Virginia y Marzonetto Gabriela | Algunos Derechos Reservados Licencia Creative Commons Argentina Atribución - NoComercial - Compartir Obras Derivadas Igual 2.5

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento: Debe reconocer y citar al autor original.

No comercial: No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Derivadas igual: Si usted altera, transforma, o crea sobre esta obra, sólo podrá distribuir la obra derivada resultante bajo una licencia idéntica a ésta.

Más información sobre la licencia en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar/>



## Resumen

En su composición demográfica Argentina presenta una de las poblaciones más envejecidas de la región, agravado con un 9,5% de los adultos mayores con dependencia básica, y con una prevalencia de personas con discapacidad de 10,2%. Esto implica que la actual necesidad de cuidados permanentes e intensivos se verá profundizada conforme avance el proceso de envejecimiento. Por lo que conocer el modo en que se organiza socialmente el cuidado de personas dependientes es imperativo para pensar las políticas sociales a futuro.

El objetivo de este trabajo es conocer el panorama general de la población con discapacidad y de las personas mayores dependientes junto con la oferta disponible de servicios estatales de carácter nacional vinculados al cuidado. Para ello, nos hemos centrado principalmente en el análisis de los marcos normativos e institucionales así como en la oferta de programas nacionales que brindan cuidado directo a esta población.

Como resultado de esta indagación de carácter exploratoria y descriptiva, encontramos que el abordaje de los cuidados directos sobre estas dos poblaciones es similar: para evaluar el tipo de dependencia de adultos mayores o de PCD se utilizan los mismos índices y criterios (i.e. índice de Katz de dependencia y ADL-IADL de capacidades de las personas), por lo tanto se encuentra que parte de la oferta de servicios y prestaciones son idénticas para las dos poblaciones. Ejemplo de ello es el Programa Nacional de Cuidados Domiciliados de la DINAPAM, que es la principal política pública nacional de cuidados directos para estas poblaciones.

## Abstract

Argentina has one of the most aged population in the región, with 9,5 % of elderly people with some degree of dependency. Also the country has 10,2% of the population with some dissability, that affects their authonomy. This situation implicates that the need for permanent and intensive care will be deepened while the society´s aging advance. Thus, it is imperative to understand how is organized the social care of dependent people, in order to think the social policies for the near future.

The aim of this working paper is getting to know the general situation of dissable people and elderlies that lack of autonomy, together with the national public care services offerd by the State for those populations. To do that, we have focus mainly in the analysis of normative and institutional framings, as well in the State supply of care services for those groups.

As a result of this research, we found that the type of care services for both populations is similar: in order to asses the level of dependency of elderlies or people with some dissability is used the same index and criteria (i.e. Katz index and ADL-IADL). For that reason part of the services are the same for the two groups. An example of that the main national care policy is for both populations (National Home Care Program from DINAPAM).

## Contenido

1. Introducción.....	5
2. Personas Mayores.....	9
2.1. Noción de personas mayores y paradigma vigente.....	9
2.2. Las personas mayores en Argentina .....	12
2.3. Institucionalidad de las políticas de protección de las personas mayores.....	19
2.4. Principales políticas públicas nacionales asociadas al cuidado de personas mayores en el país.....	23
3. Políticas de Discapacidad.....	35
3.1. Noción de discapacidad, sus antecedentes y el paradigma vigente .....	35
3.2. Población con discapacidad en Argentina .....	39
3.3. Institucionalidad de las políticas de protección a las PCD .....	44
3.4. Principales políticas públicas para PCD con dependencia severa en el país .....	50
4. Conclusiones .....	55

***El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales para adultos mayores y personas con discapacidad en la Argentina.***

Virginia Alonso, Gabriela Marzonetto

**1. Introducción**

Todas las personas requerimos de cuidados, con distinta intensidad a lo largo de nuestra vida. Todas hemos recibido cuidados en nuestra niñez, y probablemente, si cruzamos cierto umbral etario o padecemos alguna enfermedad o discapacidad, también necesitaremos cuidados. Incluso aún sin ser dependientes, las personas recibimos cuidados cotidianos que nos permiten resolver nuestras necesidades. Paralelamente, es muy probable que en algún momento nos haya tocado o nos toque cuidar a otras personas. Es decir, el “cuidado” es relacional y dinámico.

El cuidado involucra todas aquellas actividades que permiten la reproducción de la vida cotidiana de las personas (Faur 2014; Rodríguez Enríquez y Pautassi 2014). Hay actividades directas de cuidado, que son las que permiten la subsistencia de las personas (i.e. alimentar, higienizar, dar medicamentos, etc.), sobre todo donde hay dependencia, es decir carencia de autonomía personal. También, y complementarias a estas actividades, hay tareas indirectas que facilitan las condiciones de cuidado (Gallo y Martelotte 2017). Entre estas actividades encontramos las tareas de cocinar, limpiar, realizar las compras diarias, llevar a los niños a la escuela, acompañar a los pacientes a las consultas médicas, etc. También existe la gestión del cuidado, cuando parte de estas actividades se delegan a otras personas (remuneradas o no).

Hay grupos de personas que son fundamentalmente receptores netos/as de cuidados, a los cuales denominamos población con dependencia, ya que requieren para su subsistencia de la atención y cuidados directos: niñas y niños<sup>1</sup>; personas con discapacidad o con una enfermedad limitante; y adultos mayores que requieran de asistencia para las actividades de la vida cotidiana.

Respecto a la población con dependencia, resulta importante estudiar los servicios estatales de cuidados ya que la satisfacción de las necesidades vinculadas a la subsistencia depende en gran medida de la atención y los recursos económicos ajenos. A su vez, las necesidades de cuidados son más agudas cuanto menos se puede costear su valor en el mercado (England, Budig y Folbre, 2002; Razavi y Staab, 2010) por lo que la oferta de esos servicios puede ser un vector reproductor o transformador de las desigualdades socioeconómicas y de género de estas poblaciones.

En este documento nos centramos en el análisis de las condiciones y oferta de servicios estatales para la población de adultos mayores y personas con discapacidad.<sup>2/3</sup> Entre estas poblaciones se puede encontrar cierta proximidad -e incluso yuxtaposición- en las características del tipo de dependencia y, por lo tanto, en la necesidad de servicios de asistencia y cuidados. Esto responde sobre todo a que la

---

<sup>1</sup> En tanto se entiende que la dependencia es mayor cuanto menor es la edad, se suele identificar como grupo de mayor dependencia a la primera infancia. Es decir, niños y niñas de 0 a 5 años.

<sup>2</sup> Para un análisis de la situación de las políticas de cuidado infantil en Argentina ver Marzonetto y Rodríguez Enríquez (2017).

<sup>3</sup> Cabe destacar también, que en el caso de los dos grupos a analizar, no se encontrarían todos los adultos mayores y personas con discapacidad sino sólo aquellas que, dada su falta de autonomía en ciertas actividades, requieren de la ayuda de otros para realizar actividades de la vida cotidiana.

dependencia se encuentra asociada a situaciones de salud, como se verá a lo largo del documento.

Una particularidad de estos dos grupos es que para analizar sus grados de dependencia, se utilizan las mismas escalas o niveles, que las categorizan como leve, moderada y severa. Esta escala se basa en el “índice de Katz” utilizado en enfermería, que consiste en un cuestionario que presenta 8 niveles posibles de independencia o autonomía en el desempeño de actividades cotidianas tales como ir al baño, levantarse de la cama, sentarse o recostarse con necesidad de ayuda o solo. A partir de este índice, Bloch et al. (2015, 12) distinguen los niveles de dependencia de la siguiente manera:

- Dependencia leve: quien no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de las actividades básicas de la vida diaria.
- Dependencia moderada: requiere asistencia para más de un componente pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.
- Dependencia severa: es aquella persona que necesita ayuda de otro, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes.

A partir de esta clasificación se tomó la decisión de analizar la oferta pública de servicios de cuidado a nivel nacional para personas adultas mayores y con discapacidad que presenten un grado de dependencia severa, puesto que esta es indicativa de la necesidad de cuidados directos de manera intensiva.

El análisis que desarrollamos en este documento se focaliza en la oferta pública de servicios de cuidado a nivel nacional. En este sentido, cabe destacar que, por razones de extensión, el análisis se realiza sobre la oferta de servicios a nivel nacional aunque reconocemos la existencia de experiencias federales.<sup>4</sup>

En cuanto a la estructura de este documento, se presentan, tras esta introducción, y dado que los dos grupos elegidos tienen particularidades que hacen que su abordaje sea diferenciable, una sección referida a adultos mayores y otra para las personas con discapacidad. En ambas secciones se inicia con la definición del paradigma de abordaje vigente, la precisión del sentido del término empleado para denominar a cada grupo y las tipologías utilizadas para estudiar la dependencia en cada uno de ellos. En segundo lugar, las secciones brindan un panorama de las poblaciones y sus dependencias. En tercer lugar, profundizan en el marco normativo e institucional de las acciones realizadas por el Estado Nacional para brindar cierta protección y bienestar a estas personas. En cuarto lugar, presentan las principales políticas nacionales de cuidados haciendo hincapié en aquellas que se vinculan con la prestación de servicios de cuidado directo. Finalmente, en la cuarta sección del documento se recuperan los principales hallazgos en el análisis de la oferta de servicios para estos dos grupos, y se realizan una serie de conclusiones finales.

---

<sup>4</sup> Es importante mencionar que si bien reconocemos que hay un conjunto de mecanismos que coadyuvan al cuidado de las personas, entre los cuales a parte de los servicios directos, se encuentran medidas referidas a garantizar tiempo para cuidar (i.e. licencias por razones de cuidado de familiar enfermo) o de dinero (como en el caso de jubilaciones y pensiones por invalidez, enfermedad o discapacidad), sólo analizamos las políticas de cuidado directo (servicios y prestaciones directas de cuidado).



## 2. Personas Mayores

### 2.1. Noción de personas mayores y paradigma vigente

La noción de personas mayores remite a la temática de la vejez y, con ello, a los diferentes términos con los que se ha denominado a la población de edades más avanzadas y a los límites etarios que se han fijado para definir quiénes pertenecen a este grupo. De acuerdo a Huenchuan (2013), la vejez puede ser conceptualizada según distintos enfoques sobre la edad: la edad cronológica, la edad fisiológica y la edad social.

Cada una de estas visiones de la edad se asocia a diferentes denominaciones, entre ellas se podrían mencionar: “viejos-viejos”, “viejos-jóvenes”, “tercera edad”, “adulto mayor” y “persona mayor” (Huenchuan, 2013). En este trabajo se toman los términos de “persona mayor” o “adulto mayor” ya que estos se alínean con el paradigma vigente sobre políticas públicas dirigidas a esta población, que hace eje en el respeto y la promoción de los derechos de las personas mayores, a quienes debe por tanto definir.

Para la instauración de este paradigma de derechos fue clave la declaración en 1991 de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad y, en el año 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (Gascón y Redondo, 2014). Continuando con este enfoque, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del año 2015 definió en su artículo 2 como persona mayor a “aquella de 60 años o más, salvo que la ley

interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor”.

Esta definición puede asociarse a una mirada cronológica de la edad en tanto utiliza el criterio etario para fijar la frontera que marca el inicio de la pertenencia a este grupo. Desde esta perspectiva, en tanto muchas responsabilidades y privilegios dependen de la edad cronológica o de calendario, el envejecimiento trae aparejado transformaciones en la posición de las personas en la sociedad (Huenchuan, 2013).

En el caso Argentino, la normativa nacional comparte la definición de la Convención Interamericana de 2015 y entiende como persona mayor o adulto mayor a quienes tienen 60 años o más. En este sentido, este límite fija un cambio respecto a los derechos y a los posibles recursos a los que puede acceder la población argentina por su condición relativa a la vejez en tanto una vez que se cruza este umbral etario la persona puede acceder a los programas destinados a los adultos mayores y cuenta con el respaldo de la normativa específica<sup>5</sup>.

### **Tipos de dependencia en personas mayores**

Como se mencionó, el criterio cronológico no es el único para distinguir la vejez de otras fases de la vida. El enfoque de la edad funcional, aunque relacionado con la edad cronológica, hace referencia a la pérdida de capacidades funcionales (Huenchuan, 2013). Por ello, mediante este enfoque podemos acercarnos a la precisión de la definición de una de las poblaciones objeto de este estudio, en tanto el

---

<sup>5</sup> Respecto a la definición del concepto de persona mayor resulta importante mencionar que la edad que establece el sistema previsional no define el ingreso a este grupo de población.

concepto de dependencia se entiende como la falta de capacidades para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana sin ayuda de otras personas.

De acuerdo a Redondo, Manzotti y de la Torre (2013), el estado de dependencia se despliega sobre enfermedades crónicas cuya evolución puede llevar a la invalidez. Sin embargo, el efecto de éstas sobre las personas mayores es diverso y en algunos casos puede afectar la capacidad para realizar actividades consideradas esenciales (Redondo, Manzotti, y de la Torre, 2013). Estas actividades pueden clasificarse según la evaluación geriátrica en: 1) actividades básicas de la vida diaria (activities of daily living – ADL) y 2) actividades instrumentales de la vida diaria (instrumental activities of daily living – IADL) (Redondo, Manzotti y de la Torre, 2013). Mientras las primeras hacen referencia a la capacidad de la persona para el autocuidado, las segundas incluyen actividades más complejas que se asocian a la capacidad de vivir de manera independiente en la sociedad (Gascon y Redondo, 2014; Bloch et al. 2012).

En el caso argentino, la Encuesta Nacional sobre la Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM), efectuada en el año 2012, relevó información con la finalidad de conocer la dependencia básica e instrumental de las personas mayores. Este instrumento utilizó un enfoque subjetivo de observación empírica basado en la autopercepción del adulto mayor<sup>6</sup>. La dependencia básica se operacionalizó mediante la consideración de la necesidad de ayuda de otra persona para la realización de

---

<sup>6</sup> La aplicación del cuestionario supuso la respuesta personal de los adultos de 60 años o más. En los casos en los que las personas se encontraban imposibilitadas para responder por problemas cognitivos o físicos severos no se aplicó el cuestionario. Por lo que la medición de la dependencia, mediante las preguntas referidas a la necesidad de ayuda de una persona para realizar distintas actividades de la vida cotidiana debido a limitaciones que duren más de tres meses, podría estar sub-representada.

alguna de las siguientes actividades: comer en un tiempo razonable; vestirse o desvestirse; bañarse; peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara; usar el inodoro o higienizarse; acostarse o levantarse de la cama; andar de un lado a otro de su casa; subir y bajar escaleras. Por su parte, la dependencia instrumental básica se operacionalizó a través la autopercepción de la necesidad de ayuda para: utilizar el teléfono; viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular, etc.; organizar sus medicamentos o tomarlos; manejar dinero; hacer compras; preparar comidas calientes; hacer tareas del hogar (lavar platos, tender camas, barrer, etc.).

Dado que en este trabajo pondremos foco en los servicios de cuidado directo de personas mayores con dependencia, se analizarán los datos referidos a la dependencia básica en las personas de 60 años y más en tanto ésta hace referencia a actividades de cuidado directo. Además, se describirá el nivel de dependencia, según la clasificación expuesta en la introducción, que diferencia entre dependencia leve, moderada y severa.

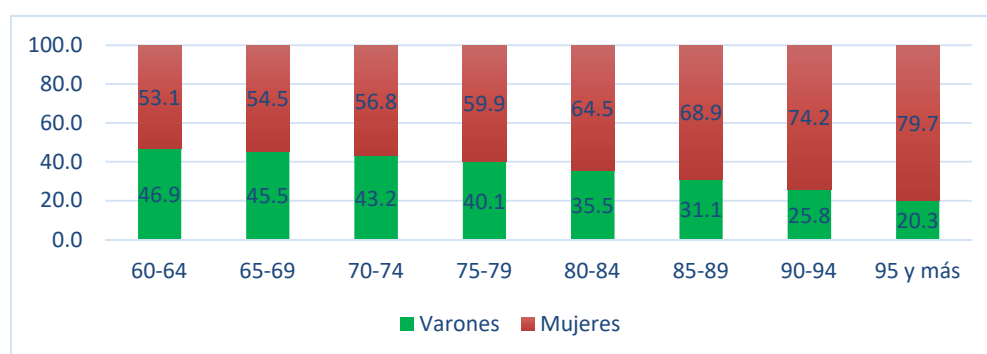
## **2.2. Las personas mayores en Argentina**

La Argentina es uno de los países más envejecidos de América Latina. Según CELADE (2010), el país se encuentra en una fase de envejecimiento avanzado. Para el último censo de población, el número de personas mayores de 60 años ascendió a 5.725.838, representando el 14,3% de la población total. Para el año 2018 las proyecciones realizadas por el INDEC estiman un incremento de este grupo etario,

cuyo número escalaría a 6.838.533 y cuya proporción alcanzaría el valor equivalente al 15,3% de los habitantes.

En cuanto a la composición por sexo, este grupo etario presenta una tasa de feminidad mayor al valor para la población total. Esto permite hablar del carácter feminizado de la vejez. Para el año 2010, el 57,5% de las personas mayores son mujeres y la proporción femenina aumenta a medida que incrementa la edad (véase gráfico 1).

**Gráfico 1: Personas mayores por sexo y grupos quinquenales de edad, en porcentajes. Argentina, año 2010.**



Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 –INDEC. La distribución de las personas mayores en grupos quinquenales de edad muestra que los primeros tres concentran el 68,6% para 2010. Es decir que las personas entre 60 y 74 años representan alrededor de dos tercios de los adultos mayores. Por su parte, el estrato entre 75 y 79 años equivale al 14% y la población de 80 años y más, al 17,4% restante.

**Tabla 1: Personas mayores según grupos quinquenales de edad, números absolutos y relativos. Argentina, año 2010.**

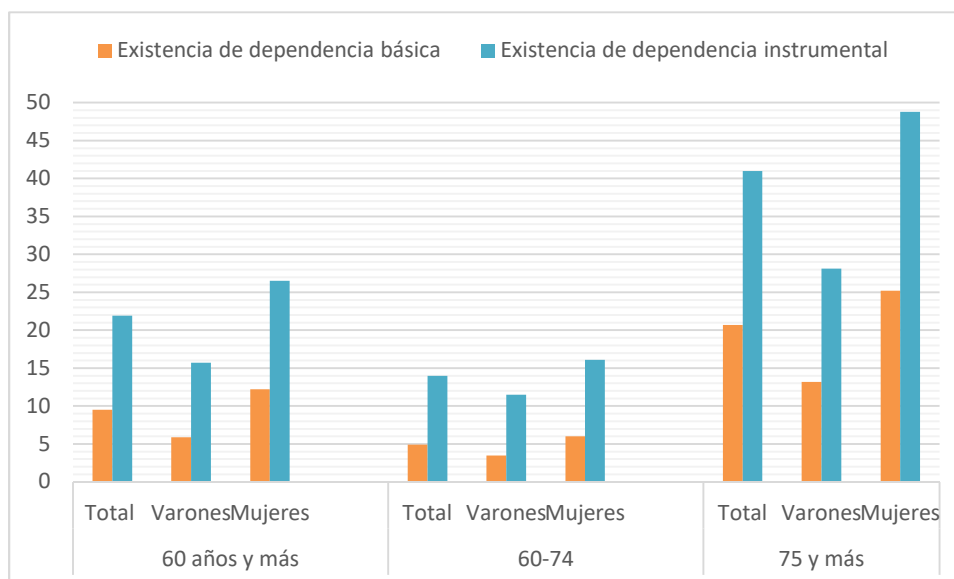
Edad	Población	Porcentaje
60-64	1.621.190	28,3
65-69	1.293.061	22,6
70-74	1.015.897	17,7
75-79	801.659	14,0
80-84	565.916	9,9
85-89	298.337	5,2
90-94	102.808	1,8
95-99	23.483	0,4
100 y más	3.487	0,1
<b>Totales</b>	<b>5.725.838</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 – INDEC.

El estudio de la falta o ausencia de autonomía en las personas mayores muestra que el 9,5% de los adultos mayores presenta dependencia básica, mientras que el 21,9% tiene dependencia instrumental. Ambos tipos de dependencia aumentan en el grupo de edad más avanzada. En el caso de la dependencia básica, se cuadruplica el número al pasar del segmento de 60 a 74 años (4,9%) al segmento de 75 años y más (20,7%). En el caso de la dependencia instrumental, el porcentaje casi se triplica al pasar del 14% al 41%.

A su vez, se observa para todos los grupos etarios que las mujeres presentan mayores porcentajes que los varones tanto en la dependencia básica, como en la instrumental (véase gráfico 2). Por lo que puede decirse que la dependencia en la vejez está feminizada.

**Gráfico 2: Existencia de dependencia en las personas mayores por sexo según grupo de edad. Total de aglomerados urbanos, año 2012. En porcentajes**



Fuente: Elaboración propia en base a ENCaViAM 2014.

Cuando se desagrega el tipo de dependencia básica según el componente en el cual esa dependencia se manifiesta, se puede observar que el 8,2% de las personas mayores necesitan ayuda de otras personas para subir y bajar escaleras. Luego de este porcentaje, se ubica la actividad de bañarse (incluyendo entrar o salir de la ducha o bañera) en segundo y en tercer lugar vestirse o desvestirse (incluyendo atarse los cordones). La dependencia en estas actividades se constata en el 4,1% y el 4% de esta población respectivamente. Por último, están el resto de las actividades con valores similares. Entre las que se encuentran actividades como: usar el inodoro o higienizarse; comer en un tiempo razonable; peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara.

**Tabla 2: Necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana en la población de 60 años y más por tipo de actividad, en porcentajes. Total de aglomerados urbanos, año 2012.**

Actividad	%
Comer en un tiempo razonable, incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.	1,9
Vestirse o desvestirse, incluyendo atarse los cordones	4
Bañarse, incluyendo entrar o salir de la ducha o bañera	4,1
Peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara	1,6
Usar el inodoro o higienizarse	1,9
Acostarse o levantarse de la cama	2,8
Andar de un lado a otro de la casa	2,1
Subir y bajar escaleras	8,2

Fuente: Elaboración propia en base ENCaViAM 2014.

En tanto las personas mayores que presentan dependencia básica requieren de la asistencia de otros, es posible analizar quiénes los ayudan principalmente en estas tareas. Según los datos recogidos por la ENCaViAM, el cuidado de los mayores con esta dependencia recae fundamentalmente en la familia (77,4%) y, en menor grado (15,7%), sobre personas que se contratan para tal fin (especializadas y no especializadas en cuidados).

En el caso de las personas mayores más jóvenes (60 a 74 años) con dependencia básica la figura del principal cuidador recae, en mayor medida, sobre la familia (85,6%) o una persona amiga o vecina (7%). En el caso del grupo de edades más avanzadas (75 y más) pierden peso estas categorías y aumenta el porcentaje del personal no especializado (16%) y las cuidadoras especializadas (4,7%).



**Tabla 3: Población de 60 años y más por sexo, según persona que lo ayuda en las actividades básicas (en porcentajes). Total de aglomerados urbanos, año 2012.**

	Un/a familiar	Un/a amigo/a o vecino/a	Empleada doméstica o cuidadora no especializada <sup>7</sup>	Cuidadora especializada	Otros
<b>Personas mayores</b>	77,4	5,5	12,2	3,5	1,5
<b>Varones</b>	88,6	3,6	4,0	3,0	0,8
<b>Mujeres</b>	73,2	6,1	15,3	3,6	1,7

Fuente: Elaboración propia en base a ENCaViAM 2014.

Para observar el nivel de dependencia de la población mayor de 60 años y más se aplicó una clasificación en tres niveles de dependencia. Como resultado, el 94,6% de los adultos mayores tienen dependencia leve. Es decir, no requieren de ayuda o la precisan sólo para un componente de las actividades básicas de la vida diaria medidas por la ENCaViAM. A su vez, el 4,6% presenta dependencia moderada –requieren ayuda en al menos 2 componentes, pero no en todos. Por último, el 0,7% restante tiene dependencia severa ya que precisan ayuda en los 8 componentes estudiados en la encuesta.

**Tabla 4: Personas mayores según niveles de dependencia. Total de aglomerados urbanos, año 2012.**

	Frecuencia absoluta	%
<b>Dependencia leve</b>	5339116	94,66
<b>Dependencia moderada</b>	262798	4,66
<b>Dependencia severa</b>	38318	0,68
<b>Totales</b>	5640232	100

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la ENCaViAM.

<sup>7</sup> Nos referimos a las personas que realizan tareas de cuidado en femenino, puesto que en su mayoría son mujeres quienes realizan estas tareas.

A modo de cierre, cabe realizar algunas reflexiones sobre el panorama presentado en esta sección. Para comenzar se podría plantear la importancia de pensar políticas de cuidado dadas las implicancias de la fase de envejecimiento en la que se encuentra la Argentina. Si se tienen en cuenta las proyecciones efectuadas por el INDEC se puede visualizar que la proporción de adultos mayores sobre el total de habitantes (14,3% para 2010) se incrementará en las próximas décadas y que la proporción del grupo etario de mayor dependencia (personas de 75 años y más) lo hará a un ritmo más acelerado. Como resultado se espera que las personas mayores representen el 20,6% para 2040 y que el peso de los individuos mayores de 74 años corresponda al 7,3% de la población de ese año.

En cuanto al análisis de la dependencia en la actualidad, se observa que una quinta parte de las personas mayores precisa del cuidado de otro en actividades instrumentales y que casi el 10% de los adultos mayores requiere ayuda para realizar actividades básicas que se asocian en gran medida con el cuidado directo. A su vez, los datos sobre la falta de autonomía permiten notar que la dependencia está feminizada y que el cuidado recae fundamentalmente en las familias.

A la luz de estos datos y dadas las tendencias proyectadas, resulta relevante ocuparse de las políticas cuidado para esta población. Por ello, en la siguiente sección se avanza en esta dirección.

### 2.3. Institucionalidad de las políticas de protección de las personas mayores

El Estado Nacional ha llevado adelante acciones destinadas a brindar cierto nivel de protección y bienestar a las personas mayores. Entre estas acciones se encuentra el desarrollo de un marco normativo y un marco institucional que sirven para la aplicación de políticas específicas para este grupo de población. En esta sección se tratarán estos marcos, focalizando la normativa que sienta las bases para su protección y las instituciones que desempeñan un papel relevante en la implementación de políticas de cuidado directo destinadas a personas mayores.

#### Marco normativo

La Argentina fue el primer país de América Latina que legisló sobre los derechos para personas adultas mayores (Huenchuan, 2016). En 1948 Eva Perón leyó en las Naciones Unidas el Decálogo de la Ancianidad cuyo texto contenía los derechos a: la asistencia, la vivienda, la alimentación, el vestido, la salud física, el cuidado de la salud moral, el esparcimiento, el trabajo, la tranquilidad y el respeto. Un año después este decálogo obtuvo rango constitucional. De esta manera, se avanzó en la transición desde concepciones de caridad y filantropía hacia un enfoque de derechos.

A pesar de ser pionera en materia de derechos para la vejez, en la actualidad no cuenta con una ley específica que de un tratamiento integral a las situaciones de las personas mayores (a diferencia de otros países de la región). Sin embargo, la constitución nacional da un marco mediante los incisos 22 y 23 del artículo 75.

Mientras el inciso 22 da jerarquía constitucional a los tratados y convenciones sobre derechos humanos que sean aprobados por el congreso, el inciso 23 dice:

*Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.* (Constitución Nacional, Art.75 inc. 23).

Más recientemente, en mayo de 2017, se ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección Social de los Derechos Humanos de las Personas Mayores mediante la Ley 27.360. Esta convención establece al cuidado entre sus principios generales. Y agrega como otro de sus principios generales: la responsabilidad del Estado y la participación de la familia y de la comunidad en el cuidado y atención de la persona mayor (de acuerdo a su legislación interna).

Por su parte, en el capítulo IV figuran los derechos a: igualdad y no discriminación de edad; derecho a la vida y a la dignidad en la vejez; derecho a la independencia y a la autonomía; derecho a la participación e integración comunitaria; derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia; derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud; derecho a la persona mayor que recibe servicios de cuidado de largo plazo; derecho a la libertad personal; derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información; derecho a la

nacionalidad y a la libertad de circulación; derecho a la privacidad y a la intimidad; derecho a la seguridad social; derecho al trabajo; derecho a la salud; derecho a la educación; derecho a la cultura; derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte; derecho a la propiedad; derecho a la vivienda; derecho a un ambiente sano; derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal; derechos políticos; derecho de reunión y asociación; derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Por último, cabe destacar que, dentro del marco normativo argentino, existen diferentes normas que permiten avanzar en la protección de estos derechos. Sin embargo, dado el objeto de este estudio, en los próximos apartados se profundizará en aquella normativa relativa a las instituciones y políticas nacionales que brindan servicios de cuidado directo a los adultos mayores.

### Marco institucional

Dentro del marco institucional que se ocupa de la atención de las personas mayores se encuentra la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) del Ministerio de Desarrollo Social.

Al interior de esta Secretaría, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) es la encargada del abordaje de políticas sociales cuya población objetivo son las personas mayores.

La DINAPAM es la institución encargada de la coordinación de acciones públicas federales relacionadas a la vejez. En lo que refiere a su fuente de financiación, ésta viene del Tesoro Nacional. Para el año 2018, el presupuesto para la Dirección superó

los \$298.000.000 que representa el 0,2% del presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social y el 7,9% del presupuesto de la SENNAF, según datos de la Oficina Nacional de Presupuesto.

Otra institución importante en la implementación de la política pública es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), conocido como PAMI. El INSSJP, creado en 1971 mediante la Ley 19.032, es un organismo especializado en la atención sanitaria y social de personas mayores. A su vez, es la mayor obra social del país y es la única que se especializa en este grupo de población (Di Cesare y Ithurburu, 2016).

El INSSJP es una entidad autárquica y autónoma. Autárquica en tanto posee presupuesto propio y poder de compra (Di Cesare y Ithurburu, 2016). Autónoma ya que puede formular políticas que aplica en todo el territorio nacional (ibid., 2016). Su presupuesto para 2018 es igual a \$145.784.774.000, lo que implica una cifra ampliamente superior al presupuesto de la DINAPAM.

En cuanto a su organización territorial, INSSJP-PAMI cuenta con una estructura gerencial que articula y gestiona los programas vigentes en sus 38 sedes o Unidades de Gestión Local (UGL) en cada una de las 24 jurisdicciones (Di Cesare y Ithurburu, 2016). A su vez, las UGL están descentralizadas en 715 agencias situadas distintas localidades (ibid., 2016).

## **2.4. Principales políticas públicas nacionales asociadas al cuidado de personas mayores en el país**

La DINAPAM y el INSSJP, como se dijo en el apartado anterior, ejecutan distintas acciones encaminadas a brindar cierto nivel de protección y bienestar para las personas mayores. Dentro de estas, es posible rastrear aquellas vinculadas a la oferta de servicios de cuidado. Por ejemplo, entre los programas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, se encuentran asociados al cuidado de este grupo de población: el Programa de Residencias de Larga Estadía, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios y el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de vida para Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. A su vez, la Dirección cuenta con el Programa de Fortalecimiento Institucional que se destina a centros de día y residencias de larga estadía distribuidos a lo largo del territorio nacional.

Este trabajo estudia aquellas políticas públicas nacionales que ofrecen cuidados directos a personas mayores con dependencia. Por ello, en esta sección se tratará la oferta de ambos organismo a este respecto.

### **2.4.1. Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios**

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios fue aprobado en el año 2002 por resolución N°1120 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y se aplica desde la DINAPAM. Según esta resolución, el programa tiene como objetivo ofrecer apoyo domiciliario con la finalidad de contribuir en la superación de las situaciones de riesgo

y al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, discapacitados y enfermos con patologías crónicas invalidantes o terminales mediante la permanencia de esta población en sus hogares, evitado su internación siempre que no sea necesario. De esta manera, se intenta favorecer el envejecimiento en el domicilio en consonancia con el paradigma de derechos de los adultos mayores.

Este programa está compuesto por dos subprogramas: a) Capacitación; b) Promoción de Sistemas Locales de Cuidados Domiciliarios: Sistema de Prestación en Domicilio. El primero implica la formación de cuidadoras domiciliarias mediante cursos sobre temáticas del envejecimiento y la discapacidad para que puedan desempeñar una atención integral de la población beneficiaria. El segundo se refiere a un sistema de prestación en domicilio de servicios de baja complejidad y mejoramiento del hábitat. Estos consisten en servicios de apoyo sanitario y social prestados por el personal calificado a personas que no pueden realizar por sí mismas actividades de la vida cotidiana. Entre las prestaciones que la resolución describe como tareas de las cuidadoras domiciliarias se pueden mencionar: actividades de cuidado de la salud (realización de prácticas indicadas por los profesionales como ejercicios de rehabilitación, de foniatría, etc.), actividades directas de cuidado (alimentación asistida, higiene y arreglo personal, etc.) actividades indirectas de cuidado (preparación de alimentos, realización de compras, etc.) entre otras.

El subprograma de prestación tiene como población objetivo a personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales (con o sin



familia) que por diversas razones necesitan ayuda en su domicilio para las actividades de la vida diaria.

Respecto a su modalidad operativa y de financiamiento, según la resolución de creación del programa, la SENNAF en tanto es la unidad administrativa responsable de la planificación y gestión integral del programa, se encarga de otorgar fondos que pueden ser administrados por gobiernos provinciales, municipales u organizaciones y de realizar el seguimiento y supervisión del cumplimiento de las metas físicas y sociales convenidas. Los fondos, administrados por los gobiernos locales o las organizaciones de la comunidad, deben ser empleados para financiar la prestación directa del cuidado domiciliario, los gastos de coordinación del servicio, supervisión directa del cuidador y gastos de administración de acuerdo a lo establecido por la SENNAF. La detección del beneficiario debe realizarla el servicio local, pero es objeto de evaluación y aprobación por el gobierno nacional.

El programa se implementa mediante convenios establecidos entre la SENNAF, a través de la DINAPAM, y los gobiernos provinciales y municipales, organismos nacionales (como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados-PAMI), obras sociales y otras organizaciones. Se han efectuado convenios con las principales obras sociales -INSSJP-PAMI, Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA), algunas de carácter provincial- para la incorporación del servicio entre las prestaciones (Roqué y Amaro, 2016) y con el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA).

El costo del servicio de cuidado domiciliario es financiado por el gobierno nacional en su totalidad o por porcentajes entre distintos organismos.<sup>8</sup> Entre los requisitos de la población financiada por la SENNAF, aparece para el caso de las personas mayores: a) la situación de pobreza del adulto mayor (en la línea de la pobreza o por debajo); b) si tiene familiares, que los familiares no lo puedan atender por razones de distancia, laborales, composición familiar, enfermedad o incapacidad física o psíquica u otras evaluadas por la o el trabajador social y que los familiares (obligados por ley a prestar asistencia) tengan ingresos insuficientes.

En lo que respecta a la aplicación espacial del programa, se ha señalado que desde 2003 tiene alcance nacional, entendiendo que la llegada al territorio depende de la firma y cumplimiento de los convenios. Sin embargo, dada la escasez de publicación de información relativa a la cobertura del programa, resulta difícil conocer cómo se ha realizado su implementación a nivel territorial y cómo ha cubierto a sus potenciales beneficiarios.<sup>9</sup>

Otra fuente de información sobre cobertura es el presupuesto del sector público nacional y la cuenta de inversión publicada por el Ministerio de Hacienda. Según los presupuestos que tienen como unidad ejecutora a la DINAPAM, entre 2015 y 2018 se observa una tendencia a la disminución tanto en la meta proyectada como en la meta ejecutada para la capacitación de personas desde los programas de cuidado

---

<sup>8</sup> Las modalidades de financiamiento difieren según la situación socio - económica de las personas a atender y de la cobertura de obra social.

<sup>9</sup> Según el trabajo de Arias (2009), el número de personas atendidas entre 2003 y 2008 fue igual 24268. Por su parte, durante el mismo periodo, se capacitaron a 12572 interesados. Esto último significó un incremento que rondó el 500% respecto a la formación efectuada durante 1996 y 2002, en la versión anterior del programa

gerontológico (entre estos se encuentra el programa analizado junto con el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida en Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y Otras Demencias y el Programa Nacional de Autonomía Personal y Accesibilidad Universal para los Adultos Mayores). En el caso de las metas ejecutadas, mientras que en 2015 fueron capacitadas 13310 personas, en 2017 se formaron tan sólo 5370 dentro de los programas. Para el año 2018 se ha proyectado la capacitación de 6420 personas.

A su vez, los datos de la tabla N° 5 muestran la baja en la cantidad de personas asistidas por el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios entre 2015 y 2016, cuando se pasó de 12210 a 810. Por último, cabe destacar que para el presupuesto de 2018 no aparece la cantidad de personas asistidas en cuidados entre las metas proyectadas.

**Tabla 5: Capacitación en servicios brindados a Adultos Mayores desde los programas de la DINAPAM**

	Unidad de medida	Meta proyectada	Meta final	Meta ejecutada
<b>2015</b>	Persona Capacitada	9528	9528	13310*
	Persona Asistida	1122	1122	12210***
<b>2016</b>	Persona Capacitada	10650	5340	3220*
	Persona Asistida	-	1470	810***
<b>2017</b>	Persona Capacitada	6408	7280	5370**
	Persona Asistida	1764	-	-
<b>2018</b>	Persona Capacitada	6420	-	-
	Persona Asistida	-	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Presupuestos Nacionales y de las Cuentas de Inversión, Ministerio de Hacienda de la Nación.

(\*) En esta meta se incluyeron aquellas personas que asistieron a los cursos de formación en cuidados gerontológicos del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios y Promoción de la Calidad de Vida en Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y Otras Demencias y a las jornadas de encuentros de coordinaciones de los programas y de cuidadores/as.

(\*\*) En esta meta se incluyeron aquellas personas que asistieron a los cursos de formación en cuidados gerontológicos del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios; del Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida en Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y Otras Demencias y del Programa Nacional de Autonomía Personal y Accesibilidad Universal para los Adultos Mayores. Asimismo, se contabilizaron las personas que participaron de las jornadas de encuentros de coordinaciones de los programas y de cuidadores/as.

(\*\*\*) Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

(-) Información no disponible

Finalmente, cabe destacar que la escasez de información oficial sobre la cobertura dificulta la realización de evaluaciones sobre la ejecución de este programa y complica la estimación de la brecha entre las personas que requieren cuidados y las personas asistidas. Sin embargo, el análisis del diseño de esta política deja entrever que su aplicación puede implicar diferencias en la cobertura. En primer lugar, éstas se pueden dar a nivel territorial en tanto la aplicación en distintas jurisdicciones depende de la firma de convenios entre los organismos locales y el gobierno nacional. En segundo lugar, se pueden dar diferencias en términos de la cobertura y la calidad del servicio ya que existen diversas modalidades de financiamiento según la situación socioeconómica de los adultos y la cobertura o no de obra social, y de la manera en que cada organismo ejecuta el programa.

Además de estas posibles diferencias, es importante mencionar que el análisis de la limitada información disponible muestra la disminución de la cantidad de personas asistidas y capacitadas según los últimos presupuestos de la DINAPAM.

## 2.4.2. Servicios de residencia para Personas Mayores

El servicio de residencia o las instituciones de larga estadía para personas mayores son denominaciones de la actual nomenclatura del paradigma de derechos que viene a reemplazar la tradicional modalidad asilar para ancianos (Gascón y Redondo, 2014). El estudio de este servicio permite considerar a aquellas instituciones que brindan residencia, ya sea temporal o permanente, y atención integral, incluyendo cuidado directo, a personas de 60 o más años.

A continuación, se presenta una descripción de la oferta de servicio proporcionada por la DINAPAM e INSSJP.

### La gestión de las residencias de larga estadía de la DINAPAM<sup>10</sup>

La DINAPAM tiene nueve residencias de larga estadía bajo su órbita de acción. Éstas brindan cuidados y atención integral a personas mayores y se encuentran ubicadas en la Provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires<sup>11</sup>.

La población albergada en las residencias son personas mayores de 60 años que no tienen obra social ni recursos económicos. Según Roqué y Amaro (2016), antes de 2003 se privilegiaba el ingreso de personas autoválidas. Pero, desde la puesta en práctica de la concepción gerontológica basada en el paradigma de derechos, la

---

<sup>10</sup> En esta sección se describe la oferta de servicios de la DINAPAM. Pero, cabe destacar que, además de ello la dirección participa en la atención gerontológica de manera indirecta a través de la cooperación con provincias y municipios en la refacción de residencias institucionales y la formación de sus autoridades.

<sup>11</sup> En Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra el Hogar Isabel Balestra Espíndola y Lea Meller Vack. En la Provincia de Buenos Aires están las siguientes residencias: Hogar Pabellón Residencial José León Suárez; Hogar Santa Ana; Hogar San José; Hogar Eva Perón; Hogar Pedro Andrés Benvenuto; Hogar Bartolomé Obligado y Casimira López; Hogar Bernardo y Juana Etchart Carricart; Hogar General Nicolás Levalle.

población destinataria está compuesta por personas en situación de vulnerabilidad, fragilidad y/o dependencia, entendiéndose que éstas deben permanecer en sus hogares –apoyadas por cuidadoras domiciliarias si la situación lo amerita- y que la institucionalización aparece como el último recurso (Roqué y Amaro, 2016).

En cuanto a la cobertura y financiamiento de las residencias, en tanto dependen de la DINAPAM, sus recursos provienen del tesoro nacional. Según datos de las cuentas de inversión y los presupuestos del sector público, se observa una tendencia negativa en la evolución de las metas proyectadas entre 2015-2018 y ejecutadas entre 2015-2017. Para este año, en el presupuesto se espera la atención de 255 personas.

**Tabla 6: Adultos Mayores asistidos en residencias de larga estadía de la DINAPAM**

	Meta proyectada	Meta final	Meta ejecutada
<b>2015</b>	470	350	249
<b>2016</b>	300	252	227
<b>2017</b>	302	260	222
<b>2018</b>	255	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Presupuestos Nacionales y de las Cuentas de Inversión, Ministerio de Hacienda de la Nación. (-) Información no disponible

#### El servicio de internación geriátrica del INSSJP

El INSSJP otorga servicios sociales y de salud a las personas mayores jubiladas o pensionadas y a su grupo familiar. Actualmente, su cobertura en materia de obra social es muy extensa y para diciembre de 2016 superaba los cuatro millones de

afiliados con una edad igual o superior a los 60 años. Es decir, el 62% la población de 60 y más años proyectada para 2016 por el INDEC.

La internación geriátrica es un recurso que PAMI otorga, según su resolución N°559-01, a aquellas personas que por sus situaciones de salud (discapacidad física y/o psíquica por patología progresiva o secular) requieren una atención integral que su medio no puede otorgarles y que presentan carencia habitacional y/o económica. Este grupo cuenta con la oferta del servicio de internación en residencias geriátricas que ofrece PAMI en distintas modalidades. Entre éstas se encuentran: Institución de Bien Público (IBP), Residencia para Adultos Mayores (RAM) y Residencia para Adultos Mayores con Asistencia Psicogeriátrica (RAMP).

De acuerdo a la información suministrada por PAMI, para 2016 las internaciones de afiliados en instituciones geriátricas superó el número de 21.000 en el territorio nacional. La tabla N° 7 muestra la distribución de las internaciones en las distintas provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

**Tabla 7: Indicadores de internaciones de afiliados en instituciones geriátricas al 31 de octubre de 2016 por provincia y tipo de institución. Total país.**

Provincia	IBP	RAM	RAMP	Total de internaciones	Distribución de internaciones (%)	Internaciones cada mil PM afiliadas
Buenos Aires	877	6534	1788	9199	43,3	5,4
CABA	52	3296	830	4178	19,7	14,5
Catamarca	0	81	0	81	0,4	3,3
Chaco	18	260	88	366	1,7	4,4
Chubut	0	110	81	191	0,9	4,4
Córdoba	209	1601	480	2290	10,8	5,4
Corrientes	16	161	0	177	0,8	2,5
Entre Ríos	71	26	111	208	1,0	1,7
Formosa	5	37	0	42	0,2	1,0
Jujuy	0	107	0	107	0,5	2,1
La Pampa	48	0	0	48	0,2	1,2
La Rioja	13	23	0	36	0,2	1,8
Mendoza	89	324	0	413	1,9	2,2
Misiones	59	14	0	73	0,3	0,9
Neuquén	0	73	0	73	0,3	1,6
Río Negro	0	88	0	88	0,4	1,5
Salta	33	0	11	44	0,2	0,5
San Juan	0	97	26	123	0,6	2,0
San Luis	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz	14	0	0	14	0,1	0,9
Santa Fe	373	2374	484	3231	15,2	9,6
Santiago del Estero	11	0	0	11	0,1	0,1
Tierra del Fuego	8	0	0	8	0,0	1,2
Tucumán	136	34	67	237	1,1	2,0
<b>Total país</b>	<b>2032</b>	<b>15240</b>	<b>3966</b>	<b>21238</b>	<b>100,0</b>	<b>5,3</b>

Fuente: Elaboración propia sobre información de información del INSSJP.



(-) Información no disponible

Si bien ésta permite observar que la prestación llega a las diferentes jurisdicciones, resulta importante mencionar que aquellas que concentran un porcentaje de internaciones superiores al porcentaje que representan sus adultos mayores sobre el total nacional: Buenos Aires, Capital Federal, Córdoba y Santa Fe. El resto muestra, en general, porcentajes menores. Entre estos casos se destaca Mendoza como provincia envejecida que posee el 4,5% del total de adultos mayores a nivel nacional, pero tan sólo el 1,9% de las internaciones. Este caso, como otros de los sub-representados, podría significar diferencias entre las ofertas provinciales.

Para explorar esto se puede observar que Buenos Aires, Capital Federal, Córdoba y Santa Fe presentan mayor número de internaciones cada mil personas mayores afiliadas que la cifra para el total nacional. Mientras que el resto de las provincias se ubican por debajo de esa cifra.

También, cabe destacar, aquellas jurisdicciones que no llegan a una internación cada mil adultos mayores afiliados. Entre estos casos se encuentran: Misiones, Salta, Santa Cruz y Santiago del Estero.

Por último, se encuentra que se existen diferencias provinciales en cuanto a las internaciones en residencias para adultos mayores con asistencia psicogeriátrica. En tanto son tan solo diez las jurisdicciones que presentan estas internaciones: Buenos Aires, Capital Federal, Córdoba, Santa Fe, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Salta, San Juan y Tucumán.

A modo de cierre, se puede notar que los servicios de residencia de larga estadía ofrecidos por la DINAPAM y el INSSJP presentan importantes diferencias a nivel territorial. En el primer caso, se ofrecen servicios de internación para personas sin obra social en situaciones de vulnerabilidad y las residencias se ubican tan sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires, lo que implica falencia en la prestación de servicios nacionales a nivel de todo el territorio del país. En el segundo caso, existe oferta para los afiliados de PAMI en todas las provincias, aunque con disparidades entre zonas geográficas.

Como resultado de esta oferta, CABA y Buenos Aires aparecen como los territorios favorecidos por ambas instituciones. A ellas se suman, las provincias de Santa Fe y Córdoba que presentan, junto con CABA y Buenos Aires, mejores indicadores de internación en PAMI.

Adicionalmente, se pueden realizar algunas reflexiones sobre el panorama presentado en esta sección. Para comenzar se podría plantear la importancia de pensar políticas de cuidado dadas las implicancias de la fase de envejecimiento en la que se encuentra la Argentina. Si se tienen en cuenta las proyecciones efectuadas por el INDEC se puede visualizar que la proporción de adultos mayores sobre el total de habitantes (14,3% para 2010) se incrementará en las próximas décadas y que la proporción del grupo etario de mayor dependencia (personas de 75 años y más) lo hará a un ritmo más acelerado. Como resultado se espera que las personas mayores representen el 20,6% para 2040 y que el peso de los individuos mayores de 74 años corresponda al 7,3% de la población de ese año, cuestión que agrava la necesidad de políticas

comprehensivas que aborden el problema del cuidado de las personas de esta franja etaria, considerando que a mayor expectativa de vida también se incrementa la proporción de personas con necesidades de cuidado directo.

### **3. Políticas de Discapacidad**

#### **3.1. Noción de discapacidad, sus antecedentes y el paradigma vigente**

La discapacidad es un concepto dinámico, y como tal ha evolucionado en el tiempo, así como los paradigmas que guían su interpretación y actuación social y estatal en la materia. Como sostiene Palacios (2008) en la antigüedad la discapacidad era considerada un castigo divino por conductas inapropiadas de los padres de la persona con discapacidad (PCD) o como presagio de catástrofes, que generaban prácticas eugenésicas o de marginación y exclusión de la vida en sociedad de estas personas, o su ridiculización como objetos de entretenimiento de las clases altas. Para finales de la I Guerra Mundial, con el surgimiento masivo de los “heridos de por vida” a quienes les faltaba un sentido, un órgano o una función producto de las consecuencias bélicas así como los accidentes laborales en las fábricas sin regulaciones de seguridad, se estableció un cambio de paradigma sobre la discapacidad, orientado a la rehabilitación de los mismos (Cortez y Meca, 2014).

En este paradigma, si bien se deja de lado el componente de pensamiento mágico de las concepciones de la discapacidad, persiste la exclusión de las PCD. No obstante esto, a partir de esta noción el Estado ocupa un rol importante a través de la asistencia social y como regulador de relaciones laborales (i.e. creando centros ocupacionales e

incentivos al empleo protegido en empresas amparadas). Este modelo de rehabilitación fue criticado por intentar ocultar las diferencias y discapacidades, “cuestión que obligaba a las PCD a ser como los demás” (Palacios, 2008 en Cortez y Meca 2014, 34).

El paradigma vigente actualmente es el modelo social que nace en 1976 a partir de las demandas de la Unión de PCD físicas contra la Segregación (UPIAS por sus siglas en inglés) expresadas en el texto “Principios fundamentales de la Discapacidad”, en el cual se busca incorporar las dimensiones sociales, culturales y económicas a la condición de discapacidad y no limitarla únicamente al foco en la relación médica de paciente y sujeto de rehabilitación (Cortez y Meca, 2014).

“La PCD desde este modelo comienza a ser definida por las limitaciones de la propia sociedad, más que por su diversidad funcional. Esta distinción permitió la construcción de un modelo que fue denominado “social” o “de barreras sociales” de la discapacidad.”(Cortez y Meca 2014, 36).

A partir de este modelo la OMS en 1980 adoptó una clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías que consideraba las deficiencias físicas, las discapacidades objetivadas y las discapacidades socializadas<sup>12</sup>. Esta clasificación, al incluir la categoría de minusvalía, incorporaba un componente de valoración negativa y peyorativa de la discapacidad. Por esta razón, en 2001 la OMS redefine su

---

<sup>12</sup> Se entiende por discapacidad objetivada a aquellas limitaciones restrictivas en la actividad de un individuo debido a cualquier deficiencia y discapacidad socializada a las minusvalías, entendidas como situaciones desventajosas, derivadas de deficiencias o discapacidades, que limitan o impiden a las personas a participar o desempeñar roles sociales en niveles considerados normales (Cortez y Meca 2014, 40).

clasificación por la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud” (Cortez y Meca, 2014), comúnmente conocida por su sigla CIF.

La clasificación de la CIF cubre toda alteración en términos de estados funcionales en los niveles corporal, individual y social asociados a estados de salud, y sentó los antecedentes para la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>13</sup> (en adelante CDPCD) de 2006, en la cual se establece en el art. 1 que “las PCD incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

#### *Tipos de discapacidad*

Los tipos de discapacidad contemplados por la OMS y la Convención de Derechos de las PCD, se dividen en: Deficiencias físicas, mentales y sensoriales:

- Deficiencias físicas: son referidas al padecimiento de anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores); las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos; y las alteraciones viscerales, esto es, en los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.

---

<sup>13</sup> <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- Deficiencias mentales: Se incluye en la categoría el espectro del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros.
- Deficiencias Sensoriales: se presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje (Cortez y Meca 2014, 40).

Argentina adoptó la clasificación CIF de la OMS desde 2001, cuestión que se reflejó en la incorporación de un módulo especial en el Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares 2001, y luego en el Censo de 2010. En estos módulos se siguió la metodología propuesta por el Grupo Washington sobre estadísticas de la discapacidad (INDEC, 2014). Asimismo, el país ratificó en el año 2006 la CDPCD a través de la Ley 26.378 de aprobación de la misma.

Complementariamente a esta clasificación, es importante también incorporar las categorías de dependencia en relación a las discapacidades o deficiencias (leve, moderada y severa). Pues es entendiendo este aspecto que podremos determinar las necesidades (y su intensidad) de cuidados de la población.

.En base a estos criterios de dependencia y de tipo de discapacidad es que se realizan las caracterizaciones de las PCD en la Argentina. Si bien el país adoptó la CDPCD y desde el Censo de 2001 se realiza la encuesta con el clasificador CIF como módulo especial de personas con discapacidad o limitación permanente, es importante

resaltar la falta de periodicidad de la publicación de estadísticas referidas a este grupo poblacional.

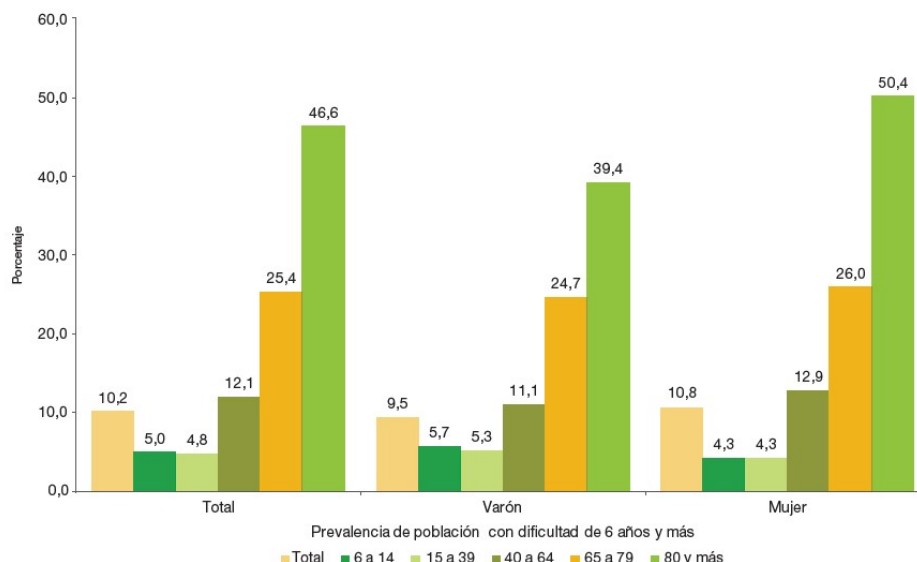
### **3.2. Población con discapacidad en Argentina**

A continuación se presenta brevemente la caracterización de las PCD de la Argentina en base a los resultados oficiales preliminares presentados en 2018 sobre el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad realizada por el INDEC y la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS). Los datos disponibles de esta encuesta son para zonas urbanas, por lo que en aquellos casos donde la información no resulta suficiente, utilizamos información del módulo especial sobre personas con limitación o dificultad permanente del Censo Nacional de Población, vivienda y hogares 2010.

Se observa de la información presentada en base a los resultados preliminares de la ENDI 2018, que el 10.2%% de la población total del país tiene alguna discapacidad, siendo levemente mayor la prevalencia en mujeres que en varones (54.5% y 45.5% del total de la población de 6 y más años respectivamente).

Un aspecto destacable es que a medida que aumenta la edad se incrementa la cantidad de PCD, siendo los grupos etarios más altos los que mayor incidencia de dificultades y discapacidades presentan. Tal es así que del grupo etario comprendido por la población de 80 años o más, el 46.6% de estas personas presenta algún tipo de limitación o discapacidad, cuestión que fortalece la idea de que a medida en que aumenta la edad las personas, por lo general, se vuelven más dependientes de cuidados (Véase el gráfico 3).

**Gráfico 3. Población de 6 años y más. Prevalencia de población con dificultad por sexo según grupos de edad. Localidades de 5.000 y más habitantes, año 2018.**



Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados preliminares.

Asimismo, en términos de dispersión territorial del fenómeno, según datos del módulo especial del Censo 2010 sobre PCD del INDEC, el 89,9% de las PCD vivía en áreas urbanas, mientras que el 10,1% restante en zonas rurales.<sup>14/15</sup>

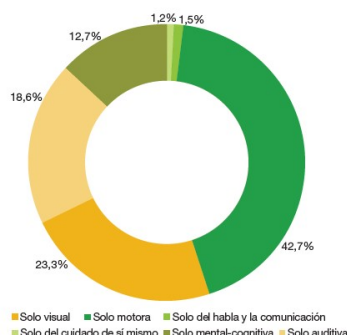
Con respecto a los tipos de discapacidad presentes, encontramos mayor prevalencia de las deficiencias sensoriales con una incidencia del 41,9%, siendo la más prevalente la discapacidad visual; seguida por una prevalencia de las discapacidades físicas. Por su parte, encontramos una menor incidencia de deficiencias mentales. (Ver Gráfico 4)

<sup>14</sup> Si bien se observaba una mayor proporción de PCD en zonas urbanas, según los datos del Censo 2010, la prevalencia de población con discapacidad en las áreas rurales es mayor que en las urbanas (14,4% del total de la población rural, frente a 12,7% del total de la población urbana respectivamente) (INDEC, 2014).

<sup>15</sup> Los datos que se presentan son del Módulo especial del Censo 2010, debido a que no se han presentado los resultados totales de la ENDI del corriente año. Asimismo, los datos publicados corresponden a la población urbana.



**Gráfico 4. Población de 6 años y más con solo una dificultad por tipo de dificultad. Localidades de 5.000 y más habitantes, año 2018.**



Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados preliminares.

Las limitaciones y deficiencias en muchas ocasiones se presentan en conjunto, tal es así que muchas PCD presentan más de una limitación pudiendo ser del mismo tipo o en combinación entre deficiencias físicas, mentales y sensitivas. Según datos del INDEC (2018) para la población con discapacidad de 6 años y más de zonas urbanas, el 59% de las PCD tenía una limitación, y el 30,5% tenía más de una limitación (el 18,3% con dos limitaciones y el 12,2% tres o más); y del total de las PCD encuestados, únicamente el 10,5% sólo tiene certificado de discapacidad.

Las personas con más de una limitación en la cual una de las deficiencias es cognitiva implica en muchos casos la necesidad de cuidados permanentes:

“Estas personas presentan altos niveles de dependencia y muchas de ellas pueden llegar a necesitar ayuda de manera permanente, dado que se encuentran con barreras que restringen su desempeño para realizar actividades de manera autosuficiente. Esta dependencia deriva en la necesidad de ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana y realizar actividades básicas tales como levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado, lavarse y cuidar su aspecto, vestirse y desvestirse solo, comer y beber, entre otras.” (INDEC 2014, 28).

En otras palabras, el grado de dependencia de las PCD responde al tipo de deficiencia o limitación, o a la combinación de dos o más deficiencias que afecten a la autonomía de la persona. Y, cuando esta deficiencia es (o es acompañada de) una limitación cognitiva podemos clasificar al nivel de dependencia como severo.<sup>16</sup> Según los datos disponibles, en el país del 38% de las PCD que tienen más de una limitación, el 32,5% tiene una limitación cognitiva (INDEC 2014).

De la población con dependencia severa para el año 2010, las personas más jóvenes son las que presentan mayor prevalencia de limitación cognitiva (una media de 72.85% de prevalencia en la población de 0 a 19 años).<sup>17</sup> Cuestión que puede estar explicada en el carácter congénito de muchos tipos de discapacidad, que disminuyen las expectativas de vida de las personas con estos padecimientos. Por su parte, las discapacidades y deficiencias observadas en las personas adultas mayores por lo general responden a problemas degenerativos físicos y sensitivos propios del envejecimiento así como a cuestiones socio-ambientales y accidentes laborales, entre otros (INDEC, 2014).

Si bien la última encuesta (INDEC, 2018) no presenta datos sobre tipo de discapacidad por franja etaria, da cuentas de la mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones en las personas más jóvenes, y cómo esto decrece en la adultez. Cuestión que reafirma la

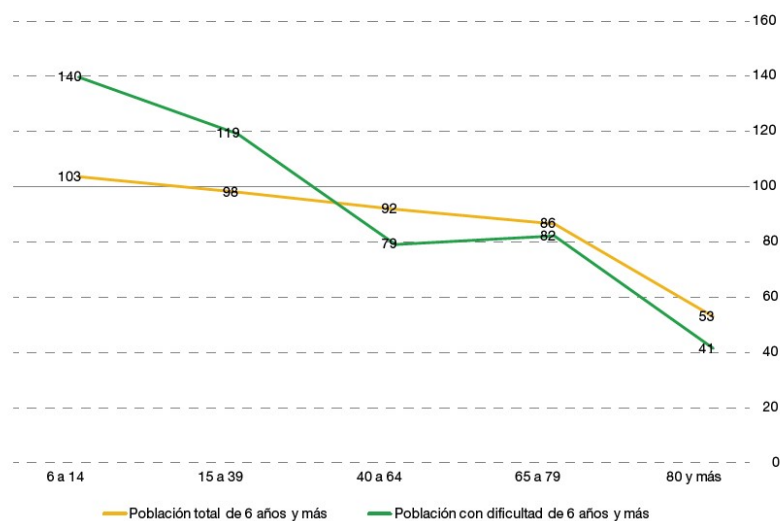
---

<sup>16</sup> Si bien consideramos que las deficiencias o limitaciones cognitivas son indicativas de dependencia severa, puede existir este nivel de dependencia sin limitaciones cognitivas o mentales.

<sup>17</sup> En el grupo de 0 a 4 años se observa un sub-registro de esta población, que rompe la tendencia observada, según lo evidenciado en el módulo especial del Censo 2010. Esto, según el INDEC puede ser explicado en parte por la declaración de los padres o tutores del niño/a por el cual se responde, ya que probablemente en esas edades no existe aún un diagnóstico efectivo de este tipo de DLP (INDEC 2014, 31).

información presentada en 2014 en base al módulo censal de 2010. El gráfico 5 muestra la prevalencia de limitaciones y discapacidad por edad.

**Gráfico 5. Población de 6 años y más, total y con dificultad. Índice de masculinidad por grupos de edad. Localidades de 5.000 y más habitantes, año 2018.**



Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados preliminares.

Observamos que las personas con mayor dependencia de cuidados en materia de limitaciones o dificultades permanentes se encuentran en los primeros años de vida y hasta la finalización de la juventud. Pero también se observa de la evidencia que a medida que la población tiende a envejecer, hay una tendencia hacia el aumento de las discapacidades que agrava la necesidad de cuidados para las personas de esta franja etaria. Otra característica particular asociado a esto es la mayor prevalencia de varones con discapacidad en los primeros años de vida, mientras que en las edades más avanzadas esto se invierte y el porcentaje de mujeres con discapacidad aumenta notablemente.

Frente a la necesidad de cuidados de esta población, y considerando que las discapacidades o limitaciones responden a un problema de naturaleza sanitario, el nivel y tipo de cobertura en salud de las PCD impacta sobre la calidad de vida de estas personas, pero también sobre su situación socio-económica y sobre las cargas familiares de cuidado. En relación a esto, según datos del Anuario Estadístico de Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación, 2016), para 2016, el 74,21% de las PCD con Cédula Única de Discapacidad declaró tener cobertura de salud, y dentro de este grupo el 67,7% cuenta con obra social, el 7% con prepagas, el 14,3% con PAMI y el 11% tiene cobertura del programa Federal Incluir Salud dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, que está destinado a personas que perciben pensiones no contributivas o pensiones graciables.

A nivel estatal, con el fin de reducir el nivel de desigualdades sociales y económicas que trae aparejado este tipo de limitaciones o dependencia, se lleva a delante un conjunto de acciones públicas orientadas a esta población. Estas acciones se encuentran reguladas y garantizadas por un extenso marco normativo internacional, nacional, y en algunas experiencias a nivel provincial, que protege los derechos de las PCD y les garantiza condiciones mínimas de bienestar. A continuación se presenta sucintamente este marco.

### **3.3. Institucionalidad de las políticas de protección a las PCD**

El Estado Argentino, aunque de manera incipiente, ha asumido un compromiso por garantizar los niveles básicos de protección y bienestar para las PCD. Esto lo realiza a

través de una serie de acciones públicas entre las que se encuentran la regulación de formas de empleo para PCD y de servicios, transferencias monetarias y subsidios para las familias con PCD, y a través de servicios para la rehabilitación y cuidado. Este conjunto de políticas se dan bajo un marco normativo particular. Si bien encontramos 35 normas entre leyes, decretos y resoluciones a nivel nacional, en este trabajo nos focalizaremos en las leyes nacionales que sientan las bases para la protección de este grupo de población.

### Marco normativo

Las principales leyes que sientan las bases para la regulación y protección de los derechos de las PCD son la Ley 22.431 y la Ley 24.901:

Ley N° 22.431 de Sistema de protección integral de los discapacitados, de 1981. Esta Ley establece en su art. 1:

“un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.”<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> La utilización de expresiones tales como “personas normales” son un reflejo del paradigma asistencialista y regulador sobre discapacidad vigente en el país al momento de la sanción de la norma en 1981. Si bien la ley sigue vigente, con la ratificación de la Convención Internacional de los Derechos de las PCD se entiende que las dificultades y limitaciones de las personas no son un impedimento para su desarrollo pleno.

Esta ley es la que establece el concepto de discapacidad vigente en el país: “se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” (art. 2).

Por su parte, la Ley 24901 del Sistema de Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, de 1997 busca brindar a las PCD una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos (art.1). A través de esta ley se obliga a las obras sociales a cubrir los costos de las acciones tendientes a los tratamientos necesarios de acuerdo a cada limitación de las PCD, sean estas de rehabilitación, estimulación, terapéuticas, educativas y/o asistenciales. Asimismo, esta ley establece sistemas alternativos al grupo familiar para el cuidado de las PCD, por medio de centros de cuidado (Capítulo IV de la Ley) y la provisión de recursos económicos (Capítulo VII) tanto a través de transferencias como de prestaciones para cubrir costos de tratamientos médicos, psiquiátricos y de rehabilitación.

Estas leyes, junto con la ratificación de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 2000 (por Ley 25.280 de 2000), y de la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD de 2006 (Ley 26.378 de 2006), constituyen el marco legal a partir del cual se establecen los principales lineamientos de políticas públicas para las PCD en el país.

### Marco institucional

En septiembre de 2017 se crea la Agencia Nacional de Discapacidad (en adelante ANDIS), por Decreto presidencial 698/2017, como encargada de ejecutar el “Plan Nacional de Discapacidad”. La ANDIS se instituye como un organismo descentralizado de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación, que opera en el marco del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales con autarquía económica y financiera y personería jurídica propia (art. 1).

La agencia:

“tendrá a su cargo el diseño, coordinación y ejecución general de las políticas públicas en materia de discapacidad, la elaboración y ejecución de acciones tendientes a promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad y la conducción del proceso de otorgamiento de las pensiones por invalidez y las emergentes de las Leyes N° 25.869<sup>19</sup> y N° 26.928<sup>20</sup> en todo el territorio nacional” (art.1).

Esta agencia viene a asumir las responsabilidades en materia de discapacidad que antes asumía la CONADIS (Comisión Nacional Asesora para la integración de las Personas Discapacitadas) centralizando todos los aspectos y acciones estatales vinculadas con la discapacidad, entre ellas la administración de las pensiones.

En base al reconocimiento de la diversidad de realidades territoriales, esta nueva agencia también trabaja junto al ya existente Consejo Federal de Discapacidad (creado en 1996 por Ley 24.657). El Consejo Federal de Discapacidad, presidido por el director ejecutivo de la ANDIS (su máxima autoridad), se establece como espacio de diálogo y

---

<sup>19</sup> Ley sobre beneficio para hemofílicos infectados del retrovirus HIV.

<sup>20</sup> Ley de creación del Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas.

planificación sobre la temática en lo respectivo a las acciones públicas que desarrollen el gobierno nacional, los gobiernos provinciales o a nivel municipal. Los miembros del Consejo son los “máximos representantes de organismos gubernamentales de cada una de las provincias, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de organizaciones de la sociedad civil de o para personas con discapacidad de las regiones Patagónica, NEA, Cuyo, NOA y Centro”.

Previamente a la creación de la ANDIS, la CONADIS compartía estrategias para este grupo poblacional a través del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR)<sup>21</sup> dentro del entonces Ministerio de Salud de la Nación. Este era un organismo descentralizado responsable de la confección y publicación de las normativas de evaluación y certificación de discapacidad, y la capacitación a las juntas evaluadoras del país<sup>22</sup> que estuvo en vigencia hasta este año. Actualmente, todas las políticas, planes, programas y estrategias para PCD se desarrollan por la ANDIS.

De acuerdo con información de su página web, la ANDIS, funciona como el único ente donde se realizan los trámites del símbolo internacional de acceso y la franquicia para la compra de un automotor, y donde además, funciona el Registro Nacional de Prestadores, en el que se inscriben las instituciones que prestan servicios a personas con discapacidad de todo el país (trámites antes realizados por el SNR). También presta servicios de formación y asesoramiento en materia de discapacidad, y brinda

---

<sup>21</sup> Las actividades antes realizadas desde el SNR se traspasaron a la Red Federal de Rehabilitación, que pertenece a la ANDIS, pero se creó en 2016 por Resolución del Ministerio de Salud N° 2243/16.

<sup>22</sup> Información extraída de <https://www.snr.gob.ar/> (última visita 28/05/2018)



actividades recreativas, deportivas, físicas y acuáticas, y por último y más importante, es el organismo que otorga el Certificado único de discapacidad (CUD).

El CUD es un documento público de validez nacional emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria que certifica la discapacidad de la persona.<sup>23</sup> Esta cédula de carácter gratuita, les da a las PCD el beneficio de cobertura total de salud en medicamentos, tratamientos y prótesis; el acceso gratuito al transporte público nacional de corta, mediana y larga distancia; el libre tránsito y estacionamiento por medio del símbolo internacional de acceso; turismo accesible; eximición de impuestos municipales; acceso al programa de Tarifa Social Federal (de subsidio a los servicios); y pensiones específicas según el tipo de discapacidad (Hijo con discapacidad, Maternidad Down, Ayuda Escolar Anual por hijo con discapacidad).

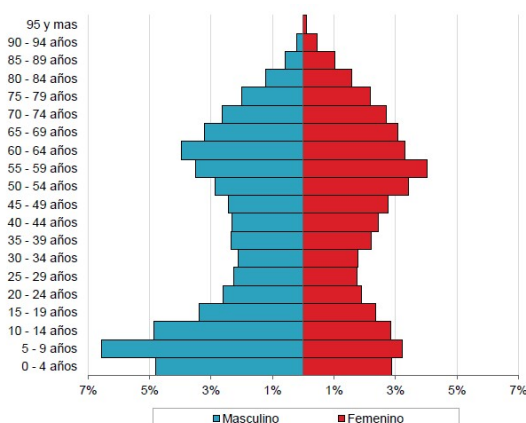
Un rezago importante que se observa es que el CUD no habilita al acceso a prestaciones específicas de cuidado directo, tales como subsidios a cuidadores domiciliarios, o para estancias de día. Esto se debe a que si bien Ley N° 26.480 incorpora la prestación de asistencia domiciliaria para las PCD, esto aún no se encuentra reglamentado, pese a que estaba presente en la agenda legislativa 2018.

Dentro de la población con algún tipo de discapacidad que cuenta con CUD, se observa una mayor prevalencia en la franja etaria de 5 a 9 años de edad, y luego un aumento sostenido de esta a partir de los 55 años hasta los 65 años (ver gráfico 6).

---

<sup>23</sup> *Ibid* anterior (última visita 28/05/2018)

**Gráfico 6. Distribución de personas con CUD en el total del país, por sexo y grupo de edad. 2016**



Fuente: Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud de la Nación.

### 3.4. Principales políticas públicas para PCD con dependencia severa en el país

Podemos advertir que una de las principales políticas públicas para PCD en el país es el Certificado Único de Discapacidad mencionado más arriba. De todos modos, cuando se trata de discapacidades limitantes que generan algún tipo de dependencia severa, los servicios y prestaciones más relevantes para el objetivo de este trabajo son los que permiten el cuidado intensivo de estas personas. Para ello, la Ley 24901 reguló estos servicios, y según la misma se distinguen los servicios entre residencias, pequeños hogares y hogares.

En el marco de dicha ley se entiende por *residencia* “al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de auto valimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas” (Art.30). Por *pequeños hogares* “al recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de niñas, niños y adolescentes

con discapacidad, que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para su desarrollo, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente” (Art.31). Y por *hogares* a aquellos espacios que tienen por finalidad “brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente” (Art. 32).

En base a la información del SNR para 2017<sup>24</sup>, encontramos que de las 624 instituciones registradas para el total del país, 551 son centros de día donde las PCD pueden realizar actividades recreativas, de rehabilitación y cuentan con servicio de comedor, 65 hogares, 2 pequeños hogares y 4 residencias, como se observa en la tabla 8.

Esto evidencia la falta de servicios públicos para esta población, y las marcadas diferencias entre provincias, ya que si bien no se presenta información oficial desagregada, la Encuesta de INDEC 2018 establece que el 10,2% de la población argentina tiene al menos una discapacidad, lo que equivale a unas 43.600 personas<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Esta información estuvo publicada en la página web del SNR hasta junio de 2018.

<sup>25</sup> En base a las estimaciones de crecimiento poblacional de INDEC, para 2018 la población argentina sería de 44.494.502 personas.

**Tabla 8. Servicios de cuidado para PCD con dependencia severa por tipo de servicio y provincia.**

Provincia	Centros de día	Hogares	Residencias	Pequeño hogar	Total de ss	PCD %
Buenos Aires	209	28	-	.	237	12
CABA	57	3	3	-	63	11.2
Catamarca	1		-	-	1	16.1
Chaco	12	4	-	-	16	15.4
Chubut	5	-	-	-	5	12.9
Córdoba	42	3	-	1	46	12.4
Corrientes	2	1	-	-	3	13.6
Entre Ríos	14	3	1	1	19	11.7
Formosa	3	-	-	-	3	14.4
Jujuy	3	-	-	-	3	16.3
La Pampa	2	3	-	-	5	11.4
La Rioja	4	-	-	-	4	17.1
Mendoza	31	4	-	-	35	13.3
Misiones	3	-	-	-	3	14.1
Neuquén	2	-	-	-	2	15.1
Río Negro	3	-	-	-	3	14.5
Salta	11	1	-	-	12	16.2
San Juan	7	1	-	-	8	15.4
San Luis	5	-	-	-	5	13.2
Santa Cruz	2	-	-	-	2	11.7
Santa Fe	103	18	-	-	117	12.8
Santiago del Estero	7	2	-	-	9	16.2
Tierra del Fuego	1	-	-	-	1	9.8
Tucumán	22	-	-	-	22	14.3
<b>Total país</b>	<b>551</b>	<b>65</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>624</b>	<b>12</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Registro de Prestadores de Servicios SNR.

Asimismo, como ocurre con los servicios de residencias y cuidados de larga estadía para adultos mayores, también se observa una oferta más amplia –aunque también insuficiente- en la Provincia de Buenos Aires y en la Ciudad homónima frente al resto del país. Incluso cuando la prevalencia de PCD para todo el territorio es en promedio de 12% sobre el total de la población, y dichas jurisdicciones son las que presentan menor prevalencia (junto con Tierra del Fuego). La oferta es menor en provincias donde el problema se agrava, como en La Rioja, Jujuy, Catamarca, Salta y Santiago del Estero.

Esta problemática adquiere otra notoriedad cuando observamos que sólo se encuentran registrados dos pequeños hogares para el total del país, cuestión que evidencia la idea de que los niños y niñas pequeñas que presentan algún tipo de discapacidad o limitación permanente deben estar al cuidado exclusivo de la familia.

El otro programa destinado al cuidado directo de PCD en el país es el Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios, que como se mencionó en la sección dedicada a adultos mayores, depende de la DINAPAM y tiene dos aristas: por un lado brindar la prestación de cuidados directos a personas mayores, con discapacidad o con una enfermedad terminal limitante cuando la persona o su familia no pueda hacerse cargo de sus cuidados, a través de la promoción de Sistemas Locales de Cuidados Domiciliarios y; por otro lado brinda capacitaciones y formación especializada a las personas que se desempeñan como cuidadoras (ver sección 2.4.1).

En el caso particular de la población con algún tipo de discapacidad, no hay límite de edad para ingresar al programa a diferencia del caso de adultos mayores, y el servicio se presta para personas con deficiencias motoras, sensoriales, viscerales y múltiples, según la Resolución Ministerial 2012/ 2002, pero no se mencionan las deficiencias mentales o cognitivas, que como vimos, en caso de estar presente representa una dependencia severa de la PCD.<sup>26</sup> Para acceder a este beneficio la persona debe estar por debajo de la línea de pobreza y que los familiares o allegados a la persona presenten ingresos insuficientes. Otra de las condiciones que presenta el programa para esta población es la necesidad de presencia de familiar o allegado directo para la atención de la PCD cuando el personal especializado no esté.<sup>27</sup>

En breve, se observa que la política de mayor envergadura en materia de PCD es el CUD, como instrumento de acceso a prestaciones estatales de manera diferencial. El CUD permite mejorar las condiciones de las personas cuando carecen de autonomía para actividades indirectas de cuidado, o en términos específicos, cuando encuentran dificultades para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria. No obstante, en cuanto a limitaciones que afecten a la autonomía en actividades básicas y que por lo tanto impliquen la necesidad de cuidados directos, los servicios estatales se muestran restringidos, y se profundizan las brechas en las provincias con mayor prevalencia de PCD.

---

<sup>26</sup> Estimamos (debido a que no hay información suficiente para afirmarlo) que esta diferenciación se debe a que las discapacidades mentales o cognitivas se

<sup>27</sup> Sobre las metas presupuestarias del programa, las mismas se encuentran consolidadas y no se encuentra discriminado por tipo de población. Por ello asumimos que las metas y partidas presupuestarias son tanto para la capacitación y servicios de cuidado de personas mayores y de PCD.

Asimismo, la posibilidad de acceder al Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios se encuentra restringida a aquellas personas en situación de extrema vulnerabilidad, lo que limita el acceso –y agrava las condiciones socio-económicas- de aquellos pacientes que se encuentran en los límites de la línea de la pobreza.

A modo de conclusión de esta sección, podemos advertir la existencia de un supuesto implícito de que las PCD deben estar al cuidado exclusivo de las familias, cuestión que se observa de la poca oferta de servicios de cuidado directo para este grupo poblacional. Asimismo, se puede observar que la oferta de servicios para las personas de las edades más jóvenes, que casualmente son donde las dependencias se ven agravadas tanto por edad como por la intensidad de las mismas, es casi inexistente, lo que profundiza las cargas de cuidado al interior de las familias. Mientras que para el caso de los adultos con algún tipo de limitación o discapacidad la oferta de servicios está supeditada a la relación en el mercado laboral de los mismos o sus familiares, puesto que los beneficios, tratamientos y acceso a servicios se encuentran supeditados al tipo de subsistema de salud al que está inscripto. En ese sentido los servicios públicos de cuidado directo son residuales, puesto que se encuentran limitados sólo para aquellos por debajo de la línea de la pobreza cuyas familias no pueden responder a sus cuidados.

#### 4. Conclusiones

El objetivo de este trabajo era conocer el panorama general de la población adulta mayor y con discapacidad con dependencia severa en el país, y la oferta de servicios

estatales. Nos centramos principalmente en el análisis de los marcos normativos e institucionales así como en la oferta de programas a nivel nacional, puesto que sistematizar toda la oferta a nivel sub-nacional escapaba a nuestro objetivo dada la compleja trama de relaciones entre los niveles locales, provinciales y nacionales y la heterogeneidad estructural de la Argentina.

Los resultados de este primer paneo nos permiten entrever aspectos constitutivos de las poblaciones que aquí estudiamos y de la oferta programática estatal a nivel nacional. Pero también, en la elaboración de este documento nos encontramos con las falencias que presentan las fuentes estadísticas oficiales, así como información referida a evaluaciones de los programas. En el caso particular de la población con discapacidad o con algún tipo de limitación permanente, la información que se presenta es difusa, proveniente de diversas fuentes que no en todos los casos dialogan entre sí. Asimismo, el cambio de institucionalidad parece haber afectado al proceso de publicación de la información sobre las políticas destinadas a este grupo de personas.

Estudiar estas dos poblaciones en paralelo responde a que las necesidades de cuidado específicas que requieren así como su abordaje es similar: para evaluar el tipo de dependencia de adultos mayores o de PCD se utilizan los mismos índices; las limitaciones en actividades de la vida cotidiana tanto básicas como instrumentales responden a los mismos criterios y, por lo tanto, parte de la oferta de servicios y prestaciones son idénticas para las dos poblaciones. Ejemplo de ello es el Programa Nacional de Cuidados Domiciliados de la DINAPAM.



Inclusive, como se muestra a lo largo del documento, el abordaje similar de estos grupos refiere a que a medida que las personas envejecen son mayores las posibilidades de que aparezcan limitaciones y discapacidades.

No obstante esto, siguen siendo dos poblaciones con necesidades particulares y por lo tanto diferenciadas. Cuestión que como se analizó, se plasma en marcos legales normativos y también en prestaciones diferenciadas. Un ejemplo concreto de estas diferencias es en términos de establecimientos de cuidado: mientras los centros de día para PCD tienen un componente de cuidado intensivo, los centros de día para adultos mayores son espacios de prevención y control de salud, de sociabilización y recreación que buscan potenciar la autonomía de sus beneficiarios. En el caso de las personas mayores, son las residencias geriátricas o residencias de larga estadía las que tienen como uno de sus principales objetivos prestar atención a personas con dependencia severa.

En cuanto a los marcos legales para estas poblaciones, la Argentina ha adherido a los tratados y convenciones internacionales de ancianidad y discapacidad, por lo que estas dos poblaciones cuentan con una serie de derechos referidos a aspectos inherentes a su integridad y centro de vida garantizados por el Estado Nacional. Inclusive, las dos poblaciones cuentan con instituciones propias que coordinan las acciones públicas federales relacionadas a la ancianidad y discapacidad (DINAPAM y Agencia Nacional de Discapacidad –Consejo Federal de Discapacidad, respectivamente). No obstante esto, no se cuenta con una ley específica que de

tratamiento integral a la protección de los derechos de las personas adultas mayores como sí ocurre en otros países de la región.

A su vez, más allá de los marcos, encontramos que las políticas referidas a las personas con discapacidad y adultas mayores se muestran insuficientes, restringidas y residuales, en el sentido de que el Estado sólo está presente si todas las otras formas de protección (sean estas familiares, comunitarias o de mercado) se agotan o no son una opción viable para la persona que transita esta situación. Cuestión que se muestra contradictoria con el paradigma de derechos, que aboga por la universalidad en el acceso a los servicios sociales. A su vez, se muestra excluyente, pues dependiendo de la situación económica familiar, o de los lazos sociales de la persona, serán distintas las posibilidades de recibir cuidados directos.

Esto repercute en el sostenimiento de las desigualdades socio-económicas, puesto que las posibilidades de sobrellevar la vida en condiciones dignas depende de los recursos económicos y sociales de la persona y no de servicios universales estatales.

Esta situación se magnifica, y adquiere otra relevancia cuando observamos que Argentina es uno de los países más envejecidos de la región (con un 9,5% de la población adulta mayor con dependencia básica y 21,9% instrumental), y que en promedio el 12% de su población tiene algún tipo de discapacidad. Ante esto nos preguntamos: si el Estado sólo presta servicios en los casos de extrema vulnerabilidad, ¿qué pasa con las personas con dependencia severa que no están por debajo de la línea de la pobreza? ¿Quiénes cuidan a estas personas?

La respuesta es “la familia”, sobre todo cuando culturalmente se aboga por un modelo de desinstitucionalización de los cuidados, y que dentro de las familias “las mujeres” son las que cuidan a estas personas.<sup>28</sup> Lo que nos lleva a preguntarnos hasta qué punto el cuidado intensivo de personas debe implicar una sobre carga de trabajo en las mujeres. ¿Puede, acaso esto último, tener relación con el hecho de que las mujeres ancianas para todos los grupos etarios presentan mayores tasas de dependencia básica que los varones? Es decir, ¿hasta qué punto dedicar una vida al cuidado de otros no repercute en el tipo de vejez que tendrán estas mujeres?

Consideramos que abordar el estudio de estas poblaciones y la oferta de servicios para los mismos permite aproximarnos a comprender la forma de organización social del cuidado de estas personas, y con ello nos permite visibilizar la necesidad de un reparto más justo y equitativo de las responsabilidades de cuidado entre las familias y el Estado, como garante último del bienestar de los ciudadanos.

### **Bibilografía**

Arias, C. (2009). Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En S. Huenchuan, M. Roqué, y C. Arias, Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidades o crisis? Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Bloch, C., y Schuster, P. (2015). El problema de la dependencia en las personas mayores en la Argentina.

---

<sup>28</sup> Si observamos la evidencia de la última Encuesta de Uso del Tiempo (Módulo especial EPH INDEC 2013), se observa que las mujeres ocupan en promedio el doble del tiempo para actividades de trabajo no remunerado que los varones, y que estas diferencias también son notorias entre mujeres de diferentes quintiles de ingresos, agravándose la carga de trabajo no remunerado para las mujeres más pobres. Ver Rodríguez Enríquez 2015.

CELADE (Abril de 2010). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe (Separata). Naciones Unidas. doi:[https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata\\_Indicadores\\_Envejecimiento.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata_Indicadores_Envejecimiento.pdf)

Cortez, S. y Meca, D. (2014). Accesibilidad de Personas con Discapacidad Auditiva a la gestión municipal. Casos: Municipalidad de Las Heras y Municipalidad de Maipú. Universidad Nacional de Cuyo.

Di Cesare, L., y Ithurburu, T. (2016). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la Argentina. En S. Huenchuan, Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

DINAPAM (2012). Avances nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia. Argentina: Ministerio de Desarrollo Social.

England, P., Budig, M., y Folbre, N. (2002). Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work. *Social Problems* 49: 455-73.

Faur, E. (2014). El cuidado infantil en el Siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno editores.

Gallo, V., y Martelotte, L. (2017). El derecho al cuidado en las propuestas de reforma normativa. Estudio de los proyectos de ley presentados ante el Congreso Nacional, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Misiones, Salta y Tierra del Fuego. Buenos Aires.

Gascón, S., y Redondo, N. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Huenchuan, S. (2016). Análisis de los casos de estudio: estrategia y lecciones de la institucionalización de los asuntos de las personas mayores. En S. Huenchuan, Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos (págs. 215-236). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Huenchuan, S. (2013). Los derechos de las personas mayores. Módulo 1: Aspectos teórico-conceptuales sobre los derechos humanos de las personas mayores. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

INDEC. 2018. «Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados preliminares 2018». : 30.

Marzonetto, G. L. y Rodríguez Enríquez, C. (2017). La coordinación institucional de políticas de cuidado infantil en la Argentina : desafío necesario para el abordaje de las desigualdades. Cuadernos de Economía Crítica 4(7): 43-69.

MECON- INDEC. (2004). «Aquí Se Cuenta. La población con discapacidad en Argentina». Revista informativa del Censo 2001: 0-4.

Ministerio de Salud de la Nación (2016). Anuario estadístico nacional 2016.

Palacios, A. (2008). El modelo social de la Discapacidad: Orígenes, Caracterización y Plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (ed.1). CINCA. Madrid.

Razavi, S. (2011). Rethinking Care in a Development Context : CO. 42(4): 1-23.

Razavi, S., y Staab, S. (2010). Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado. Revista Internacional del Trabajo 129.

Redondo, N., Manzotti, M., y de la Torre, E. (2013). ¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en personas mayores? Un estudio en la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: delhospital ediciones.

Rodríguez Enríquez, C., y Pautassi, L. (2014). La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina. ed. Rodríguez Enriquez y Pautassi. Buenos Aires, Argentina: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género: ELA.

Roqué, M., y Amaro, S. (2016). La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Argentina. En S. Huenchuan, Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina: conceptos, metodologías y casos prácticos. Santiago de Chile: Naciones Unidas.