

Políticas públicas/sociales y cuidado en Argentina: las personas mayores y la salud mental

Public/social policies and care in Argentina: older people and mental health

Estefanía Cirino⁹

Resumen

El objetivo de este artículo es explorar las políticas públicas/sociales implementadas desde el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) (Argentina) hacia las personas mayores, que refieran específicamente a problemáticas o padecimientos relacionados con la salud mental. Para ello se realizó un relevamiento de fuentes secundarias intentando reconstruir las políticas en la Ciudad y la influencia de políticas y programas a nivel nacional y las recomendaciones internacionales con respecto a la temática. La búsqueda se centró en el último siglo, ya que se consideró que existe un cambio a nivel de las decisiones meso, a partir de la propuesta del modelo del envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud.

Se relevaron todas las políticas y programas orientados a personas mayores, sus dependencias institucionales y se filtró a los que hagan referencia a la salud mental, específicamente a padecimientos crónico-degenerativos asociados a la pérdida de autonomía y, consecuentemente, a una mayor dependencia o una dependencia básica.

Palabras clave: Envejecimiento – Salud Mental – Cuidados – Políticas públicas/sociales

⁹ Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA – CONICET
Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina
cirino.estefania@gmail.com
ORCID 0000-0003-3501-1722

Introducción

La vejez es una problemática social cuando se refiere al envejecimiento de la población, pero, individualmente, todas las personas envejecen. En nuestras sociedades (pos)modernas, se espera que las personas lleguen a mayores edades y que pasen por esa etapa en el curso de sus vidas.

Actualmente la vejez no se define como única, sino que se establece la existencia de las vejezes múltiples, atravesadas por diversas carreras personales, es decir, diferentes formas de envejecer, y se plantea una diferencia entre la concepción de la vejez individual y la de la vejez social (Bazo, 1992).

La gerontología se presenta como una de las maneras de definir la vejez, así como van apareciendo otras corrientes teóricas que incorporan nuevas variables a la discusión y, por lo tanto, nuevas y diversas maneras de caracterizar la vejez y el envejecimiento. Así, por ejemplo, Danel afirma que:

Comprendemos a los agentes sociales tanto en su capacidad de agencia (hacer-transformar) como en su constitución a partir del discurso social y fundamentalmente de la mirada del otro. Individuo sujetado a la estructura social y a sus propios deseos (y al de los otros), que tiene capacidad de agencia y por lo tanto reproduce “el estado de cosas” y tiene potencia para transformarlo. (2015: 176)

Por lo tanto, en el análisis sobre el envejecimiento, el cuidado y las políticas públicas es necesario comprender las maneras de nombrar que desarrollan los diferentes actores en estos procesos y las características del discurso.

La relación entre dependencia y envejecimiento demográfico se ha convertido en un tema relevante para la sociedad en tanto involucra la organización y gestión de los sistemas de salud, previsional y de asistencia social. No todas las personas envejecen de la misma manera (Casado Pérez, 2004; Zúñiga Macías, 2004; López y Findling, 2009). En el caso de que exista una dependencia básica o instrumental,¹⁰ el cuidado termina recayendo en la red familiar. En

¹⁰ La dependencia básica implica la necesidad de cuidados para actividades asociadas a lo personal: bañarse, vestirse, ir al baño, entre otras. Mientras que la instrumental tiene que ver con el entorno social, poder viajar en colectivo, hacer las compras, mantener el hogar.

este sentido, es de prever que, en la Argentina, país aún con apego *familista*, la familia persista como la red principal de apoyo a las personas mayores. Esta situación, originada en cuestiones culturales e históricas, se ve reforzada por la ausencia del Estado en aspectos vinculados al bienestar de los adultos mayores.

El creciente y rápido proceso de envejecimiento demográfico constituye un desafío que el Estado debería enfrentar para superar las desigualdades existentes con la implementación de programas para las personas más grandes que fortalezcan los sistemas de previsión social y salud y medidas específicas que les faciliten una mejor calidad de vida para preservar los derechos de los adultos mayores, de las familias y de los cuidadores remunerados.

El aumento de la esperanza de vida a nivel nacional e internacional va acompañado inevitablemente de cuestionamientos a la agenda pública y política en lo que refiere a qué hacer con las poblaciones más envejecidas, menos productivas y que pueden desarrollar dependencias y necesitar cuidados en su cotidianeidad. Estos interrogantes también son recurrentes en la agenda académica y en la mediática, debido a que el siglo XXI será conocido como el de la población envejecida. Elías estableció que:

(...) los planes y las acciones, los movimientos emocionales o racionales de los hombres aislados se entrecruzan de modo continuo en relaciones de amistad o enemistad. Esta interrelación fundamental de los planes y acciones de los hombres aislados puede ocasionar cambios y configuraciones que nadie ha planeado o creado. De esta interdependencia de los seres humanos se deriva un orden de un tipo muy concreto, un orden que es más fuerte y más coactivo que la voluntad y la razón de los individuos aislados que lo constituyen. Este **orden de interdependencia** es el que determina la marcha del cambio histórico, es el que se encuentra en el fundamento del proceso civilizatorio. (Elias, 1989: 450)

En la Argentina, el cuidado de las personas mayores se brinda predominantemente de forma no remunerada dentro de las familias y está, principalmente, a cargo de las mujeres.

Se considera que las políticas de cuidado son las acciones públicas referidas a la organización social y económica del trabajo destinado a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia (CEPAL, 2020).¹¹ Las políticas de cuidado como políticas sociales incluirían: 1) políticas integrales para personas mayores; 2)

¹¹ Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/politicas-cuidado#:~:text=Las%20pol%C3%ADticas%20de%20cuidado%20abarcan,con%20alg%C3%BAAn%20nivel%20de%20dependencia.>

regulación de la actividad de los trabajadores; 3) la demanda por la incorporación de una perspectiva de género; y 4) la necesidad de revisar el concepto de cuidado, de dependencia y de autonomía, considerando la existencia de la desfamiliarización (Krmptic, 2016). Algunas autoras (Sen, 1996; Krmptic, 2016) plantean la necesidad de reconocer en estas políticas sociales entre derechos legales y derechos morales. Establecen la importancia del reconocimiento de la moral y de la ética, a pesar de que no exista un derecho en referencia a lo legal. En este sentido, no todo lo ético es posible de convertirse en ley. Otros países de la región (como son los casos de Uruguay y Costa Rica) poseen sistemas integrales de cuidados en los que el Estado cumple un rol primordial en la distribución del bienestar; en el caso de la Argentina las políticas orientadas a la población mayor se encuentran altamente fragmentadas.

Siguiendo a Adelantado (2017), las políticas sociales son difíciles de definir ya que implican un entramado multidisciplinario de investigaciones enmarcadas en formas de Estado que se relacionan con el bienestar. Una política social:

(...) explora el **contexto social, político, ideológico e institucional en el cual el bienestar es producido, organizado y distribuido**; asimismo concierne a todos aquellos aspectos de las políticas públicas, de las relaciones de mercado, y las no monetarias que contribuyen a aumentar o disminuir el bienestar de individuos o grupos. Opera en un marco normativo que incluye un debate moral y de objetivos políticos sobre la naturaleza de las aspiraciones y los resultados obtenidos. (Adelantado, 2017: 1)

Asimismo, Danani afirma que las políticas sociales son intervenciones sociales específicas desde los estados que se direccionan a “las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales” (Danani, 2004: 11). Operan en la distribución secundaria del ingreso, es decir que no anclan en el circuito de distribución del ingreso del proceso productivo, sino que se distribuyen por mecanismos que se superponen a los derivados directamente del plano productivo. Danani retoma el concepto de desmercantilización de Esping-Andersen, definido como el proceso por el que se presta un servicio, que se configura como un derecho, y que implica que una persona pueda “ganarse la vida” sin depender del mercado. Este fenómeno introduce una complejidad en la política social porque, como afirma la autora, “no toda política social desmercantiliza porque no toda política social socializa la reproducción”. Lo que generan muchos estados con el proceso de

desmercantilización es depositar ciertas actividades –como es el caso del cuidado– en el espacio de lo doméstico y naturalizarlas como prácticas a realizar por las familias, en realidad por las mujeres históricamente destinadas al espacio privado.

Ambas definiciones tienen quiebres y continuidades. Con respecto a las continuidades, las dos refieren al bienestar de las poblaciones y al Estado como actor clave en la distribución de ese bienestar. En las palabras de Adelantado aparecen los conceptos de política pública, de debate moral y de objetivos políticos, mientras que Danani alude a la desmercantilización como un fenómeno fundamental.

Podría afirmarse entonces que las políticas sociales deben enmarcarse, en un espacio crítico, en el que la cuestión social se torna cuestión de Estado y es el resultado de la politización del ámbito de la reproducción. Estas políticas reflejan cómo una determinada sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de su población y cuál es su real capacidad de protección de los ciudadanos (Grassi, 2003).

Aguilar Villanueva (1992) define la política pública como una “arena política, en la que convergen, luchan y conciertan las fuerzas políticas” y es una manera de reparar la “letra muerta” de los estados, es decir las legislaciones, los marcos normativos y los programas. Asimismo, la palabra política posee diferentes acepciones, entre ellas puede designar el conjunto de normas que existen para aplicar ante una determinada problemática y el conjunto de programas de acción que utilizan los gobiernos en un campo de cuestiones. Las políticas también pueden ser entendidas como fenómenos culturales que contienen normas, valores y símbolos que demuestran las relaciones de poder dentro del sistema cultural, es decir que logran articularse en instrumentos de poder que configuran estas relaciones (Comas D’Argemir, 2015).

Existe, según Oszlak (2011), una “agenda social problemática” que incorpora las necesidades y demandas que reconocen ciertos actores sociales y de las que se hacen cargo tomando decisiones y realizando acciones, eso implica un esquema de división del trabajo. Los actores que intervienen en esta división son: las organizaciones estatales en sus niveles jurisdiccionales; el mercado; las organizaciones de la sociedad civil; y las redes sociales solidarias informales. Estos actores suman una complejidad al tratar de comprender las políticas públicas ya que demuestran que el accionar del estado no solo está repartido en su

actor principal (las organizaciones estatales) sino que también puede recaer (por omisión intencional o no de los estados) en los demás actores.

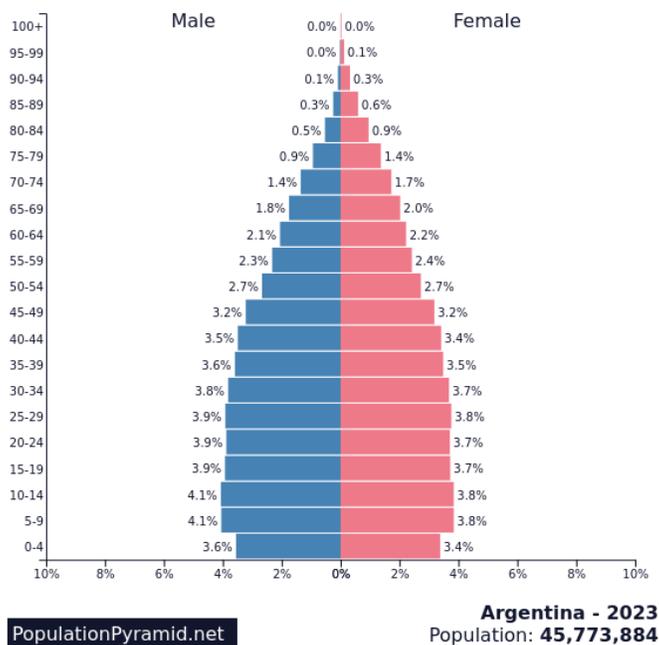
Dentro de las políticas de cuidados, se puede encontrar también una propuesta de políticas desarrolladas en relación a los cuidados de larga duración o *long-term care*, separadas en seis grupos: a) las residencias permanentes: establecimientos que ofrecen apoyo funcional las 24 horas del día, en general orientados a personas con problemas de salud físicos y/o cognitivos avanzados; b) la atención a domicilio, al que acuden diferentes profesionales de la salud; c) los Centros de Día, que permiten a la persona tener su espacio individual en su hogar y, durante el día, recurrir a otro espacio en el que desarrolla diversas actividades recreativas y terapéuticas; d) las prestaciones económicas para los cuidados dirigidas a las personas mayores; e) el apoyo a través de teléfono y/o internet; y f) los programas de promoción y prevención de la autonomía (Matus-López, 2015).

Entonces ¿Por qué es relevante el estudio del envejecimiento y los cuidados? Argentina, actualmente, atraviesa una fase de transición demográfica avanzada en lo referente al envejecimiento. Según el último CENSO (2022) el grupo de edad de 65 a más años llegó a representar en el país un 11,9% en 2022. La distribución de este porcentaje es heterogénea, el envejecimiento es mucho más pronunciado en la región central del país: en CABA este porcentaje asciende a un 17,7%, con un índice de envejecimiento que llega al 117, es decir que hay 117 personas de 65 años y más por cada 100 de 0 a 14 años. Le siguen Santa Fe, Córdoba, La Pampa y Mendoza con un 12% aproximadamente (INDEC, 2023).

Si bien hay mayor cantidad de mujeres que llegan a edades avanzadas, están en peores condiciones de salud o con mayores morbilidades. El Censo de 2022 mostró que el índice de masculinidad (cantidad de mujeres por cada cien varones) era de 140 en la población de 65 años y más. Y este dato se va acentuando a medida que aumentan los quintiles de edad, llegando a 228 en la población de 85 años y más (INDEC, 2023). El índice de masculinidad en CABA alcanza el 117, es decir que hay 117 mujeres por cada 100 varones de 60 años y más¹².

¹² Hay una diferencia entre las estadísticas a nivel nacional y a nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Mientras en el país, para las personas mayores, se toma un límite mínimo de 65 años, en el caso de CABA es de 60 años. Esto es un obstáculo en el momento del análisis, porque el quintil de 60-64 años se pierde a nivel nacional. No

Gráfico 1. Pirámide poblacional Argentina. 2022

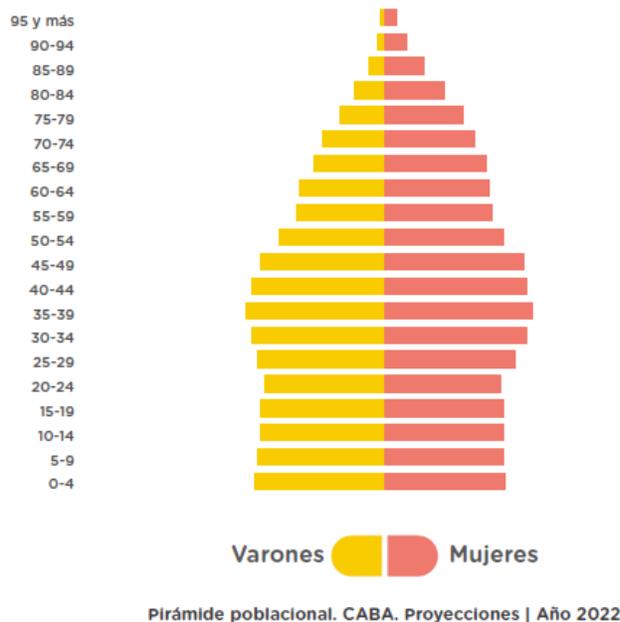


Fuente: Banco Mundial (pyramid population) y CENSO 2022

Gráfico 2. Pirámide poblacional Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). 2022

obstante, la explicación de esta diversidad, es que los 60 años es el comienzo de la edad jubilatoria femenina, mientras que en los varones es a partir de los 65 años.

Gráfico 3: Pirámide poblacional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2022



Fuente: Informe Personas Mayores CABA (EPH¹³, 2021)

Si se comparan ambas pirámides se puede observar cómo hay mayor prominencia de población en las edades más elevadas en CABA y como también hay presencia de una cantidad mayor de población en edades activas (con posibilidad de trabajar). Eso le da a la CABA una ventaja socioeconómica a pesar de ser la jurisdicción más envejecida del país. Los cambios con respecto a la vejez y el envejecimiento están atravesados por múltiples variables. Una de estas es el pilar demográfico. Las transiciones demográficas y epidemiológicas mostraron, entre otras cuestiones, el aumento de la expectativa de vida a partir de la disminución de la mortalidad y de las morbilidades propias de las enfermedades infectocontagiosas. El escenario en el que se desarrollan las transiciones demográficas del siglo XX implica entenderlas a nivel global, teniendo en cuenta que en cada contexto varían las formas que toman las mismas. La primera transición, también denominada “perfil

¹³ Encuesta Permanente de Hogares. Es un programa nacional de producción sistemática y permanente de indicadores sociales que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Se realiza cuatro veces en el año.

transicional”, establece el pasaje de una sociedad con un alto nivel de mortalidad y de fecundidad y una baja esperanza de vida, a una en la que estas dimensiones se invierten: los niveles de mortalidad y fecundidad descienden y la esperanza de vida empieza a aumentar, y se conforma el “perfil postransicional” (Van de Kaa, 2002).

No existe linealidad, unidireccionalidad ni cronología en los diferentes países que atraviesan las transiciones demográficas y epidemiológicas. En un mismo país pueden encontrarse subregiones con comportamientos diferentes, por esta razón quienes estudian las transiciones afirman que no puede asegurarse la desaparición de una determinada enfermedad. Por el contrario, solo pueden establecerse dinámicas generales, como la baja en la mortalidad por enfermedades infecciosas o el aumento de las patologías crónico-degenerativas. Así aparecen modelos con diferentes denominaciones que intentan dar cuenta de todas las variantes presentes en los diferentes países (Frenk *et al.*, 1991).

La transición epidemiológica establece el paso de enfermedades infecciosas a crónico-degenerativas y, unido a la disminución de la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida, muestra el desplazamiento del peso de la enfermedad de grupos más jóvenes a personas de mayor edad.

Las vejeces son diversas, no hay una única forma de envejecer, se puede observar en las personas mayores que hay quienes mantienen su autonomía y quienes han perdido la funcionalidad cotidiana.

Existen algunos tipos de envejecimiento que van acompañados de un deterioro cognitivo, y es en estos casos en los que se pretende centrar este trabajo. La demencia es una de las mayores causas de dependencia de la vejez y afecta tanto a la persona que la padece como a su entorno familiar.

¿Qué implican los padecimientos crónicos? Por un lado, hay una relación con la transición en las condiciones de salud que refiere a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados que determinan el perfil epidemiológico de una población y que condiciona los cambios en la frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud, como se nombró anteriormente. Por otro lado, inciden las respuestas que el sistema en general, y el sistema de salud en particular brinda a los cambios en la transición de la atención sanitaria.

Actualmente, según datos del Banco Mundial (2021)¹⁴, la esperanza de vida al nacer en Argentina es de 76 años (con una diferencia de seis años entre varones y mujeres, 73 y 79 respectivamente). Los cuidados de larga duración son una de las respuestas a estas condiciones epidemiológicas. Refieren a distintos servicios y asistencia para las personas que se encuentran en situación de dependencia¹⁵ (Matus-López, 2015).

En el análisis de las enfermedades crónicas-degenerativas de las personas mayores existen diferentes cuestiones a tener en cuenta, como la pérdida progresiva de autonomía, las redes familiares o afectivas, el acceso o las barreras al sistema de salud.

El acceso a los servicios de salud implica una búsqueda de atención que depende de un conjunto de políticas adecuadas a cada sistema sanitario y a cada población pero que está atravesado asimismo por desigualdades referidas al sexo, edad y grupo étnico, como a las posiciones en la estructura social (Adaury y Andersen, 1974; Barbosa da Silva y Berti Azevedo, 2002).

En la organización social del cuidado inciden tres subsistemas: a) el familiar (redes sociales y comunitarias más próximas con un conocimiento no especializado); b) el profesional (biomedicina y biopolítica) y, c) el popular (especialistas que ofrecen prácticas de cuidados informales) (Kleinman, 1978 en Venturiello, 2012). Otra manera de analizar la organización social del cuidado es el diamante (Esping Andersen, 2000; Razavi, 2007). Sigue teniendo potencia, a pesar de algunas críticas, para poder analizar las relaciones que se establecen entre los actores que intervienen en las prácticas de cuidado: familias, Estado, mercado y Organizaciones de la Sociedad Civil. La vacancia de uno de esos actores genera un desnivel entre los demás y también una sobrecarga de trabajo, sobre todo en el cuidado de personas mayores, en el que la familia ocupa un lugar predominante.

En el año 2022 Argentina le otorgó a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores jerarquía constitucional¹⁶. Este acuerdo

¹⁴ Dato disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

¹⁵ La dimensión dependencia, si bien su abordaje es complejo, en general refiere a las personas que necesitan de un apoyo para las actividades básicas o instrumentales de la vida cotidiana, sin desconocer que el ser humano es intrínsecamente interdependiente (Elías, 1997).

¹⁶ Se puede consultar esta decisión en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-convencion-interamericana-sobre-proteccion-de-derechos-humanos-de-las-personas-mayores>

establece en su artículo 19 el derecho a la salud física y mental de la persona mayor sin ningún tipo de discriminación e insta a los países a que diseñen e implementen políticas públicas intersectoriales de promoción, prevención y atención de los distintos padecimientos a fin de fomentar el desarrollo de salud y bienestar en esta población¹⁷. Si bien esta ley basada en la Convención es una acción reciente, existen algunos programas a nivel nacional y jurisdiccional que buscan orientarse a la salud mental de la población mayor para el tratamiento de las demencias.

Asimismo, la CABA cuenta con una Red Gerontológica que incluye hospitales y centros de salud con orientación en gerontología y geriatría, en los que se desarrollan talleres para la comunidad de personas mayores de los barrios, pero también tienen a disposición el servicio de salud mental.

¿Desde dónde piensan estos programas a las personas mayores? ¿qué “tipo” de persona mayor entra en juego en el desarrollo de las políticas de cuidados? Desde fines del siglo pasado, el paradigma que se ha instalado fuertemente en las acciones gubernamentales para hablar de la vejez¹⁸, el Envejecimiento Activo. Definido como “el proceso de optimización o las oportunidades de salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen” (OMS, 2002). Busca subrayar los aspectos positivos del envejecimiento, diferenciándose de conceptos anteriores también definidos por organizaciones internacionales, y específicamente por la OMS, como los de envejecimiento saludable, satisfactorio, competente y productivo (Alfama y Cruells, 2016). Si bien algunos académicos e investigadores de la vejez han utilizado el concepto de EA focalizándose en el contexto económico, específicamente en el mercado de trabajo, la OMS lo utiliza para referirse a la salud en su concepción amplia de condición de bienestar biológico, psicológico y social. El modelo de la OMS se basa en la participación, la salud y la seguridad, y para eso considera seis determinantes: servicios sociales y sanitarios (promoción y prevención de la

¹⁷ Para consultar más sobre el artículo: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

¹⁸ En este trabajo, como se ha indicado desde el inicio de la introducción, se hablará de vejez para dar cuenta intrínsecamente en el concepto que las formas de la vejez son diversas y heterogéneas, no obstante, en este caso se usa vejez en singular, para evidenciar como el esquema del envejecimiento activo ha homogeneizado a la vejez como si fuese una etapa igual para todos/as las personas mayores.

salud y atención a largo plazo), conductuales (tabaquismo, actividad física, alimentación, etc.), factores personales (psicológicos, biológicos y genéticos), entorno físico (seguridad, vivienda, contaminación), entorno social (apoyo, violencia, educación, alfabetización) y económicos (ingresos, protección social y trabajo). Los factores clave estarían relacionados con la autoestima, independencia y calidad de vida.

Las definiciones acerca de lo que se entiende como envejecimiento activo, saludable o exitoso son diversas en la literatura académica, se han definido desde diferentes perspectivas y los estudios sobre ellos datan de mediados del siglo pasado.

En este trabajo se ha optado por trabajar con la definición de la OMS, que es utilizada por los países latinoamericanos para el desarrollo de sus políticas públicas hacia la vejez, y, por lo tanto, atraviesa la construcción social de lo que se entiende por envejecimiento.

El discurso sobre el EA y las políticas en relación a éste se han ido introduciendo en los discursos de los organismos internacionales, transformándose en piedras angulares de un nuevo marco interpretativo y de acción relevante en el proceso de envejecer buscando construir nuevos sujetos (Pla y Pérez Salanova, 2016). Sin embargo, se ha mostrado como un concepto polisémico, ambiguo, cambiante y de contornos difusos. Por tal razón se ha buscado explicarlo desde diferentes posturas, proponiendo diversas formas de actuar frente al problema del envejecimiento desde este nuevo paradigma. Una de las posturas establece que se encuentra atravesado por tres marcas: la calidad de vida y el autodesarrollo, los derechos humanos, y la sostenibilidad del sistema. La primera concibe al envejecimiento como un logro histórico de la humanidad a nivel demográfico, cada vez las poblaciones envejecen más y más rápido, las personas viven más y, en algunos casos, en mejores condiciones que antes. Esta visión establece la importancia de actuar a lo largo del ciclo vital de las personas, a través de diferentes políticas y programas, para prevenir la dependencia y promover oportunidades de salud y cuidados, haciendo hincapié en la importancia del entorno en el que la persona vive. La segunda marca refiere a las personas mayores y su rol como ciudadano y sujeto de derechos, considera a los individuos como sujetos activos y no como objetos de atención, por lo que se propone promover la autonomía, dignidad, seguridad, cuidado, independencia medida que las personas envejecen. La última marca, implica una preocupación por la sostenibilidad de los sistemas de bienestar, seguridad social, salud y

cuidados. Propone reducir los costos vinculados al envejecimiento, promover el pleno empleo en todas las edades, alargar la vida laboral, restringir la jubilación temprana, entre otras (Alfama y Cruells, 2016).

Estos discursos que se han extendido desde los 70 hasta la actualidad y deben comprenderse en un contexto de emergencia de enunciados y acciones desde los estados vinculadas al desarrollo e instrumentación de políticas en el marco de un arte de gobierno neoliberal, que se impuso mundialmente como una nueva forma de gobernar, pero más importante aún como una nueva manera de construcción de las subjetividades.

Este tipo gubernamentalidad data de mucho antes del siglo XX, aunque no haya sido lo suficientemente fuerte en sus inicios, fue tomando lugar dentro de ciertos referentes políticos y académicos que lograron introducirla a nivel global.

En América Latina específicamente en las últimas décadas del siglo XX se suceden dos tipos de reformas del Estado, propiciadas fuertemente por organismos internacionales, y que van a estar asociadas con la gubernamentalidad neoliberal. La primera indicaba la necesidad de reformar un Estado deficitario ya que era ineficaz. Por esta razón la transformación buscaba reducir el Estado a una mínima intervención sobre la sociedad, subordinándose al mercado. En los primeros años de los 90 esta modificación empezó a mostrar sus consecuencias con el aumento de la pobreza, la desigualdad y la corrupción. La segunda reforma (en la década del 90) tendía nuevamente al achicamiento del Estado, pero era paradójico, ya que para tener un Estado mínimo se necesitaba un Estado fuerte, no obstante, los estados eran débiles como consecuencia de la primera reforma, por lo que con esta segunda reforma se plantean dos objetivos, la reforma jurídica, por un lado, y la revalorización de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales, por el otro. Desde el año 2002 se busca entonces generar un estado fuerte, con las consecuencias de los 90, aumento en la pobreza y la desigualdad, así como apoyar el desarrollo de la sociedad civil (Murillo, 2008).

Desde la crisis de 2001 en Argentina cobró importancia el rol de la sociedad civil, pero también el de los organismos internacionales, reconceptualizando el rol del Estado, y transformándolo, al mismo tiempo, en un espacio de disputa (Murillo, 2011).

Los organismos internacionales a nivel mundial y regional apoyados en el discurso de la ciencia, la técnica y los funcionariados estatales y municipales (Ministerio de Salud y

Gobierno de Buenos Aires) configuran la superficie de emergencia y las instancias de delimitación en las que se materializan los enunciados a través de discursos y prácticas. Mientras los organismos internacionales recomiendan, los nacionales ejecutan llevando a cabo estrategias propias de la biopolítica en relación a la población de personas mayores.

En este trabajo se buscará indagar en las políticas internacionales, nacionales y jurisdiccionales (CABA) que se orientan a las personas mayores que necesitan de cuidados como consecuencia de un padecimiento asociado a la salud mental (crónico-degenerativo) entendiendo la influencia del EA en el desarrollo de las políticas de cuidados en el último siglo y los diferentes modelos estatales asociados a la gubernamentalidad.

Se separará en cuatro apartados: la introducción donde se establecen características demográficas y teóricas que permiten enmarcar la problemática a analizar; el objetivo que atraviesa el trabajo y el marco metodológico planteado; algunos resultados de esta primera etapa de carácter exploratorio; y, conclusiones parciales a las que se pudo llegar en esta primera etapa de búsqueda. Finalmente, se establece la bibliografía utilizada.

Objetivo y apartado metodológico

El objetivo de este artículo es: explorar las políticas implementadas por instituciones públicas (estatales) orientadas a personas mayores con padecimientos de salud mental y analizar la existencia de las variables género y clase social en la propuesta de las políticas.

Es un trabajo exploratorio con un diseño basado en técnicas cualitativas, específicamente en la revisión de documentos gubernamentales (leyes, decretos, resoluciones). Los documentos son considerados por Foucault (1970) como un tejido compuesto por unidades, conjuntos, series, relaciones. Son entendidos como monumentos buscando en ellos las rupturas, lo diverso; dentro de un fenómeno existirían diferentes capas que pueden dar cuenta de las características del mismo.

Analizando los corpus documentales, Foucault busca entender como circulan los textos, en qué momento histórico y entre quienes, más allá de lo que afirman. Asimismo, el objeto de estudio no está predado, no es preexistente, sino que se va construyendo en una serie de prácticas y discursos.

Sumado a la concepción de los documentos desde una perspectiva foucaultiana, se considera relevante incorporar los niveles macro, meso y micro, de manera analítica para comprender el rol del estado en relación con la producción de políticas públicas y programas. Oszlak (2011) propone que: a) en un nivel macro el rol del estado se observa en los pactos sobre los que funciona el sistema capitalista “como modo de organización social, es decir, el conjunto de reglas de juego que gobiernan las interacciones entre los actores e instituciones que integran la sociedad” (pp. 2); b) en un nivel meso, son las políticas públicas o las tomas de posición que desarrollan quienes representan al estado, lo que cumple su rol; y finalmente c) en un nivel micro, el rol del estado aparece en la vida cotidiana, en la experiencia de cada persona como individuo.

Si bien, en este trabajo en particular, se hará mayor hincapié en el nivel meso, se debe recordar que los tres están interrelacionados y que no se puede entender el uno sin el otro, la división es puramente con objetivos analíticos.

Algunos resultados

La región de América Latina y Argentina en particular se caracteriza por poseer escasos datos sobre demencias. Un estudio de la *Alzheimer's Disease International* (ADI) estimaba que, para el año 2015, en Argentina vivían 503.000 personas con demencia. Existen diversos tipos de demencias, pero la más habitual es el Alzheimer, que representa cerca del 70% (PAMI, 2021).

En lo que refiere a las políticas públicas/sociales, en el año 2022 Argentina le otorgó a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores jerarquía constitucional. Este acuerdo establece en su artículo 19 el derecho a la salud física y mental de la persona mayor sin ningún tipo de discriminación e insta a los países a que diseñen e implementen políticas públicas intersectoriales de promoción, prevención y atención de los distintos padecimientos a fin de fomentar el desarrollo de salud y bienestar en esta población. Si bien esta ley basada en la Convención es una acción reciente, existen algunos programas a nivel nacional y jurisdiccional que buscan orientarse a la salud mental de la población mayor para el tratamiento de las demencias.

En este sentido, a nivel nacional se pudieron rastrear una serie de reglamentaciones y programas que se crearon a partir del reconocimiento de las demencias como una problemática social a la cual darle respuesta:

- Programa Nacional de promoción de la calidad de vida para personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias (2014) (enmarcado en el eje de Políticas de cuidado para las Personas Mayores dependiente del Ministerio de Desarrollo Social), cuyo objetivo es capacitar a cuidadores/as para trabajar con personas con demencias y también a los equipos socio-sanitarios;
- Día Mundial del Alzheimer (2013). A partir de la ley N° 26925, se reconoce el 21 de septiembre como el día internacional de la lucha contra el Alzheimer y se busca realizar acciones que concienticen sobre esta problemática.
- Servicio Nacional de Rehabilitación - Normativa para la certificación de discapacidad en pacientes con trastornos de las funciones mentales superiores (2008). A partir de la Disposición 2738/2008. Establece, a partir de un certificado que debe ser completado por un especialista médico, el tipo de discapacidad que poseen las personas con padecimientos mentales

Gráfico 3. Planilla para Certificación de discapacidad en pacientes con trastornos de las funciones mentales superiores.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

REQUISITOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD MENTAL.

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa.

El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombres	
DNI	

MENTAL

1 - DIAGNOSTICO CIF 10

DSM IV - EVALUACION MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

Peligrosidad para sí o para terceros:

 SI

 NO

Es Golpeador:

 SI

 NO

3 - TRATAMIENTO QUE RECIBE:

PSICOFARMACOLOGICO	PSICOTERAPEUTICO	REHABILITATORIO

4 - SOCIAL

Comportamiento con sus pares	Bueno	Regular	Malo	
Comportamiento c/ las personas que lo asisten	Bueno	Regular	Malo	

5 - ESCOLARIDAD

Primaria	Secundaria	Otros Estudios	Escuela especial	
Lee y Escribe	Sí	No	Parcial	

6 - LABORAL

Talleres Protegidos	Trabajo Independiente	Trabajo Recreativo	Tareas Simples
---------------------	-----------------------	--------------------	----------------

7 - ESTUDIOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO. (Determinación, CI, Evaluación Neurocognitiva, neuro-imágenes, etc.)

8 - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA COMPLETA. (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, pronóstico, etc.)

...../...../.....

Fecha

..... Firma y sello del Médico actuante
--

A nivel local, es decir dentro de la CABA, dentro del Programa Centros de Día¹⁹, y uno de ellos situado en la zona de Constitución, llamado Centro Modelo, es el único espacio dentro del Programa que trabaja con personas mayores con demencias.

Asimismo, la CABA cuenta con una Red Gerontológica que incluye hospitales y centros de salud con orientación en gerontología y geriatría, en los que se desarrollan talleres para la comunidad de personas mayores de los barrios, pero también tienen a disposición el servicio de salud mental. En este sentido, también se pueden rastrear las siguientes iniciativas:

- Se crea el Programa Gerontológico de Salud (2017) – Ley N°27360. El ProGeSa promueve el envejecimiento saludable durante el curso de vida, desde una mirada interdisciplinaria e intersectorial y un abordaje integral en el cuidado de la salud de las personas mayores. Depende del Ministerio de Salud.
- Se crea el Centro para la Asistencia e Investigación en Neurociencias Cognitivas y Trastornos de la Memoria en el Hospital Zubizarreta (2015) – Resolución 793/2015. El Centro desarrollará estrategias de prevención, detección temprana y manejo de los pacientes con deterioro cognitivo, así como también de asistencia de las personas que lo padecen. También ingresa en el ámbito de dependencia del Ministerio de Salud.
- Semana de prevención y detección temprana de desordenes asociados a la memoria (2007) – Ley N°2552. Refiere a la tercera semana de septiembre en la que se llevan adelante campañas de difusión masiva de concientización, eventos, charlas y entrevistas con personas que tienen algún inconveniente relacionado a la memoria; para orientar en tratamientos, en el caso que sea necesario. El ente que debería regular estas actividades es el Ministerio de Salud.

¹⁹ Es un programa extendido por toda la CABA y tiene la característica que acepta personas mayores de 60 años que sean autoválidas, antes de la pandemia dependía del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat y actualmente, depende de la Vicejefatura de Gobierno. Dentro de los programas que se denominan “alternativos a la institucionalización” es uno de los que más años tiene y que se ha mantenido a lo largo del tiempo a pesar de los cambios de gobierno. El primer Centro se inauguró en 1989.

Tabla 1. Resumen de las políticas/programas según jurisdicción.

Jurisdicción	Política / Programa	Año	Dependencia	Tipo de envejecimiento
<i>Nacional</i>	Programa Nacional de promoción de la calidad de vida para personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias	2014	Ministerio de Desarrollo Social	Programa orientado a cuidadoras
	Día Mundial del Alzheimer	2013	Ministerio de Salud	Programa para concientizar
	Certificación de discapacidad en pacientes con trastornos de las funciones mentales superiores	2008	Ministerio de Salud	Iniciativa orientada a personal médico
<i>CABA</i>	Programa Gerontológico de Salud (ProGeSa)	2017	Ministerio de Salud GCBA	Envejecimiento Saludable
	Centro para la Asistencia e Investigación en Neurociencias Cognitivas y Trastornos de la Memoria	2015	Ministerio de Salud GCBA	Iniciativa orientada a personal médico
	Semana de la prevención y detección temprana de desórdenes asociados a la memoria	2007	Ministerio de Salud GCBA	Programa para concientizar

Fuente: creación propia en base al relevamiento de fuentes.

Se puede observar, a partir del desarrollo de las políticas y de la Tabla 1, que todas estas iniciativas datan del último siglo y que solamente uno de los programas, el ProGeSa, es del

año 2017, cuando Argentina ratifica la Convención Interamericana por segunda vez²⁰. Asimismo, la mayoría son programas centrados en la concientización y promoción de los padecimientos de salud mental asociados a las demencias o iniciativas para la formación de cuidadoras/es e indicaciones para el personal especializado, específicamente personal médico. También las áreas de la que dependen refieren, en todos los casos exceptuando uno, al Ministerio de Salud, ya sea nacional o del GCBA. Esto nos alerta de una posible visión de carácter biomédica o médica hegemónica, del proceso de aumento de las enfermedades crónico-degenerativas en la salud mental. Y, por lo tanto, nos marca el “tono” de la política o programa a llevar a cabo. Nos dice que la salud mental está asociada a la medicina tradicional, al mismo tiempo que nos oculta que estas situaciones están atravesadas por diversas variables sociales y culturales con las que también se debe trabajar.

Al observar el organigrama del GCBA para comprender las incumbencias y dependencias de las políticas y programas, se encuentra que en las Áreas de Gobierno existen diferentes programas, pero con inserciones diversas, es decir, que dependen de varios organismos, específicamente tres: Ministerio de Salud, Vicejefatura de Gobierno y Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat.

²⁰ La primera vez fue en el año 2015 cuando se aprueba la Convención.

Gráfico 4. Organigrama de las Áreas de Gobierno²¹ de CABA. 2024



Fuente: <https://buenosaires.gob.ar/areasdegobierno>

Para poder comprender las políticas/programas que se desprenden de estas áreas se filtraron las referidas específicamente a personas mayores, y dentro de ellas se recorta a las que mencionen la salud mental como eje principal. En este sentido, se desarrollará a continuación, los tres ministerios señalados en el Gráfico 4.

En el Ministerio de Salud se rastrearán tres políticas específicas:

- a) Enfermedades crónicas no transmisibles
- b) Programa Gerontológico de Salud (ProGeSa)
 - Envejecimiento saludable
 - Comunicación comunitaria
 - Red gerontológica
 - Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología

²¹ Se señala en el organigrama las áreas de las que dependen diferentes políticas o programas orientadas a personas mayores.

- Fechas importantes: 07 de abril Día Mundial de la Salud; 15 de junio Toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez; 01 de octubre Día Internacional de las Personas Mayores
- c) Salud Mental

En el caso del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat se encuentra un solo programa:

- a) BAP (Buenos Aires Presente). Se ocupa de atender personas y familias en situación de vulnerabilidad social, específicamente en situación de calle.

La Vicejefatura de Gobierno es el espacio con más cantidad de políticas/programas orientados a personas mayores posee. Esta área se divide en subáreas, entre las que se encuentran:

- a) Bienestar integral
- Puntos de bienestar
 - Ciudad amigable
 - Economía plateada
 - Inclusión digital
 - Sistema de cuidados
 - Escucha activa
 - Club +simple
 - COPIDIS (Comisión para la plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad)
- b) Cultura Ciudadana
- c) Ambiente
- d) Mujer

Solo el ProGeSa, en el caso del Ministerio de Salud, hace referencia específicamente a las personas mayores, pero se centra en la salud tradicional y no menciona a las demencias o a

las enfermedades crónico-degenerativas de la salud mental. El BAP, que depende del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, trabaja en el territorio con bastante cantidad de personas mayores, pero en la “letra” del programa, no se diferencia a este grupo poblacional como demandante de servicios específicos y tampoco alerta sobre si las personas mayores en situación de calle poseen algún padecimiento o demencia. La Vicejefatura es el área que, actualmente, concentra mayor cantidad de políticas en relación al envejecimiento, sobre todo las que se nuclean en la subárea Bienestar Integral (el resto de las subáreas están designadas a derechos humanos y diversidad, medio ambiente y género). Sin embargo, se puede observar que todas las propuestas de esta subárea están orientadas a personas que, según la misma legislación, son nombradas como autoválidas. Todo esto evidencia el peso del Envejecimiento Activo como paradigma de comprensión de las vejeces.

Los pilares del EA son: las oportunidades en salud (promoción y prevención), participación (conducta), seguridad (entorno físico, social y económico). La autoestima, independencia y calidad de vida es lo que propicia. Todo esto es lo que nos encontramos en las políticas y programas relevados, los programas de concientización, las indicaciones al personal especializado y el paradigma de la autovalidez como la única vejez posible. También las propuestas de la subárea de Bienestar integral evidencian que el interés está puesto en la persona que no poseería dependencias ya que plantean la inclusión en el uso de la tecnología, la inclusión en la búsqueda personal de una mejor calidad de vida, la inclusión a partir de la adaptación de los servicios y estructuras físicas, la inclusión a partir de ampliar la oferta de trabajo para personas que se supone ya están retiradas del espacio productivo. No se plantea la existencia de dependencias como así tampoco se da cuenta de condiciones a un nivel macro, es decir a las estructuras poblacionales que tienden a sociedades cada vez más envejecidas.

Este presunto desconocimiento del nivel macro (u ocultamiento) en los documentos gubernamentales implica que, como afirma Oszlak (2011), tenga una incidencia directa con el nivel micro, es decir, con la vida cotidiana de las personas mayores, sus familias y entorno social, que reproducen un modelo (EA), borrándose así la diversidad en esta etapa de la vida. Y orientando a las personas a este esquema de autovalidez que construye una oposición

dicotómica entre dependencia-independencia, desconociendo la interdependencia como relacional.

Algunas reflexiones

Se pueden establecer una serie de conclusiones parciales sobre el relevamiento de estos primeros documentos. Primero se observa que existen pocas políticas dirigidas a personas mayores con demencia o padecimientos crónico-degenerativos, a pesar del aumento de esta población a nivel regional y nacional y a las proyecciones que indican que estos padecimientos irán en aumento en los años venideros. Las pocas políticas que existen son fragmentadas, buscan responder a distintas situaciones específicas, pero sin un abordaje integral. Pareciera que se fueron generando a partir de las demandas de los organismos internacionales y de algunos pedidos de la población, pero no se piensa desde la óptica de una organización social de los cuidados.

Existe un enfoque centrado únicamente en el concepto de envejecimiento activo, ignorando el proceso de transición epidemiológica y construyendo un único modelo o “tipo” de vejez a la cual se tiene que aspirar, cumpliendo con sus bastiones principales: tener una participación comunitaria activa, llevar adelante prácticas de prevención en la salud y desarrollar un entorno físico, social y económico positivo. Reduce entonces un proceso social a una mera elección individual/personal.

Se observa una perspectiva biomédica en las políticas orientadas al proceso salud-enfermedad-atención, así como no hay rastros de políticas de cuidados de larga duración, que permitan acompañar a todas las vejezes, según las necesidades de cada grupo social o individuo.

No se ha podido rastrear dentro de las políticas/programas, que se haga referencia a las variables género y clase social como transversales a las vejezes; la única diferencia en las políticas con respecto a la clase social son las puramente asistenciales, mientras que no hay ninguna propuesta que diferencie o aluda al género, a pesar del proceso de feminización de la vejez.

Finalmente, es necesario indicar que dos propuestas legislativas no fueron incorporadas: la Ley N°26657 Ley de Salud Mental y el Proyecto de Ley Cuidar en Igualdad propuesto en 2022. La primera, porque no hace diferencia por edad en los servicios y necesidades de las poblaciones y, la segunda, porque fue una iniciativa que si bien incorporaba la necesidad de una organización social del cuidado, no prosperó para ser tratada en diputados y el proyecto tenía poca especificación con respecto a las vejeces, concentrándose en las necesidades de las infancias y las personas con discapacidad.

Es necesario indicar que en este trabajo cuando se alude a salud mental se está hablando, como se afirmó a lo largo del escrito, de las enfermedades o padecimientos crónico-degenerativos asociados a las demencias. Existen casos de salud mental relacionado a la depresión y a otros padecimiento de orden psiquiátrico/psicológico que no se abordan aquí, pero que serán objetivos de futuros trabajos.

Referencias

Aday, L. A. y Andersen, R. A. (1974). Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Service Research*, año 3, N° 9, 208–220.

Adelantado Gimeno, J. (2017) “Reestructuración de los Estados de Bienestar. ¿Hacia un cambio de paradigma?”. Ponencia presentada en el XIII Congreso Nacional de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político (SAAP). Buenos Aires, agosto.

Aguilar Villanueva, L. (1992) *La hechura de las políticas. Antologías de Política Pública/ 2*. México, Miguel Ángel Porrúa.

Alfama, E. y M. Cruells (2016). “¿De qué hablamos cuando hablamos de envejecimiento activo? Interpretaciones distintas, propuestas divergentes”. En: Ezquerro, Sandra; Merce Pérez Salanova, Margarida Pla y Joan Subirato (eds.) *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. España, Editorial Planeta.

Barbosa da Silva, J. y Berti Azevedo Barros, M. (2002). Epidemiologia e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública*, año 6, N° 12, 375-383.

- Bazo, M. T. (1992) La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Reis, CIS*, 60/92: 75-90.
- Casado Pérez, D. (2004) “Apuntes sobre discapacidad y vejez”. En Dell' Ano, A.; Corbacho, M. y Serrat, M. (coords.) *Alternativas de la diversidad*. Buenos Aires, Espacio.
- Comas D'Argemir, D. (2015) “Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de Bienestar”. *Revista de Antropología Social*, N° 24: 375-404.
- Danani, C. (2004) “Introducción. El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social”. En C. Danani (comp.) *Política Social y Economía Social. Debates fundamentales*. Buenos Aires, Fundación OSDE/Altamira.
- Danel, P. (2019) “Capítulo IX. Territorio como espacio de disputas: las mujeres mayores protagonizando lo público”. En P. Danel y M. Navarro (comps.) *La gerontología será feminista*. Paraná, Fundación La Hendija.
- Elias, N. (1989) *El proceso de civilización*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Elias, N. (1997) *Sobre el tiempo*. México D. F., Fondo de Cultura Económica.
- Esping Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías post-industriales*. Aries, Barcelona.
- Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. Buenos Aires, Siglo XXI editores
- Frenk, J.; T. Frejka; J. Bobadilla; C. Stern; R. Lozano; J. Sepúlveda y M. José (1991) “La transición epidemiológica en América Latina”. *Bolt of Sanit Panam*, Vol. 6, N° 111: 485-496.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2023). Resultados definitivos Censo 2022. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>.
- Krmpotic, C. (2016) “El cuidado como objeto de políticas sociales. Su actual problematización en el contexto latinoamericano”. *Sociedade em Debate*, Universidade Católica de Pelotas, 22 (1): 195-215.
- López, E. y L. Findling (2009). *Salud, familia y vínculos: el mundo de los adultos mayores*. Buenos Aires, EUDEBA.

Matus-López, M. (2015) “Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina”. *Revista Salud Colectiva*, Vol. 11, N° 4: 485-496.

Murillo, S. (2008). *Colonizar el dolor. La interpelación ideológica del Banco Mundial en América Latina. El caso argentino desde Blumberg a Cromañon*. Buenos Aires, CLACSO libros.

Murillo, S. (2011). Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal. En *Entramados y Perspectivas. Revista de la Carrera de Sociología*, Vol. 1, N°1: 91-108.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) “Envejecimiento activo. Un marco político”. *Revista española de geriatría y gerontología* N° 37: 74-105.

Oszlak, O. (2011). El rol del estado: micro, meso, macro. Conferencia dictada en el *VI Congreso de Administración Pública* y la Asociación de Administradores Gubernamentales. Resistencia, Chaco.

Pla, M. y M. Pérez Salanova (2016). “Las personas mayores ¿de objetos a sujetos? Subjetividades e identidades”. En: Ezquerro, Sandra; Merce Pérez Salanova, Margarida Pla y Joan Subirato (eds.) *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*.

Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in the development context. Conceptual issues, research questions and policy options. *Gender and Development Programme*, Paper N° 1, UNRISD, Ginebra.

Sen, A. (1996) “Legal rights and moral rights: old questions and new problemas”. *Ratio Juris*, 9 (2): 153-167.

Van de Kaa, D. (2002) The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries. Ponencia presentada al Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security, Tokyo, 29 de enero.

Venturiello, M. P. (2012) “Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares”. *PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva*, 22(3): 1063-1083.