

# Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina

María Laura Oliveri

División de Protección Social y  
Salud

NOTA TÉCNICA N°  
IDB-TN-2044

# Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina

María Laura Oliveri

Noviembre 2020

Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo  
Oliveri, María Laura.

Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina / María Laura Oliveri.  
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2044)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Arentina. 2. Older people-Care-Arentina. 3. Older  
people-Government policy-Arentina. I. Banco Interamericano de Desarrollo. División  
de Protección Social y Salud. II. Eurosocial. III. Título. IV. Serie.  
IDB-TN-2044

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



[scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

[www.iadb.org/SocialProtection](http://www.iadb.org/SocialProtection)



# Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Argentina

Co-publicación BID-Eurosocial

María Laura Oliveri



Financiado por  
la Unión Europea

# ENVEJECIMIENTO Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARGENTINA

María Laura Oliveri<sup>1</sup>

## Resumen

Argentina es uno de los países con población más envejecida en América Latina y el Caribe, y continúa envejeciendo a un ritmo acelerado. Esto trae consigo un incremento en la demanda de cuidados de largo plazo para estas personas, en particular para quienes requieren ayuda en las actividades de sus vidas cotidianas. Para el año 2020, la población de 60 años o más en Argentina ascendía al 15,7% del total, equivalente a casi 7,1 millones de personas. Se proyecta que esta proporción continúe incrementándose hasta alcanzar un 22% para 2050, es decir, unos 12,5 millones de personas.

Para 2012 ya se estimaba que alrededor del 10% de las personas de 60 años o más en Argentina presentaba dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, y que un 22% tenía problemas con las actividades instrumentales. Con base en datos poblacionales de 2020, esto corresponde a unas 678 mil personas mayores con dificultades para realizar actividades básicas, 1,5 millones con dificultades para llevar a cabo actividades instrumentales, y un total de 1,6 millones con algún grado de necesidad de apoyo (es decir, con dificultad para realizar tanto actividades básicas como instrumentales). Las tendencias demográficas sin duda aumentarán la demanda de servicios de cuidado y, dadas las tendencias registradas en la composición familiar (hogares más reducidos y mayor participación laboral femenina), serán el mercado, el Estado y la comunidad los que deban responder a las necesidades cada vez mayores de servicios de asistencia dirigidos a estos grupos.

Para hacer frente a esta demanda, Argentina cuenta con una amplia gama de servicios públicos de cuidado. Sin embargo, este mercado se encuentra altamente fragmentado y la articulación existente entre instituciones y los distintos niveles de gobierno es escasa. El suministro actual de servicios es insuficiente para satisfacer las necesidades de cuidados del país, a lo cual se añade el reto de mejorar su calidad<sup>2</sup>.

**Clasificación JEL:** H5, I18, J14, J18.

**Palabras clave:** envejecimiento de la población, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y el Caribe, Argentina.

---

<sup>1</sup> Este estudio fue elaborado por María Laura Oliveri ([mjoliveri@iadb.org](mailto:mjoliveri@iadb.org)), consultora en la División de Salud y Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La autora quiere agradecer a Mónica Roqué, Tomás Pessacq, Susana Rubinstein, Myriam Petrongolo, María Florencia Tartaglino, Mariela Soledad González Salvia, Verónica Alaimo y Nélide Redondo por sus valiosos aportes, así como a Pablo Ibararán, Nadin Medellín, Marco Stampini, Natalia Aranco e Ignez Tristao por sus revisiones cuidadosas al texto original. El documento fue editado por Patricia Ardila y el diseño de la portada es de Diego Vapore. Los eventuales errores y omisiones, así como las opiniones expresadas en esta publicación, son de la autora. Estas últimas no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa, como tampoco las de la Unión Europea.

<sup>2</sup> Esta nota técnica es el resultado de un esfuerzo conjunto del BID y EUROsociAL, y hace parte de una serie de estudios de caso y otros materiales producidos por el BID en los que se aborda el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en varios países de América Latina y el Caribe. Véase la página web del "Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia" del BID en <https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento>.

<b>CONTENIDOS</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>1. DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</b> .....	<b>8</b>
EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y SUS DESAFÍOS .....	8
CONDICIONES DE SALUD, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES.....	11
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable.....	11
Discapacidad y dependencia funcional .....	12
Condiciones de salud de las personas mayores y de las personas con dependencia .....	19
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES .....	23
<b>2. EL PAPEL DEL GOBIERNO EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</b> .....	<b>27</b>
ESQUEMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA .....	27
Organización institucional y normativa .....	27
Definición y evaluación de la población destinataria .....	32
Prestaciones para personas mayores dependientes y sus cuidadores .....	33
Mecanismos para asegurar la calidad de los servicios.....	34
Financiamiento y presupuesto del sistema.....	39
OTRAS POLÍTICAS PARA LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES .....	40
Políticas de salud enfocadas en las personas mayores .....	40
Políticas de envejecimiento activo .....	42
Políticas para la población con discapacidad .....	43
Otras políticas.....	45
<b>3. OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</b> .....	<b>46</b>
SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA REMUNERADOS .....	46
Servicios residenciales.....	46
Servicios de cuidado domiciliario .....	49
Servicios en centros de día.....	50
Servicios de teleasistencia .....	51
Servicios para las personas que brindan servicios de apoyo .....	52
Transferencias monetarias.....	53
PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR DE CUIDADOS REMUNERADOS .....	53
SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA NO REMUNERADOS .....	53
ADAPTACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO EN RESPUESTA AL COVID-19 .....	54
Residencias de larga estadía .....	55
Servicios de asistencia en el hogar .....	56
Servicios en centros de día.....	57
Teleasistencia.....	58

Servicios para personas que prestan servicios de apoyo.....	58
Otros servicios.....	58
<b>4. ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....</b>	<b>60</b>
LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARGENTINA DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL.....	60
LOGROS Y DESAFÍOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARGENTINA.....	61
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>66</b>

## Índice de Figuras

Figura 1. Transición demográfica y ventana de oportunidad en Argentina, 1950-2100 .....	9
Figura 2. Estructura de la población por grupo de edad y género en Argentina, 1950, 2020, 2050 y 2100 .....	10
Figura 3. Porcentaje de personas mayores en la población total por región, según el Censo 2010.....	11
Figura 4. Esperanza de vida en Argentina, años seleccionados .....	12
Figura 5. Prevalencia de población con dificultad en Argentina por género y grupos de edad, 2018.....	15
Figura 6. Prevalencia de población con dificultad en Argentina por causa de origen de la primera dificultad y grupo de edad, 2018 .....	15
Figura 7. Porcentaje de personas mayores con dependencia en Argentina por género y grupo de edad, 2012.....	17
Figura 8. Porcentaje de personas de 60 años o más con dependencia en Argentina por quintil de ingreso per cápita familiar del hogar, 2012.....	17
Figura 9. Porcentaje de personas de 60 años o más en Argentina con dependencia por tipo de actividad en la que necesita ayuda de otro, 2012.....	18
Figura 10. Calidad de vida relacionada con la salud de la población por grupos de edad seleccionados y género en localidades de 5.000 habitantes o más, 2018.....	19
Figura 11. Años de vida saludables perdidos por la población argentina, 2017.....	21
Figura 12. Años de vida con discapacidad de la población argentina, 2017 .....	22
Figura 13. Prevalencia de factores de riesgo autorreportados en grupos de edad seleccionados y en localidades de 5.000 habitantes o más, 2018.....	23
Figura 14. Personas que ayudan con actividades de la vida diaria a los adultos de 60 años o más en Argentina por tipo de actividad, 2012.....	54
Figura 15. Porcentaje de población de adultos de 60 años o más que recibe habitualmente ayuda de algún familiar o conocido que no vive con ellos por tipo de vínculo, 2012.....	54

## Índice de Cuadros

Cuadro 1. Población de 6 años o más con dificultad por cantidad y tipo de dificultad, por grupo de edad.....	15
Cuadro 2. Legislaciones provinciales sobre residencias de larga estadía para personas mayores, 2013 .....	37

## Índice de Recuadros

Recuadro 1. Discapacidad y dependencia: definiciones y conceptos .....	13
Recuadro 2. Oferta de descentralizada de servicios para el cuidado de personas mayores en la CABA.....	30

### **Índice de Diagramas**

Diagrama 1. Modelo de atención del PAMI según la progresión de la dependencia.....	34
Diagrama 2. Cobertura del sistema de salud en Argentina, 2018.....	41
Diagrama 3. Diamante de bienestar en la prestación de servicios de atención a la dependencia funcional .....	46

## Abreviaciones y acrónimos

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ANDIS	Agencia Nacional de Discapacidad, Argentina.
ANSeS	Administración Nacional de Seguridad Social, Argentina
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Actividades de la vida diaria
AVD	Años vividos con discapacidad
AVISA	Años de vida saludables
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
DINAPAM	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de Argentina
DIPAM	Dirección de Personas Adultas y Mayores, Ministerio de Salud de Argentina
ECETSS	Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENAPROSS	Encuesta Nacional de Protección Social
ENCaViAM	Encuesta de Calidad de Vida de los Adultos Mayores, 2012, Argentina
ENFR	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
EPHC	Encuesta Permanente de Hogares Continua, INDEC, Argentina.
IBP	Institución de bien público (clasificación de residencias del PAMI)
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de Argentina
INSSJYP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
IOMA	Instituto de Obra Médico Asistencial, Provincia de Buenos Aires
NEA	Región Noreste Argentino
NOA	Región Noroeste Argentino
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OEA	Organización de Estados Americanos
OSN	Obras Sociales Nacionales
OSP	Obras Sociales Provinciales
PAMI	Programa de Atención Médica Integral
PPA	Paridad de poder adquisitivo
PUAM	Prestación universal para el adulto mayor
RUOAG	Registro Único y Obligatorio de Asistentes Gerontológicos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

## INTRODUCCIÓN

Argentina cuenta con una de las poblaciones envejecidas más numerosas de América Latina y el Caribe; este envejecimiento responde principalmente a los cambios en la fecundidad y mortalidad, lo cual trae aparejado un aumento en la demanda de cuidados de largo plazo para las personas mayores, en particular aquellas que requieren ayuda en las actividades de la vida cotidiana.

Para el año 2020, la población de 60 años o más en Argentina ascendía al 15,7% del total, es decir, casi 7,1 millones de personas (INDEC, 2013). Se proyecta que esta proporción continúe incrementándose hasta alcanzar un 22% para 2050, lo cual equivale a unos 12,5 millones de personas, y al 34% para 2100, o sea, cerca de 20 millones de individuos (Naciones Unidas, 2019). Asimismo se observa una feminización del envejecimiento, pues las mujeres aumentan su peso relativo como grupo a medida que se incrementa la edad. También existe una marcada heterogeneidad regional entre las provincias del país.

Para 2012 ya se estimaba que alrededor del 10% de las personas de 60 años o más en Argentina presentaba dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, y que un 22% tenía problemas para realizar actividades instrumentales<sup>3</sup>. Si se asume que este porcentaje se mantiene relativamente estable en el tiempo, equivaldría a unas 678 mil personas mayores con dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria en el año 2020, 1,3 millones en 2050 y 2,6 millones en 2100. El mismo ejercicio para las personas que tienen alguna dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria indica unos 1,5 millones, 2,9 millones y 5,3 millones respectivamente<sup>4</sup>.

Entre las mujeres la prevalencia de la dependencia es mayor que entre los hombres, independientemente de la edad. Por ejemplo, entre los mayores de 80 años, el 54,9% de las mujeres tiene dificultades con las actividades de la vida diaria versus 30,5% en el caso de los hombres. El mismo patrón se observa para las actividades instrumentales<sup>5</sup>.

Se observa que a medida que aumenta la edad se incrementa la cantidad de personas con dificultades. Para 2018, un 30,5% de las personas de 65 años o más y un 46,6% de las de 80 años o más presentaban algún tipo de discapacidad. A ello se agregan las enfermedades crónicas, que figuran cada vez más entre las principales causas de morbilidad y muerte de la población. Existe evidencia de que estas enfermedades causan dependencia funcional (Aranco et al., 2018). Dadas sus características (duración prolongada, difícil remisión), estas dolencias pueden aumentar las probabilidades de que una persona necesite servicios de atención para llevar a cabo actividades de la vida diaria (Aranco y Sorio, 2019).

No cabe duda de que estas tendencias demográficas elevarán la demanda de servicios de cuidado y, dadas las tendencias de la configuración de las familias, serán los servicios suministrados por el mercado, el Estado y la comunidad los que tengan que responder a esta creciente necesidad.

El reto es doble, ya que el aumento de demanda de cuidados se da en un contexto en el que la función de la familia en el suministro de cuidados –principalmente de las mujeres– se ha modificado sustancialmente. Esto debido a la mayor participación femenina en el mercado laboral, así como a la reducción del tamaño de aquella como producto de la reducción de la tasa

---

<sup>3</sup> Estimaciones con base en ENCaViAM (INDEC, 2014a).

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

de fecundidad (Cafagna et al., 2019). Aun así, la familia y los amigos siguen siendo la fuente principal de cuidado en el país.

Para hacer frente a la demanda creciente de servicios, Argentina cuenta con una amplia gama oferta pública de cuidado. Sin embargo, allí se registra una alta fragmentación y poca articulación entre las instituciones prestadoras de los servicios y los distintos niveles de gobierno, además de que su cobertura es aún limitada y solo abarca un pequeño porcentaje de las personas mayores a la luz de las necesidades de cuidado anteriormente descritas.

Dado el carácter federal del país, en la prestación intervienen las instituciones públicas de los distintos niveles de gobierno, con múltiples actores a nivel nacional, provincial y municipal. Paralelamente, los servicios de atención a la dependencia operan bajo un esquema de aseguramiento social a cargo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados bajo el Programa de Atención Médica Integral (INSSJYP-PAMI), el cual cubre al 62% de las personas mayores. A nivel nacional también figuran otras instituciones de peso, entre ellas la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Desarrollo Social. Esta Dirección desempeña una función rectora y de coordinación con las provincias a través del Consejo Federal de Adultos Mayores y de la Dirección de Personas Adultas y Mayores (DIPAM) del Ministerio de Salud de la Nación. Así pues, la DINAPAM y el PAMI son las instituciones más importantes en el área de los servicios de cuidado para las personas mayores a nivel nacional. También participan las obras sociales nacionales y provinciales<sup>6</sup>. Por su parte, el mercado interviene en el suministro de servicios a través de organizaciones con y sin fines de lucro, y de las familias y la comunidad.

Uno de los principales desafíos que afronta Argentina en el rubro de atención a las personas con dependencia, especialmente por el compromiso que representa en términos presupuestales, es aumentar la cobertura actual tanto para las personas de 60 años o más, como para quienes están por fuera de este grupo etario pero necesitan de estos servicios y actualmente no están cubiertos por las prestaciones de atención a la dependencia. Otro de los retos tiene que ver con la oferta de formación para la prestación de cuidados a la dependencia que, hoy por hoy, si bien es adecuada en cuanto a sus resultados, es insuficiente para cubrir la demanda de cuidado generada por el propio PAMI. Un tercer desafío se relaciona con la conformación de un sistema de cuidados propiamente dicho, y con la necesidad de contar con un marco normativo que regule la actividad del sector y garantice estándares mínimos de calidad de los servicios de atención.

En el presente documento se abordan estos temas. En la primera sección se presenta el contexto demográfico y de salud en Argentina y se analizan las principales características de las personas con dependencia funcional. Asimismo se describe la relación entre dependencia, discapacidad y enfermedades no transmisibles. En la segunda sección se explora la normativa vigente y la organización institucional de los servicios de atención a la dependencia, y además se analizan cuatro elementos principales: 1) población destinataria (definición y evaluación), 2) prestaciones, 3) mecanismos para asegurar la calidad, y 4) financiamiento del sistema. En la tercera sección se describe la oferta actual de servicios de atención a la dependencia y, más específicamente, se detalla la oferta de servicios en residencias, centros de día y asistencia personal en el domicilio. La crisis sanitaria generada por el COVID-19 ha afectado notoriamente los servicios de atención a la dependencia, ya sea por el mayor riesgo de muerte que tienen las personas mayores debido a sus comorbilidades, porque las residencias de larga estadía han sido uno de los principales focos de contagio, y/o porque los trabajadores a cargo del cuidado de este grupo tienen mayor riesgo de adquirir y transmitir el virus a quienes están a su cuidado. Frente a esta contingencia se describe cómo se han adaptado en los últimos meses los servicios para evitar el

---

<sup>6</sup> Las obras sociales son agentes de salud sin fines de lucro que proporcionan servicios de salud y sociales a trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares, así como a jubilados y pensionados del régimen nacional a través del INSSJyP-PAMI (en adelante PAMI).

contagio entre las personas mayores, y cómo se han adecuando a esta nueva realidad. Finalmente, en la cuarta sección se resumen, a manera de conclusión, las fortalezas del país y los desafíos que afronta para continuar fortaleciendo su sistema nacional de cuidados a la dependencia.

## **1. DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

### **EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y SUS DESAFÍOS**

En Argentina, la población de personas mayores está creciendo rápidamente como resultado de los cambios en la fecundidad, en la mortalidad y, en menor medida, de las migraciones. Al igual que en otros países de América Latina y el Caribe, allí se combinan una tendencia a la baja de la natalidad y de la mortalidad. Estas dos variables son los principales determinantes de la estructura etaria de la población. Para 2020, la tasa de fecundidad era de 2,2 hijos por mujer, lo cual representa una caída de 1,3 hijos por mujer con respecto a datos de 1950 (Naciones Unidas, 2019). La disminución de la mortalidad, por su parte, contribuyó al aumento de la esperanza de vida, que pasó de 62 años en 1950 a 77 en 2020. Los movimientos migratorios cumplieron un papel menos importante debido a su estancamiento en los últimos años.

En la región de América Latina y el Caribe, Argentina se encuentra dentro del grupo de países que registra un estado avanzado en la transición demográfica<sup>7</sup>, solo antecedido por Barbados, Cuba, Uruguay y Chile. Sin embargo, es un país relativamente joven cuando se lo compara con los de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

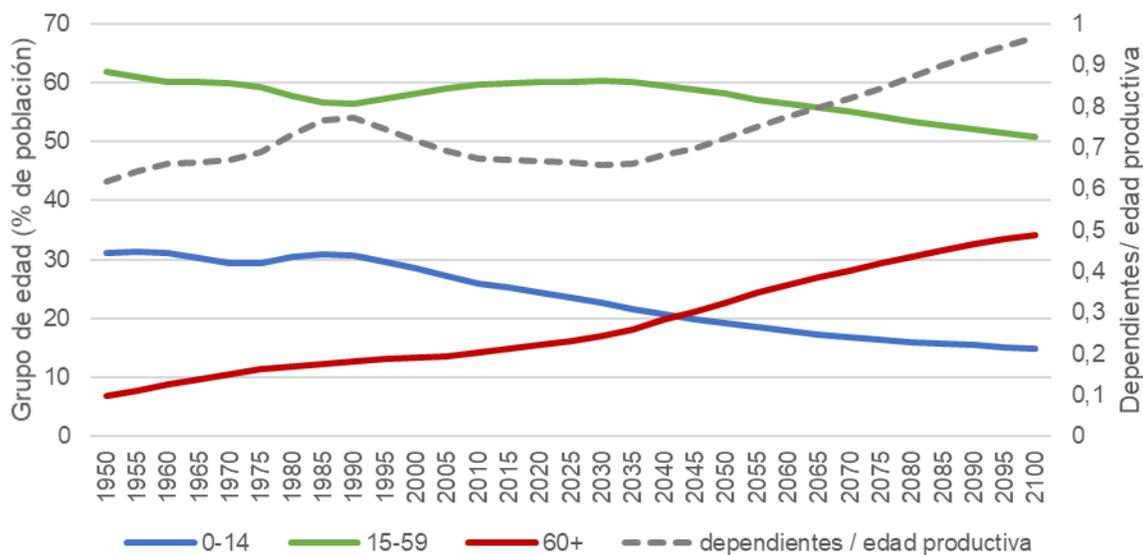
Argentina todavía disfruta del llamado “bono demográfico”, debido a que la proporción de personas en edades de trabajar (potencialmente productivas) todavía crece en relación con la de personas en edades potencialmente dependientes (niños<sup>8</sup> y personas mayores). Se estima que este periodo, también llamado “ventana demográfica de oportunidades”, tendrá una duración de 35 años y terminaría a fines de la década de 2030 (Figura 1). Esta ventana generalmente se identifica como una posible fuente de crecimiento de las economías, ya que puede favorecer la acumulación de capital y el crecimiento económico gracias a que existe una mayor cantidad de recursos disponibles que podrían destinarse a la inversión, lo cual a su vez se traduce en un mayor bienestar de la población. El bono demográfico es una oportunidad que tiene el país para diseñar y sentar las bases del sistema de cuidados. Como se observa en la Figura 1, el índice de dependencia, es decir, la relación entre la población dependiente (conformada por niños menores de 15 años y por personas de 60 años o más) y la población en edad de trabajar (comprendida entre los 15 y los 59 años), es actualmente de 0,66 y se estima que ascenderá a 0,96 hacia 2100. Para el año 2045 la población de 60 años o más superará por primera vez a la de los niños de 0-14 años (Naciones Unidas, 2019).

---

<sup>7</sup> La transición demográfica es un proceso de larga duración que parte de una situación inicial con altas tasas de mortalidad y fecundidad, para arribar a una situación final de bajas tasas de mortalidad y fecundidad. En ambas, la tasa de crecimiento demográfico es baja. En el transcurso de la situación inicial a la situación final se pueden distinguir dos etapas: en la primera la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia de la caída en la tasa de mortalidad, mientras que en la segunda, por el contrario, la caída en la tasa de fecundidad provoca una disminución en la tasa de crecimiento poblacional (CEPAL, CELADE y BID, 1996).

<sup>8</sup> Por razones de estilo exclusivamente, en este documento se utiliza el masculino genérico inclusivo de ambos sexos.

**Figura 1. Transición demográfica y ventana de oportunidad en Argentina, 1950-2100**

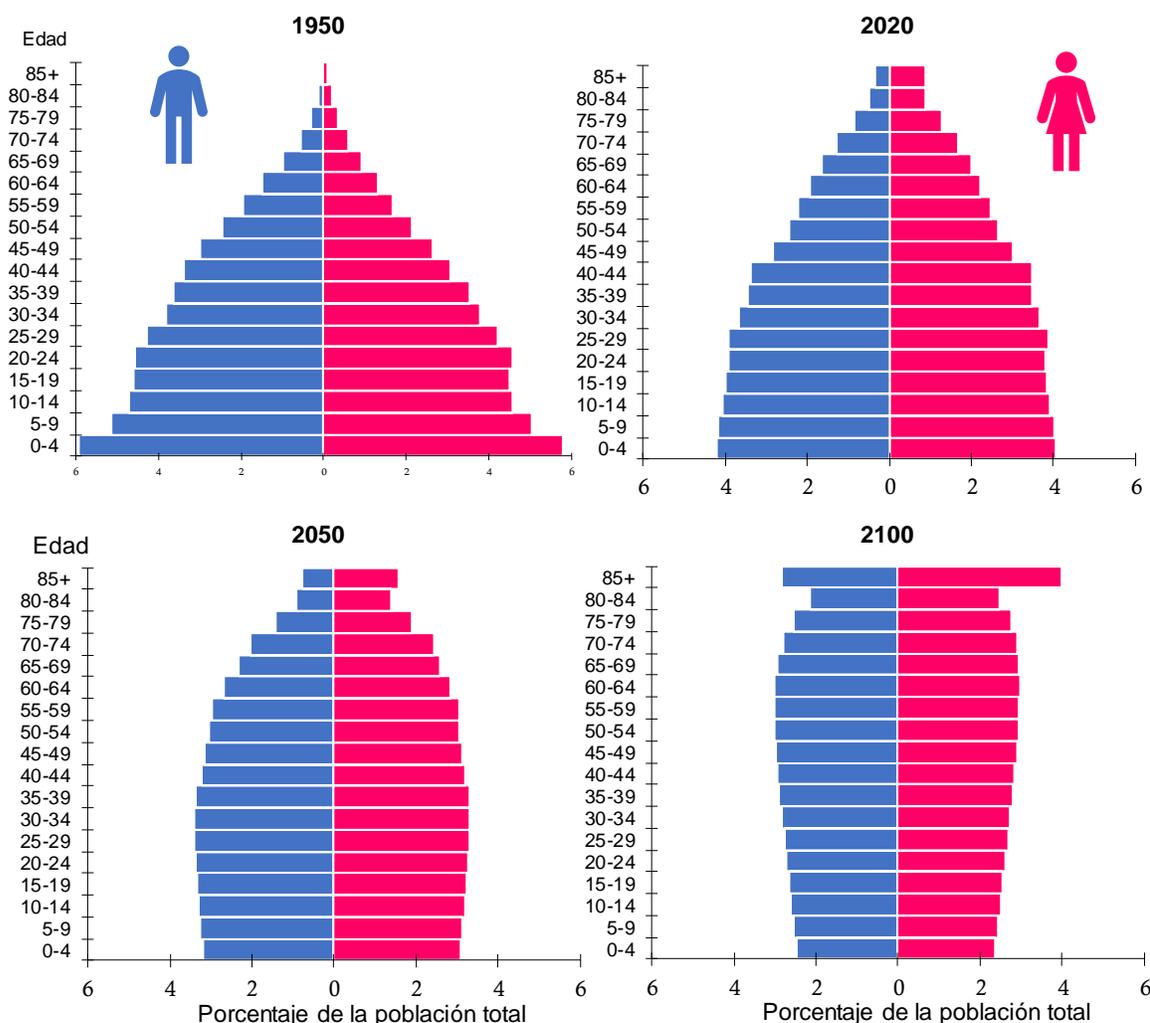


Nota: En aras de la consistencia con el resto de las estimaciones de este documento se utilizó el corte de 60 años para diferenciar a la población adulta mayor.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Naciones Unidas (2019).

Según los datos correspondientes a los censos nacionales, las personas de 60 años o más conformaban el 8,8% de la población total del país en 1960, el 10,7% en 1970, el 11,9% en 1980, el 12,9% en 1991 y el 13,4% en 2001. El último relevamiento censal, realizado en 2010, mostró que esta proporción siguió incrementándose hasta alcanzar el 14,3% en ese año. Este porcentaje representaba casi 5,7 millones de personas de 60 años o más, de las cuales el 57,4% eran mujeres y el 42,6% hombres. Según las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de Argentina (INDEC), para 2020 la población de 60 años o más representará el 15,7% de la población total, lo cual equivale a casi 7,1 millones de personas (INDEC, 2013). Según las estimaciones de Naciones Unidas (2019), también en 2020 Argentina se ubicaba en el puesto 71 en el mundo según el grado de envejecimiento de su población medido por el porcentaje de personas de 60 años o más en el total de la población (Naciones Unidas, 2019). Las proyecciones indican que la proporción de personas de 60 años o más continuará incrementándose hasta alcanzar un 22% en 2050, es decir, unos 12,5 millones de personas (Naciones Unidas, 2019). Se estima que para 2100 la población de personas mayores llegue a cerca de 19,4 millones (un 34% del total). El envejecimiento de los argentinos se refleja en el cambio de la pirámide poblacional. En la Figura 2 se presenta la población según su estructura etaria. Allí se muestra el cambio entre 1950, 2020 y las proyecciones para 2050 y 2100. Nótese que, con el paso del tiempo, la base de la pirámide tiende a reducirse y la cúspide a ensancharse.

**Figura 2. Estructura de la población por grupo de edad y género en Argentina, 1950, 2020, 2050 y 2100**



*Fuente:* Elaboración propia con base en Naciones Unidas (2019).

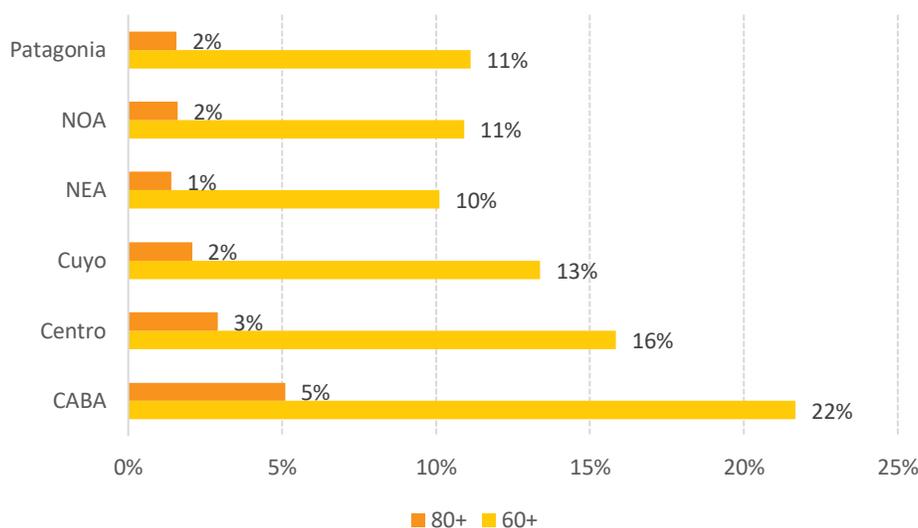
Dentro de la población de personas mayores, el grupo de edad más avanzada (70 años o más) es el que crece más rápidamente. Para el año 2000, entre las personas de 60 años o más un 49% tenía más de 70 años y un 15% más de 80. Se proyecta que estos porcentajes ascenderán a 54% y 20% en 2050 respectivamente, y a 65% y 33% en 2100 (Naciones Unidas, 2019). Según un estudio reciente (PAMI, OPS y OMS, 2019), se observa un aumento progresivo del número de personas que superan los 100 años entre la población cubierta por el PAMI, la principal obra social que cubre a las personas mayores, cuyos afiliados centenarios suman cerca de 3.905.

A medida que aumenta la edad, las mujeres tienen mayor peso relativo en el total de la población, un fenómeno que se conoce como la feminización de la vejez. En el grupo de personas entre 60 y 69 años la proporción de mujeres es del 54%, y para aquellas entre 70 y 79 años es del 58%. La feminización es aún más acentuada a medida que avanza la edad: entre los mayores de 80 años el 67% está constituido por mujeres. Esta mayor longevidad de las mujeres se conjuga con un estado de salud más deficiente, como se verá más adelante.

El panorama demográfico actual muestra que existe una heterogeneidad marcada dentro del país. Así pues, regiones como el Centro y Cuyo se encuentran en una etapa más avanzada de

envejecimiento (16% y 13% de la población de 60 años o más respectivamente), mientras que el noreste argentino (NEA), el noroeste argentino (NOA) y Patagonia tienen poblaciones relativamente más jóvenes (alrededor del 10%). En el centro, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) reside la mayor proporción de personas de 60 años o más (22%). Como se puede observar en la Figura 3, la ciudad también tiene el mayor porcentaje de personas de 80 años o más (5%) (INDEC, 2010).

**Figura 3. Porcentaje de personas mayores en la población total por región, según el Censo 2010**



*Fuente:* Elaboración propia con base en INDEC (2010). Base de datos RADATAM, cuestionario básico.

## CONDICIONES DE SALUD, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES

### Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

Para 2020, la esperanza de vida al nacer en Argentina era de 77 años, un año más que el promedio regional. Como se observa en la Figura 4, esta ha venido aumentando progresivamente. En el año 1950 era de 62 años y se proyecta que para 2100 haya aumentado 10 años en relación con 2020. La esperanza de vida en las mujeres supera en 6,6 años la de los hombres. Sin embargo, una mayor esperanza de vida no necesariamente implica mejor salud. El indicador de esperanza de vida saludable, definida esta como los años de vida que se espera que una persona viva con plena salud, libre de limitaciones o enfermedades (OMS 2004), es una medida más representativa de la calidad de la salud de la población que la esperanza de vida al nacer.

Es importante destacar que la esperanza de vida saludable --también denominada esperanza de vida libre de discapacidad-- es menor que la esperanza de vida al nacer en cerca de 11 años. A los 60 años de edad la brecha es de 6,5 años. Esta diferencia es un indicador de calidad de la cantidad de años esperados de vida y puede ser una buena aproximación de los años en los que una persona mayor podría requerir servicios de asistencia.

**Figura 4. Esperanza de vida en Argentina, años seleccionados**

Esperanza de vida	1950			2020			2050		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Al nacer	62,5	60,4	65,1	77,2	73,8	80,4	87,0	85,2	88,9
A los 60 años	16,3	14,9	17,9	21,8	19,3	24,0	28,6	27,3	30,2
A los 80 años	6,0	5,5	6,5	8,5	7,3	9,2	12,0	11,0	12,9
Saludable al nacer [1]				68,4	65,9	70,7			
Saludable a los 60 años [1]				17,3	15,3	19,1			

Nota: T=total; H=hombre y M=mujer. [1] los datos corresponden al año 2016.

Fuente: Para los indicadores 1 a 3 la fuente es Naciones Unidas (2019). Para los indicadores 4 y 5 la fuente es la Organización Mundial de la Salud. Repositorio de datos del Observatorio Global de Salud. Disponible en:

<http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>.

La probabilidad de sobrevivencia más allá de los 60 años, e incluso por encima de los 80 años, ha seguido aumentando y se espera que este fenómeno continúe. En Argentina, una persona de 60 años puede esperar vivir, en promedio, 22 años adicionales. Una persona de 80 puede esperar vivir, en promedio, nueve años más. Se proyecta que hacia 2050 estos valores pasen a 29 y 12 respectivamente. Para las mujeres, la probabilidad de sobrevivencia es mayor, aunque también lo es la probabilidad de enfermedad. Por ejemplo, a los 60 años la esperanza de vida para las mujeres es de 24 años más y es solo de 19,3 años para los hombres. Esto coincide con los hallazgos registrados en la literatura especializada, donde se muestra que las mujeres tienden a vivir más años, pero en peor estado de salud (Luy y Minagawa, 2014). En Argentina las mujeres viven más años (cinco) en condiciones no saludables, comparadas con los hombres (cuatro). La evidencia en este sentido suele apuntar a que las mujeres son más propensas a presentar enfermedades altamente debilitantes, aunque con una tasa de mortalidad baja, mientras que en el caso de los hombres sucede lo contrario (Figura 4). Este patrón se explica por factores biológicos y sociales (factores de riesgo, controles de salud, etc.).

### **Discapacidad y dependencia funcional**

Si bien las personas mayores y aquellas con discapacidad tienden a requerir ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, se trata de dos poblaciones diferentes. Cabe notar que el concepto de dependencia funcional no es sinónimo de limitaciones físicas o mentales, aun cuando existe una correlación. Por ejemplo, la presencia de limitaciones sensoriales o funcionales no necesariamente significa dependencia (Aranco y Sorio, 2019), como bien se explica en el Recuadro 1. El envejecimiento de la población conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y discapacidad. También trae consigo una pérdida paulatina de capacidades físicas y mentales, con lo cual aumenta la probabilidad de perder autonomía para realizar actividades básicas. Las personas con discapacidad acusan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que les impiden participar en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006). Esta población a menudo requiere ayuda de otras personas para realizar actividades mínimas. Por su parte, la población dependiente es aquella que tiene dificultad y necesita ayuda de otro para realizar actividades básicas de la vida diaria de forma permanente. La presencia de limitaciones sensoriales o funcionales no necesariamente significa dependencia. Por ejemplo,

una persona ciega que tenga acceso a los instrumentos necesarios en un contexto favorable para su desarrollo puede ser completamente autónoma en sus actividades diarias. En este sentido, la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende de las circunstancias y los recursos disponibles para garantizar la autonomía funcional (Aranco y Sorio 2019). En el Recuadro 1 se definen los conceptos que sobre estas situaciones se usarán a lo largo del documento.

### **Recuadro 1. Discapacidad y dependencia: definiciones y conceptos**

Es importante distinguir entre los conceptos de discapacidad y dependencia funcional. Según la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, estas últimas son aquellas que acusan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo y que, al interactuar con diversas barreras en su entorno, pueden sufrir impedimentos para participar de manera plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a, 2011b) emplean una definición similar, mientras que en la “Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) (OMS y OPS 2017) se ofrece una definición más clínica.

Medir el porcentaje de personas con discapacidad en una población utilizando un concepto tan amplio conlleva muchas dificultades técnicas, de modo que se utilizan instrumentos resumidos que mantienen una compatibilidad con el concepto general. Un ejemplo de ello es el cuestionario corto del Grupo de Washington (The Washington Group, 2017), el cual suele emplearse como base para elaborar las baterías de preguntas que se incluyen en encuestas o censos para estimar la población con discapacidad. En este contexto se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para llevar a cabo actividades que se relacionan con el movimiento (como caminar y usar los brazos), actividades sensoriales (como ver y oír) y cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

Por su parte, la dependencia se refiere a la situación de tener dificultad y requerir ayuda permanente para realizar una serie de tareas simples que se denominan actividades de la vida diaria (AVD). Dichas actividades se clasifican en básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras incluyen cosas tan elementales como desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, como por ejemplo realizar quehaceres, cocinar, salir de la vivienda y moverse en medios de transporte, y tomar medicamentos. La definición excluye situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación.

*Fuente: Aranco y Sorio (2019).*

### **Discapacidad**

Según el “Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad” (INDEC, 2018a), en Argentina el 10,2% de la población que habita en viviendas particulares en localidades de 5.000 habitantes o más (3.571.983 personas) reportó tener dificultades para ver, oír, agarrar y levantar objetos con las manos o brazos, caminar o subir escaleras, bañarse, vestirse y/o comer por su cuenta, hablar o comunicarse, aprender cosas, recordar o concentrarse, controlar su comportamiento y, en particular en el caso de los niños, jugar con sus pares. Allí se incluyó también a quienes manifestaran usar audífono o tener certificado de discapacidad vigente, y a quienes hubieran respondido “no tener mucha dificultad” o “no poder hacerlo” en las preguntas

sobre dificultades para realizar la actividad en cuestión. La prevalencia entre las mujeres es ligeramente superior que entre los varones (10,8% versus 9,5% respectivamente).

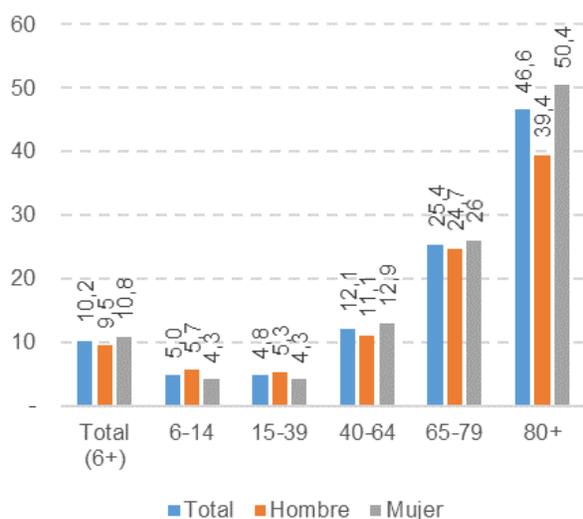
Para ser consideradas en la encuesta, las limitaciones en la realización de actividades y la restricción en la participación deben originarse en una condición de salud, es decir, derivarse de algún problema en las funciones o estructuras corporales, como por ejemplo anomalías, defectos, pérdida o cualquier otra desviación que cause impedimento. En Argentina se observa que, a medida que aumenta la edad, se incrementa la cantidad de personas con dificultades, siendo los grupos etarios de los segmentos más avanzados los que presentan mayor prevalencia de dificultades y discapacidades.

Según el estudio (INDEC, 2018a), en 2018 en Argentina un 30,5% de las personas de 65 años o más presentaba algún tipo de limitación (1,3 millones). En este grupo se observa que un 25,4% de quienes están entre 65 y 79 años acusa algún tipo de limitación. En el extremo, es decir, entre aquellos de 80 años o más, el 46,6% presenta algún tipo de limitación o discapacidad. Entre los mayores de 80 años la prevalencia es mucho más alta en las mujeres: la mitad tiene algún tipo de dificultad<sup>9</sup>, es decir, 10 puntos porcentuales más que los hombres. En este sentido, se observa que a medida que aumenta la edad, las personas tienden a requerir mayores cuidados. En la Figura 5 se evidencia que, a medida que aumenta la edad, el origen de la discapacidad se asocia cada vez más con problemas de la vejez. Entre las personas de 65 a 79 años, casi el 18% sufre de alguna discapacidad relacionada con tales problemas. Esta cifra asciende a casi la mitad en los mayores de 80 años.

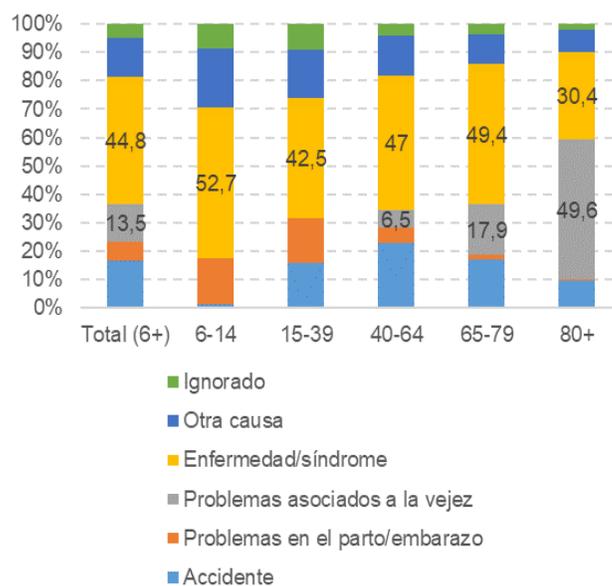
---

<sup>9</sup> En el informe sobre los resultados de la encuesta se indica que la discapacidad se refiere a **limitaciones** en ciertas actividades, pero para evaluar estas limitaciones se indaga sobre las **dificultades** de la población. Por eso, en este documento se utilizan indistintamente los términos dificultades o limitaciones para referirse a la discapacidad, aunque la dificultad sea un concepto generalmente asociado a la dependencia.

**Figura 5. Prevalencia de población con dificultad en Argentina por género y grupo de edad, 2018**



**Figura 6. Prevalencia de población con dificultad en Argentina por causa de origen de la primera dificultad y grupo de edad, 2018**



Nota: El total tiene en cuenta a la población de 6 años o más en localidades de 5.000 habitantes o más.  
Fuente: INDEC (2018a).

Para aquellas personas mayores de 65 años que tienen una sola dificultad (46,7% del total), la de índole motora es la de mayor prevalencia (30,2%), seguida de la auditiva (15,9%). Un 23% tiene dos dificultades, un 16,6% tiene tres dificultades o más y un 3,6% solamente cuenta con certificado de su discapacidad.

**Cuadro 1. Población de 6 años o más con dificultad por cantidad y tipo de dificultad, por grupo de edad**

Cantidad y tipo de dificultad	Total	6 -14 años	15-64 años	65 años o más
Total	100	100	100	100
Una dificultad	59	51,5	61,6	56,7
Solo motora	25,2	5,3[1]	24,6	30,2
Solo visual	13,7	11,2[1]	18,5	7,3
Solo auditiva	11	4,9[1]	8,5	15,9
Solo mental cognitiva	7,5	24,9	8,6	2,3[1]
Solo del cuidado de sí mismo	0,7 [1]	n.d.	n.d.	n.d.
Solo del habla y la comunicación	0,9 [1]	4,7[1]	0,9[1]	n.d.
Dos dificultades	18,3	14,8	15,4	23,2
Tres dificultades o más	12,2	13,5	9,1	16,6
Solo certificado de discapacidad	10,5	20,2	13,9	3,6

Nota: [1] Dado que el coeficiente de variación es superior a 16,6%, las estimaciones deben ser consideradas con cautela.

Fuente: INDEC (2018a).

## ***Dependencia funcional***

La dependencia se refiere a la situación de tener dificultad y requerir ayuda permanente de otra persona para realizar una serie de tareas elementales que se denominan actividades de la vida diaria.

En 2012 el INDEC, junto con la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), llevó a cabo la primera Encuesta Nacional Sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCaViAM)<sup>10</sup> (INDEC, 2014a, b y c). Esta permite distinguir entre dos tipos de dependencia: básica e instrumental. Para operacionalizar la primera se indaga sobre si la persona mayor no puede, o tiene mucha dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria –principalmente de autocuidado– y requiere ayuda permanente de otra persona. Dentro de las actividades básicas, en la encuesta figuran desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa y realizar tareas cotidianas como alimentarse, bañarse, vestirse, usar el inodoro, peinarse, cepillarse los dientes o lavarse la cara, acostarse o levantarse de la cama, y subir y/o bajar escaleras.

En el caso de la dependencia instrumental, se indaga por el grado de capacidad para realizar actividades que conllevan un mayor nivel de complejidad cognitiva o motriz y que son necesarias para llevar adelante una vida independiente. Aquí figuran la capacidad para usar el teléfono, emplear medios de transporte, tomar medicamentos, manejar dinero, hacer compras, preparar comidas calientes o realizar tareas del hogar. Como se indicó anteriormente, ambas medidas (dependencia básica e instrumental) excluyen situaciones temporales que puedan derivarse de una enfermedad o accidente con pronóstico de pronta recuperación.

Según la ENCaViAM (2014a), en 2012 cerca de un 23% de las personas de 60 años o más tenía algún grado de dependencia para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. De mantenerse este nivel de incidencia, para 2020 las personas mayores que requieren algún tipo de atención en mayor o menor grado sumaban cerca de 1,6 millones.

Por un lado, la encuesta muestra que un 9,5%<sup>11</sup> de las personas mayores de 60 años padece de alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria ya mencionadas. Según estimaciones del BID, la cifra de dependencia para realizar actividades básicas en personas de 60 años o más en Argentina está por debajo del valor observado en México (19%) pero por encima de los valores de 4% encontrados en El Salvador o Paraguay (Medellín, 2020)<sup>12</sup>. Se observa que la prevalencia de la dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria aumenta con la edad. Por ejemplo, para las personas de 80 años o más ascendió al 32%. En la Figura 7 se observa que la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres, independientemente de la edad (el doble en casi todos los rangos de edad). En particular, entre las mujeres de 80 años o más, un 32,5% presentaba dependencia funcional en las actividades básicas, mientras que en los hombres de la misma edad era de solo 16,7%. La dependencia en actividades básicas es levemente superior para las personas mayores que viven en hogares más pobres, como se observa en la Figura 8. Casi un 4% de las personas mayores presenta

---

<sup>10</sup> Esta encuesta fue un módulo asociado a la Encuesta Permanente de Hogares realizada durante el último trimestre de 2012 por el INDEC y las Direcciones Provinciales de Estadística, en estrecha colaboración con la DINAPAM. Esta última hace parte de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

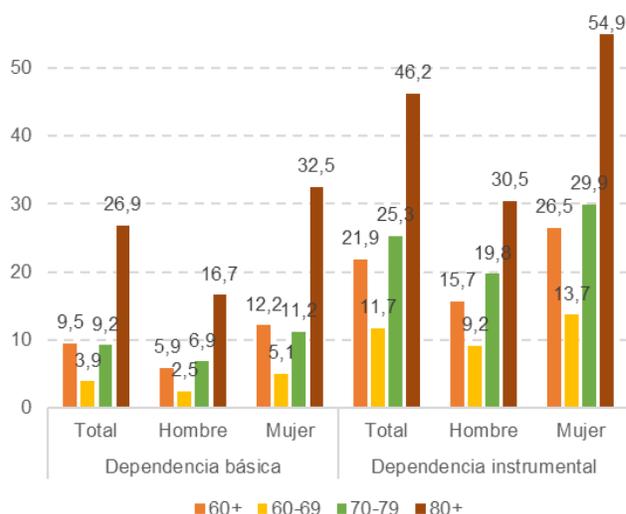
<sup>11</sup> Cabe destacar que esta cifra podría estar subestimando la prevalencia de la dependencia, ya que la ENCaViAM no cubre a personas con problemas cognitivos o físicos severos que les impidan responder el cuestionario. Además, como sucede en toda encuesta de hogares, en la ENCaViAM la población de personas mayores que vive en residencias, y que por lo general exhibe un mayor grado de dependencia, no está cubierta, aunque según el Censo 2010 ascendía al 1,4% del total de este grupo etario. Asimismo, y al igual que en la encuesta de hogares de Argentina, las zonas rurales no están cubiertas en la ENCaViAM, de modo que no se contabilizan las personas con dependencia que habitan en esas áreas.

<sup>12</sup> Una parte significativa de estas diferencias se debe a cuestiones metodológicas. Para mayores detalles, véase Medellín (2020).

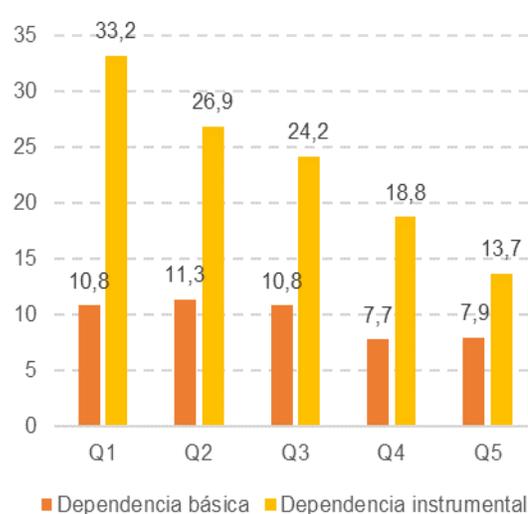
dependencia severa para realizar actividades básicas de la vida diaria (tiene dificultad en tres o más actividades básicas).

Por otro lado, cuando se tienen en cuenta las actividades instrumentales mencionadas más arriba, un 22% de las personas de 60 años o más consideró que tenía dificultades en al menos una de ellas. Al igual que lo registrado para las actividades básicas, la dependencia para realizar las de índole instrumental afecta en grado superior a las personas de más edad, y a las mujeres independientemente de su edad. Además, las personas mayores más pobres muestran una mayor prevalencia de dificultades en actividades instrumentales versus aquellos con un poder adquisitivo más elevado (33% en el primer quintil de ingresos versus 13% en el quintil más alto).

**Figura 7. Porcentaje de personas mayores con dependencia en Argentina por género y grupo de edad, 2012**



**Figura 8. Porcentaje de personas de 60 años o más con dependencia en Argentina por quintil de ingreso per cápita familiar del hogar, 2012**

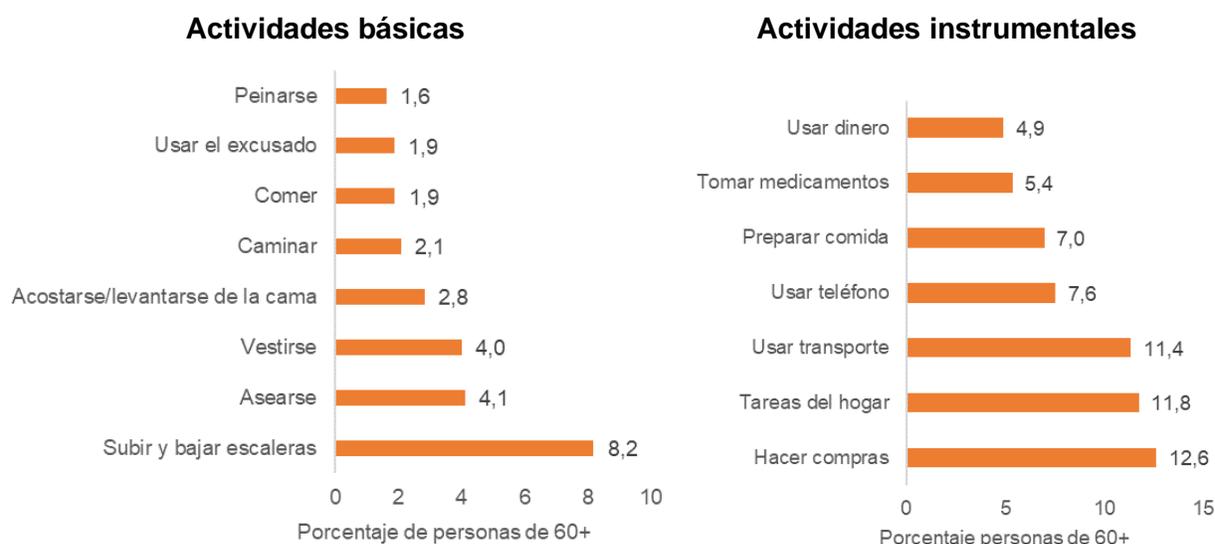


Fuente: Cálculos propios con base en INDEC (2014a).

Como se observa en la Figura 9, entre el tipo de actividades básicas de la vida cotidiana donde las personas mayores suelen tener más dificultad se destacan subir y bajar escaleras (8,2%), asearse (4,1%) y vestirse (4%). Entre las actividades instrumentales, el mayor grado de dificultad se registra en hacer compras (12,6%), labores del hogar (11,8%) y usar medios de transporte (11,4%).

Según la ENCaVIAM (INDEC, 2014a), un 14% de las personas de 60 años o más acusa deficiencias visuales (ceguera o visión deficiente incluso con anteojos) y un 11% auditivas (sordera o audición deficiente incluso con audífonos). Ambos porcentajes aumentan con la edad. De las personas mayores que presentan alguna dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria, el 28% también tiene deficiencias visuales y el 21% auditivas. De aquellas que presentan alguna dificultad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, el 25% también tiene deficiencias visuales y el 20% auditivas.

**Figura 9. Porcentaje de personas de 60 años o más en Argentina con dependencia por tipo de actividad en la que necesita ayuda de otro, 2012**



*Fuente:* Cálculos propios con base en INDEC (2014a).

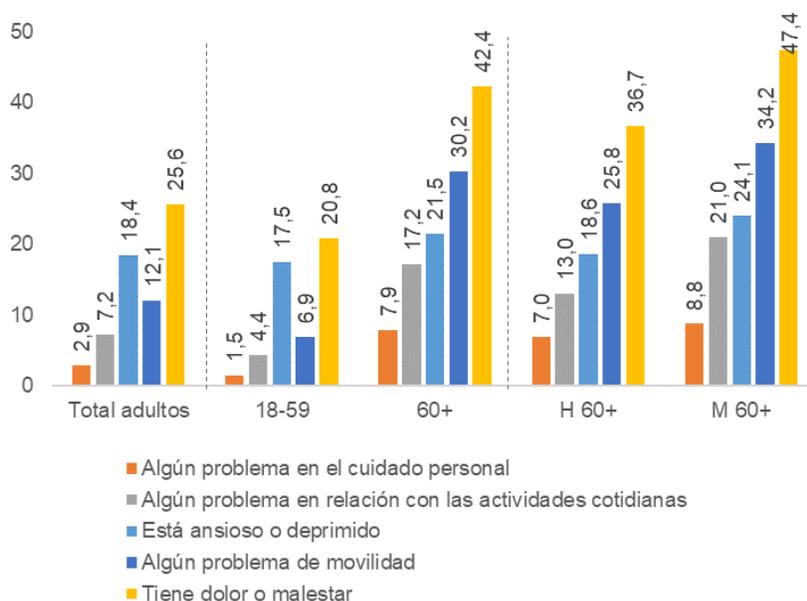
Las tendencias demográficas descritas más arriba sin duda aumentarán la demanda de servicios de cuidado y, dadas las tendencias sociales y familiares, la presión sobre los servicios del mercado, el Estado y/o la comunidad será cada vez mayor. Si los niveles de dependencia se mantienen en el tiempo –un supuesto razonable–, para el año 2020 habría unas 678 mil personas mayores de 60 años o más con dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, 1,3 millones para 2050 y 2,6 millones para 2100. El mismo ejercicio para las personas que tienen alguna dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria arroja cifras de 1,5 millones, 2,3 millones y 5,3 millones respectivamente. Si se tienen en cuenta ambas dimensiones, se observa que en Argentina había en 2012 un 23% de personas mayores de 60 años con algún grado de dependencia (para realizar actividades básicas o instrumentales). De mantenerse este nivel de incidencia, para 2020 habrá cerca de 1,6 millones de personas mayores que requerirán algún tipo de atención en mayor o menor grado.

## Condiciones de salud de las personas mayores y de las personas con dependencia

Según la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019)<sup>13</sup>, del total de personas de 60 años o más, un 42,4% considera que su salud es buena, y un 22,7% la percibe como muy buena o excelente, mientras que el resto dice que es regular (29,1%) o mala (5,8%). En la misma encuesta se evalúan cinco dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud de la población y se encuentra que un 42,4% de las personas mayores sufre de dolor o malestar, un 30,2% presenta algún problema de movilidad, un 21,5% está ansioso o deprimido, un 17,2% acusa algún problema relacionado con las actividades cotidianas y un 7,9% tiene algún problema en el cuidado personal (Figura 10).

Los resultados de las mujeres son peores que los de los hombres. Un 47,4% de ellas tiene algún dolor o malestar versus un 36,7% de los hombres de 60 años o más. En algunas de estas variables se observa también una mayor prevalencia en los quintiles más bajos de la distribución de ingresos. Por ejemplo, casi la mitad de las personas mayores del primer quintil sufre algún dolor o malestar, mientras que en el quintil más alto la cifra cae a un 31%. Un 35% declara tener problemas de movilidad en el primer quintil, mientras que en el quintil más alto la cifra se reduce a un 21%. Lo mismo sucede con la depresión: afecta al 29% en el primer quintil versus 16% en el más alto.

**Figura 10. Calidad de vida relacionada con la salud de la población por grupos de edad seleccionados y género en localidades de 5.000 habitantes o más, 2018**



Nota: H = hombres y M = mujeres. Entre los problemas de cuidado personal figuran las dificultades para asearse y vestirse solo. La encuesta no especifica el tipo de actividades cotidianas; es una pregunta general de libre interpretación por parte del entrevistado.

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019).

La transición demográfica va acompañada de una transición epidemiológica. En este sentido, el aumento de la edad se relaciona directamente con la incidencia de determinadas patologías

<sup>13</sup> La encuesta fue realizada de manera conjunta por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, el INDEC y las 24 Direcciones Provinciales de Estadística en el último trimestre de 2018. En la actualidad (2020), el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social son entidades separadas.

crónicas, las cuales aumentan la probabilidad de desarrollar situaciones de discapacidad y dependencia, y por lo tanto la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria. En Argentina, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)<sup>14</sup> --cáncer, hipertensión, diabetes y enfermedades crónicas respiratorias, entre otras-- constituyen la principal causa de muerte (80,7%), el 83,4% de los años de vida perdidos por muerte prematura y el 70,5% de los años de vida ajustados por discapacidad<sup>15</sup>. Su prevalencia es especialmente alta entre las personas 60 años o más. Según el “Estudio global sobre la carga de diez enfermedades”, el 75,9% de los años de vida saludables (AVISA)<sup>16</sup> perdidos por la población de Argentina en 2017 se explica ya sea por ECNT o por lesiones de causa externa. Entre las personas de 60 años o más, dicho porcentaje es aún mayor: 86,7%. En el contexto de dependencia funcional y cuidados, es importante destacar que las ENCT ocasionan la pérdida de la capacidad funcional de las personas que las padecen, por lo que los servicios de atención de largo plazo son claves allí.

Las enfermedades que causan una mayor proporción de años de vida saludables perdidos son las cardiovasculares (26,5%), el cáncer (19%), y la diabetes y las enfermedades renales (8,1%) (Figura 11). Aun así, las enfermedades transmisibles generan un impacto considerable en la salud de la población en general y de las personas mayores, siendo las infecciones de las vías respiratorias bajas y la tuberculosis la cuarta causa de años perdidos de vida saludables en las personas de 60 años o más.

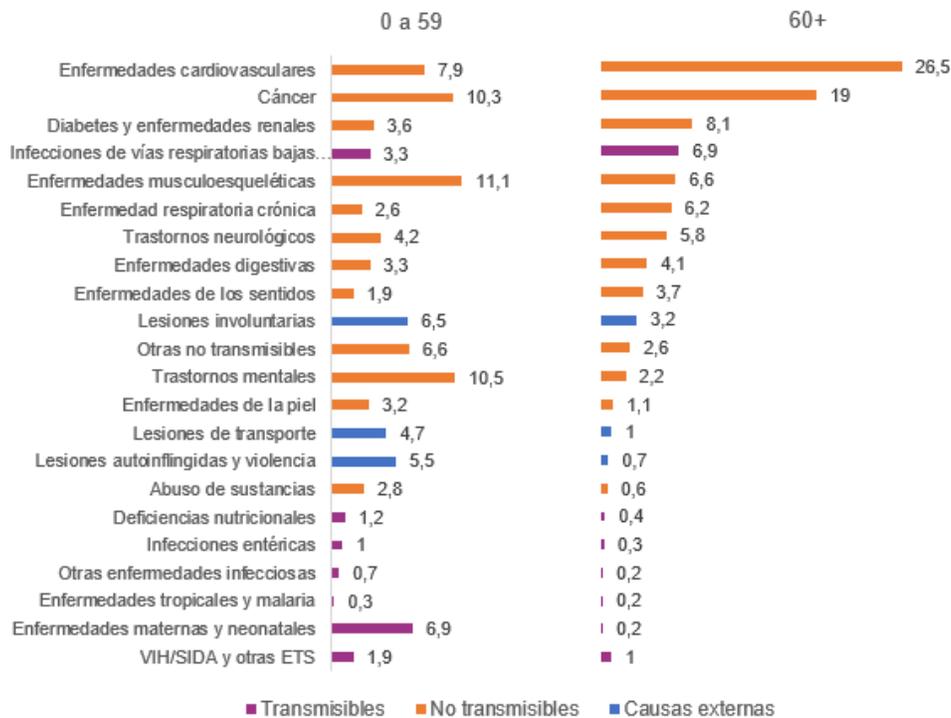
---

<sup>14</sup> Las ECNT son enfermedades de duración prolongada cuya evolución es generalmente lenta.

<sup>15</sup> Estimaciones propias con base en datos del “Estudio global de carga de enfermedad”, disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

<sup>16</sup> Los años de vida saludables (AVISA) constituyen una unidad para medir la carga de enfermedad en una población. También se los conoce como años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por su traducción literal del inglés (*Disability-Adjusted Life Year-DALY*). La pérdida de años saludables es la suma de los años perdidos por muerte prematura (APMP) y de los años vividos con discapacidad (AVD). En este contexto, la discapacidad se mide como alguna condición de salud que afecte el funcionamiento del individuo (Chen et al., 2015). Para una explicación sobre el “Estudio global sobre la carga de enfermedades y la situación de América Latina”, véase el Recuadro 1 en Aranco et al. (2018).

**Figura 11. Años de vida saludables perdidos por la población argentina, 2017**

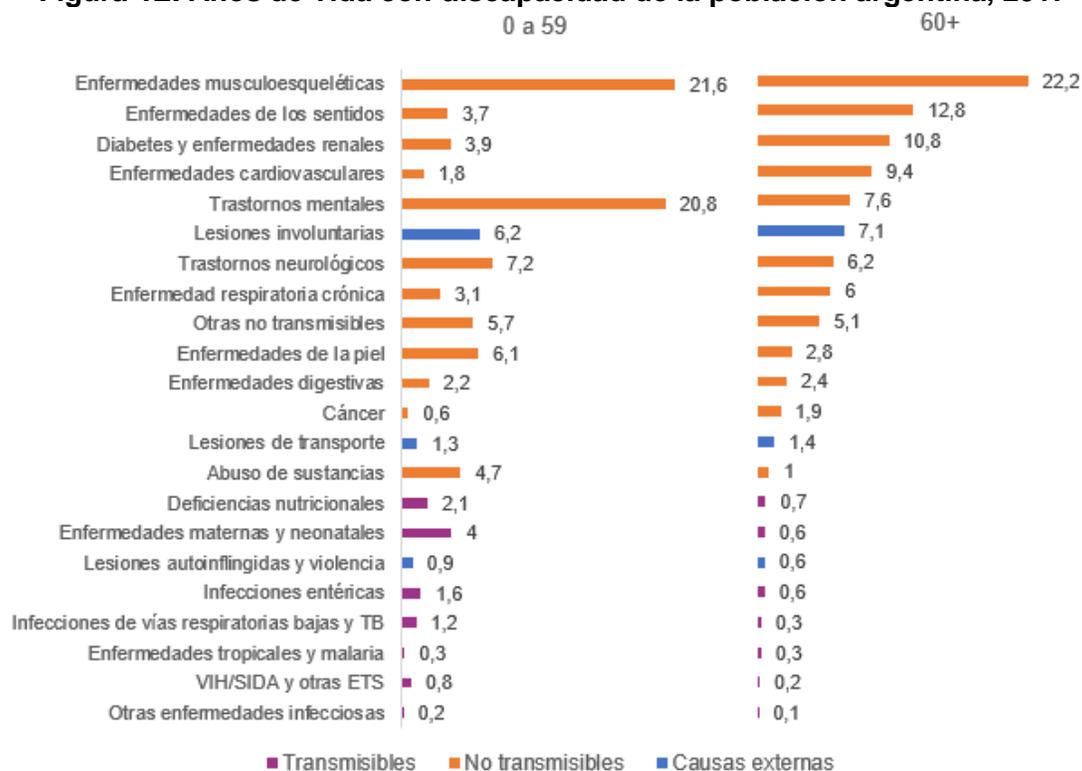


Nota: TB significa tuberculosis.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del "Estudio global de carga de enfermedad" disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Las principales causas de años vividos con discapacidad difieren de las principales causas de años de vida saludable perdidos, ya que en esta última medición tienen más peso aquellas dolencias que si bien causan altos grados de discapacidad y debilidad, no necesariamente se caracterizan por su alta mortalidad (Figura 12). Sobresalen las enfermedades musculoesqueléticas (22,2%), seguidas por las enfermedades de los sentidos (12,8%), y por la diabetes y las enfermedades renales (10,8%).

**Figura 12. Años de vida con discapacidad de la población argentina, 2017**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del “Estudio global de carga de enfermedad” disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Las ECNT son prevenibles en gran medida y comparten los mismos factores de riesgo, siendo los más importantes el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol.

De acuerdo con la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo o ENFR (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019), el consumo de cigarrillos, aunque relativamente bajo entre las personas mayores, es aún elevado: una de cada cuatro personas mayores dice fumar. Ciertos hábitos alimentarios influyen directamente en la aparición del sobrepeso, la obesidad, el aumento de la presión arterial (entre otros factores de riesgo). Solamente el 7,4% de las personas mayores declara un consumo adecuado de frutas y verduras. Si bien esta cifra supera a la observada entre la población más joven, sigue siendo sumamente baja. Con el consumo de sal luego de la cocción sucede lo contrario: es más bajo en las personas mayores, pero sigue siendo elevado (Figura 13).

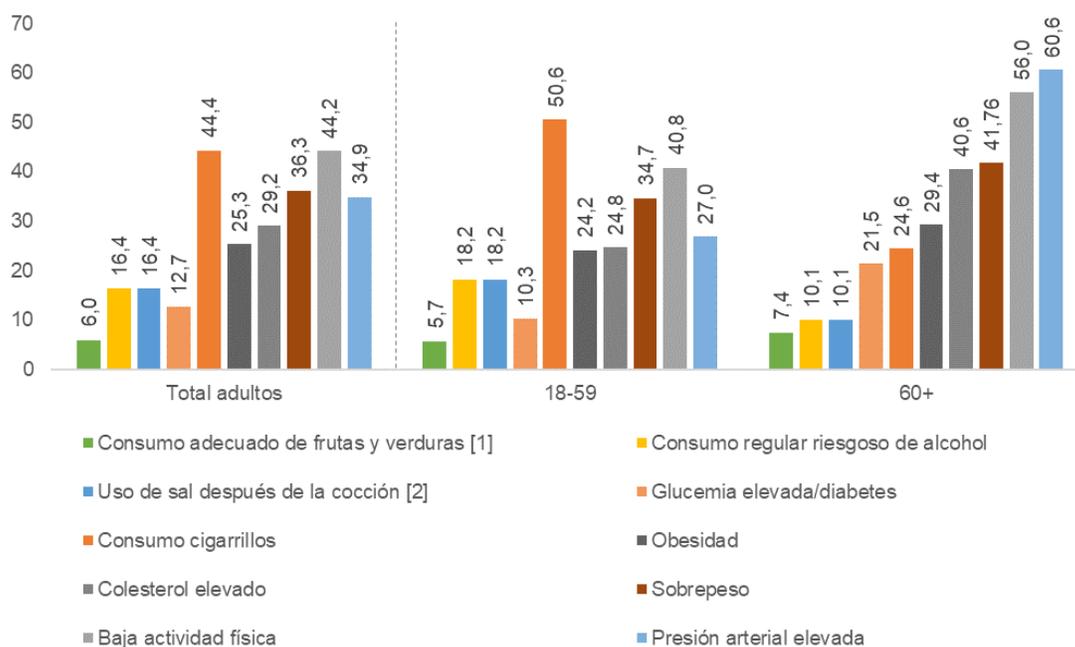
Más del 50% de las personas mayores realiza poca o ninguna actividad física, cifra considerablemente superior a la que se observa en la población más joven. Esto se asocia no solo a un mayor riesgo de ECNT, sino también a problemas de salud mental, y a un mayor riesgo de caídas y fracturas.

Con respecto al consumo de alcohol, se observa un menor consumo entre las personas mayores versus la población más joven. Solo el 10% de los primeros reporta un consumo regular riesgoso.

La conjugación de estos factores determina que en Argentina un 60% de las personas mayores tenga problemas de presión arterial elevada y un 40,6% reporte tener colesterol alto, siendo ambos indicadores asociados con un mayor riesgo de desarrollo de enfermedades

cardiovasculares. Además, entre las personas de 60 años o más, un 41,8% padece de sobrepeso y un 29,4% de obesidad, mientras que un 21,5% reporta tener diabetes.

**Figura 13. Prevalencia de factores de riesgo autorreportados en grupos de edad seleccionados y en localidades de 5.000 habitantes o más, 2018**



Notas: Se considera población adulta a aquella de 18 años o más.

[1] Consumo de cinco o más porciones de frutas o verduras al día.

[2] Utilización de sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa.

Aunque la encuesta también releva mediciones objetivas (antropométricas, físicas y bioquímicas), estas no se reportan aquí.

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019).

Aunque no es posible calcular la variable dependencia directamente de la ENFR, sí se puede obtener una aproximación a través de las preguntas sobre movilidad, autocuidado y dificultades para realizar actividades cotidianas. De este modo se logra analizar la manera en que se relacionan estas variables con la presencia de enfermedades crónicas o sus factores de riesgo. De aquellas personas de 60 años o más que reportan tener dificultades con el autocuidado (7,9% del total), un 67,9% tiene hipertensión y un 29% diabetes. Entre aquellas que reportan problemas de movilidad (30% del total), los porcentajes de hipertensión y diabetes son del 69,7% y 28,2% respectivamente. Por último, de aquellas que dicen tener problemas para realizar actividades cotidianas (17,2% del total), un 68,9% tiene hipertensión y un 26,8% padece diabetes autorreportadas.

Por último, cabe notar que se observa una alta prevalencia de algunos factores de riesgo en la población adulta (entre 18 y 59 años), especialmente en materia de tabaquismo (50%), poca actividad física (40,8%) y sobrepeso (34%). Esto señala la necesidad de seguir trabajando en estos temas para reducir su ocurrencia entre las futuras personas mayores.

### CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES

Junto con Uruguay, Argentina es uno de los países de la región donde se registra la mayor proporción de personas mayores que viven solas. Los altos niveles de cobertura de la seguridad

social (contributiva y no contributiva) podrían tener que ver con ello, pues proporcionan la solvencia económica para mantener un hogar propio. Entre las personas mayores que viven solas predominan las mujeres. Esto responde seguramente a su longevidad más prolongada y al hecho de que, por motivos culturales, las mujeres por lo general forman pareja con hombres de mayor edad, con lo cual aumenta sus probabilidades de que pierdan a su compañero a edades relativamente tempranas y sigan viviendo muchos años solas<sup>17</sup>.

Según estimaciones propias con base en la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) del segundo trimestre de 2018 (INDEC, 2018b), 20% de las personas de 60 años o más que habitan en zonas urbanas viven solas, un 33,3% lo hace en hogares unigeneracionales y 46,6% en hogares multigeneracionales. Entre las personas de 80 años o más, 3 de cada 10 viven solas. Un 65,2% de las personas mayores son jefes de hogar. En Argentina no se tienen estadísticas para las zonas rurales. Por otro lado, de acuerdo con el Censo de 2010 en el país existen unas 3.584 residencias de larga estadía donde convivían 76.627 personas mayores, lo cual muestra un índice bajo de institucionalización (1,3% del total).

En Argentina, un 26% las personas mayores de 60 años o más (38% hombres y 28% mujeres) continúa participando en el mercado de trabajo<sup>18</sup>. Este porcentaje es inferior al promedio de América Latina y el Caribe, que se ubica en 33,9%. La participación en el mercado laboral decrece considerablemente con la edad: para los mayores de 70 es cercana al 10%. Cabe notar que, pasada la edad legal de retiro, la participación en el mercado laboral no siempre es el reflejo de una decisión voluntaria, ya que puede estar relacionada con la falta de cobertura previsional, ahorros acumulados y/o apoyo familiar.

En cuanto a la seguridad económica entre las personas mayores, una serie de moratorias previsionales sucesivas implementadas por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS) permitió incorporarlas casi en su totalidad al sistema contributivo de pensiones. Como resultado, muchas de ellas con historias laborales contributivas incompletas o nulas -- trabajadores informales y particularmente amas de casa-- pudieron adherirse y acceder inmediatamente no solo a una pensión sino también a la cobertura de servicios suministrada por el PAMI<sup>19</sup>. En el año 2016, mediante la incorporación de la Prestación Universal para el Adulto Mayor (PUAM), se otorgó una pensión equivalente al 80% de la pensión mínima y acceso automático a los servicios de PAMI a las personas de 65 años o más que no contaran con ningún beneficio previsional. A marzo de 2020, casi 200 mil personas mayores estaban recibiendo este beneficio. A diferencia de las moratorias anteriores, esta nueva prestación es de carácter permanente y a ella pueden acceder en el futuro todas las personas mayores que cumplan con las condiciones de edad y que no tengan beneficio previsional. Anteriormente, quienes recibían pensiones no contributivas estaban cubiertos por el Programa Federal de Salud (PROFE), que ahora se llama Incluir Salud.

Según estimaciones propias con base en datos de la EPHC del INDEC (2018b), en 2018 un 73,8% de las personas de 60 años o más recibía una pensión contributiva<sup>20</sup>. El país exhibe una de las tasas de cobertura previsional más altas de la región, junto con Uruguay (76,7%). A diferencia de lo que ocurre en general en los sistemas de pensiones, la extensión de la cobertura en los últimos años hizo que la de las mujeres fuera mayor que la de los hombres

---

<sup>17</sup> Esta tendencia puede estar cambiando, ya que en los últimos años se ha venido reduciendo la brecha que existía entre la edad promedio de matrimonio de hombres y mujeres (Jelin, 2005).

<sup>18</sup> Cálculos propios con base en INDEC (2018b).

<sup>19</sup> Según estimaciones propias con base en datos de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) de 2011, el 53% de los beneficiarios que accedieron a una pensión a través de la moratoria no había hecho ninguna contribución durante su vida activa. La ENAPROSS cubre seis áreas del país y representa el 74,3% de la población de las áreas urbanas de 5.000 habitantes o más (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2011).

<sup>20</sup> Estimación propia a partir de la "Base armonizada de encuestas de hogares de América Latina y el Caribe" (BID, 2020).

(80,1% versus 64,9%<sup>21</sup>). Según datos del Boletín Estadístico de la Seguridad Social de marzo de 2020, unos 6,6 millones de personas de 60 años o más recibían beneficios previsionales del ANSeS, y alrededor del 65% de los beneficiarios del sistema recibía la pensión mínima de \$15.891 pesos equivalente a US\$230 (1,16 veces la línea de pobreza<sup>22</sup>). De ese total, aproximadamente el 67% ingresó por moratoria. La modalidad de actualización de los montos de los beneficios previsionales ha sido suspendida y está siendo revisada. Mientras tanto solo se otorgaron aumentos ad-hoc, particularmente a aquellos que reciben menores ingresos. Los beneficiarios de pensiones superiores a la mínima no han recibido aumentos en lo que va corrido de 2020, para compensar la elevada inflación que se vive en el país. No obstante los esfuerzos realizados por garantizar un ingreso monetario a las personas mayores, la falta de educación financiera en esta población limita el impacto de estas políticas<sup>23</sup>.

La cobertura de salud entre las personas de 60 años o más ascendía al 93,5% en 2018, según estimaciones propias con base en la EPHC. De acuerdo con estos datos, un 84% tenía cobertura a través de una obra social (incluyendo al PAMI), mientras que un 6,5% carecía de cobertura específica pero sí tenía acceso al sistema público de salud. Cabe destacar que los datos de cobertura que se presentan aquí solo reflejan la declaración de la persona sobre si está asegurada por un proveedor de salud, pero no representan cobertura efectiva en términos de recepción de prestaciones por parte de aquellas. Esto por cuanto aún se registran falencias estructurales en el sistema de salud para la atención de personas mayores, en particular en lo que se refiere al manejo de patologías crónicas.

La pobreza y la pobreza moderada entre las personas mayores han descendido notoriamente desde 2003, en parte por el avance de la cobertura previsional; en 2018 (segundo semestre), la pobreza extrema<sup>24</sup> entre las personas mayores ascendía a solo 1,1% del total, mientras que la pobreza afectaba al 3,5% de ese grupo<sup>25</sup>. Estos valores son inferiores a los de la población total (6,4% y 13,4% respectivamente). Sin embargo, un 19,2% de las personas mayores se encontraba en condiciones de vulnerabilidad económica<sup>26</sup>, lo cual significa que estaba en riesgo de caer en situación de pobreza.

En síntesis, el análisis realizado en esta primera sección pone en evidencia los desafíos a los que se enfrenta el país en materia de servicios de atención a las personas con dependencia como consecuencia de los cambios demográficos y epidemiológicos. A 2020, la población de 60 años o más asciende al 15,7% de la población total, casi 7,1 millones de personas. Se proyecta que esta proporción continúe incrementándose, llegando al 22% en 2050, equivalente a unos 12,5 millones de personas. En 2012, alrededor del 10% de las personas de 60 años o más acusaba dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria y un 22% tenía dificultades con las de índole instrumental. A partir de estas cifras, se estima que en 2020 hay en Argentina alrededor de 678 mil personas de 60 años o más con dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria. Solo por concepto de envejecimiento de la población, es decir, suponiendo que la tasa de dependencia se mantenga en los valores de 2012, para 2050 esta cifra aumentaría a 1,3 millones y a 2,6 millones para 2100. Esta estimación conservadora podría ser mayor si la tasa de dependencia aumenta como consecuencia de un aumento de las enfermedades crónicas. Lo anterior en un contexto de continua reducción del apoyo o la ayuda familiar, debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y a la disminución del tamaño de la familia. En las siguientes secciones se analiza cómo se satisfacen

---

<sup>21</sup> La edad legal de jubilación para las mujeres es de 60 años y la de los hombres 65.

<sup>22</sup> Dato de marzo de 2020.

<sup>23</sup> Algunas estadísticas sobre este tema pueden encontrarse en Ministerio de Hacienda (2019).

<sup>24</sup> Como línea de pobreza extrema se utilizó US\$3,1 por persona por día, expresado en dólares de paridad de poder adquisitivo del año 2011.

<sup>25</sup> Como línea de pobreza se utilizó US\$5 por persona por día, expresado en dólares de paridad de poder adquisitivo del año 2011.

<sup>26</sup> Se consideran en situación de vulnerabilidad económica aquellos hogares cuyos ingresos per cápita se encuentran entre US\$5 y US\$12,4 por persona por día, expresados en dólares de paridad de poder adquisitivo de 2011.

estas necesidades crecientes de cuidados, ya sea a través de la ayuda familiar, por medio de la comunidad, o a través de la intervención directa del Estado o de la acción del mercado.

## 2. EL PAPEL DEL GOBIERNO EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### ESQUEMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Argentina es uno de los países más avanzados de la región en materia de políticas y programas de atención a la dependencia. Los derechos de las personas mayores están consagrados en la Constitución Nacional y en 2017 el país ratificó la “Convención interamericana sobre la protección social de los derechos humanos de las personas mayores” de 2015. No obstante el indudable progreso alcanzado en el desarrollo de políticas y prestación de servicios por parte del Estado, Argentina no cuenta todavía con un sistema integral en torno al cual se organicen los servicios ofrecidos bajo un mismo paraguas institucional. En la actualidad existen diversos actores involucrados en la atención a la dependencia bajo un esquema sumamente complejo donde tienden a superponerse funciones y servicios, y donde intervienen las instituciones públicas en los distintos niveles de gobierno con múltiples actores en los ámbitos nacional, provincial y municipal. Dado el modelo descentralizado del país, las provincias --y en algunos casos los municipios-- cuentan con autonomía para decidir sobre la estrategia de cuidados de su población. En el nivel nacional, la atención a la dependencia opera bajo un esquema de aseguramiento social a cargo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP), el cual cubre al 62% de las personas mayores del país<sup>27</sup>. Las obras sociales nacionales y provinciales también cumplen allí una función, como se verá más adelante cuando se discutan las políticas de salud. Con esta organización, el esquema de atención a la dependencia en cierta forma reproduce la fragmentación presente en el sistema de salud, sin integrarse al mismo. A su vez, en el PAMI los servicios de salud están separados de los servicios sociales y cada uno de ellos opera bajo una dirección separada.

El mercado interviene en la prestación de servicios a través de organizaciones con y sin fines de lucro, muchas de las cuales venden sus servicios directamente al PAMI, mientras que las familias y comunidades participan en el sistema como proveedoras y compradoras de cuidado. La prestación de servicios de atención a la dependencia se encuentra bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, donde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) desempeña la función rectora y de coordinación con las provincias.

En esta sección se describen brevemente los servicios de atención a la dependencia en Argentina, su organización institucional, la población destinataria, las prestaciones pensadas para la población adulta dependiente y sus cuidadores, así como los mecanismos para asegurar la calidad de los servicios y su forma de financiamiento.

### Organización institucional y normativa

Los Derechos de la Ancianidad se incluyeron en la Constitución Nacional en el marco de la Asamblea Constituyente reformadora del 11 de marzo de 1949, siendo Argentina el primer país en el mundo en declarar los derechos de las personas mayores (CEPAL, 2016). Entre ellos figuran el derecho a asistencia, vivienda, alimentación, vestido, cuidado de la salud física y moral, esparcimiento, trabajo, y a la tranquilidad y al respeto.

En el plano internacional, es importante resaltar la aprobación, en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA), de la “Convención interamericana de protección de los derechos humanos de las personas mayores” en el mes de junio de 2015<sup>28</sup>. En ella se establece un

---

<sup>27</sup> Cálculo con base en datos administrativos del PAMI.

<sup>28</sup> Véase el texto completo aquí: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp).

instrumento jurídicamente vinculante que protege los derechos de las personas mayores, los estandariza e insta a los Estados a tomar medidas específicas, en el plano nacional, para proteger a las personas mayores desde la promoción de los derechos humanos. Específicamente, en el Artículo 7 se define el derecho a la independencia y a la autonomía, y además se determina que los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para asegurar la autonomía de las personas mayores en sus decisiones y el acceso progresivo a una variedad de servicios de cuidado. En el Artículo 12 se definen los derechos de las personas mayores que reciben servicios de cuidado de largo plazo, lo cual comprende el derecho a un sistema integral de cuidados que se haga cargo de la protección y promoción de su salud; la cobertura de servicios sociales; la seguridad alimentaria y nutricional; y el acceso a agua, vestuario y vivienda. Asimismo establece que los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados y a diseñar medidas de apoyo para las familias y cuidadores de las personas mayores. En mayo de 2017, Argentina ratificó la Convención mediante la Ley 27.360 (Ministerio de Economía, 2018).

Como se señaló más arriba, en Argentina participan distintos actores en el cuidado de las personas mayores. En la esfera pública, son dos las instituciones más importantes en la prestación de servicios en el ámbito nacional: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, creado en 1971 bajo el Programa de Atención Médica Integral<sup>29</sup> (INSSJYP-PAMI), y la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) adscrita a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. Por su parte, en el Ministerio de Salud se ha creado recientemente la Dirección de Personas Adultas y Mayores (DIPAM), que en la actualidad se encuentra trabajando en la regulación de residencias de larga estadía. Entre tanto, la Superintendencia de Servicios de Salud desempeña funciones de normalización, regulación, coordinación y control del Sistema Nacional de Obras Sociales, incluidas las empresas de medicina prepaga, algunas de las cuales prestan servicios de cuidado a las personas mayores<sup>30</sup>.

El INSSJYP-PAMI<sup>31</sup>, creado mediante la Ley nacional 19.032 en 1971, es el prestador principal de atención sociosanitaria para las personas mayores. Su función legal es la de “formular y diseñar políticas globales en materia sanitaria y social, garantizando la equidad en la cantidad y la calidad de servicios ofrecidos por el instituto en todo el territorio nacional” (Art. 4, Ley 25,615). El instituto, más conocido como PAMI, presta servicios sanitarios orientados a garantizar la salud de sus afiliados, así como servicios sociales dirigidos a incrementar la autonomía funcional, la integración social y el ejercicio de ciudadanía de las personas mayores. Entre estos últimos se incluyen los servicios de cuidado.

Actualmente, el PAMI cuenta con más de 4,9 millones de afiliados de todas las edades<sup>32</sup>. Alrededor de 4,4 millones son personas de 60 años o más, lo cual equivale al 62% de las personas de este grupo etario de Argentina. PAMI cuenta con 38 Unidades de Gestión Local descentralizadas en 600 agencias de atención en todo el país. Los afiliados son los jubilados y pensionistas del régimen nacional contributivo, receptores de pensiones no contributivas, y veteranos de la guerra de las Malvinas y sus familiares. Para su funcionamiento contrata los servicios de terceros (prestadores públicos y privados) mediante contratos directos legalmente formalizados. Dada su dimensión, el PAMI cuenta con un poder de negociación muy significativo en todo el país, además de que absorbe gran parte de la oferta de servicios de salud y sociales orientados a las personas mayores. La prestación de servicios es directa, sin períodos de carencia y/o cobro de coseguos.

---

<sup>29</sup> En 2009 la sigla cambió su significado: “Por una Argentina con Mayores Integrados”.

<sup>30</sup> Un mapeo de las instituciones de cuidado puede verse en OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC (2018).

<sup>31</sup> Para más información sobre sus programas, véanse los siguientes enlaces: <http://institucional.pami.org.ar/result.php?c=4-1-1> y <https://www.pami.org.ar/servicios/actividades-preventivas>.

<sup>32</sup> El dato corresponde a noviembre de 2019.

Por su parte, la DINAPAM es responsable de las políticas nacionales orientadas a las personas mayores, su entorno y la comunidad. La DINAPAM tiene a su cargo los siguientes tipos de programas: 1) promoción, protección y defensa de derechos de las personas mayores e integración social mediante la generación de iniciativas y acciones tendientes al buen trato, pleno goce de derechos y envejecimiento activo con perspectiva de género; 2) fortalecimiento institucional, para lo cual otorga subsidios destinados a la adquisición de equipamiento y/o mobiliario y refacciones que refuercen la autonomía y el cuidado de las personas mayores que utilizan los establecimientos de atención; 3) promoción de la autonomía, la calidad del cuidado y el bienestar integral de las personas mayores con algún grado de dependencia a través de la formación de recursos humanos calificados en el tema de atención domiciliaria a través del “Programa nacional de cuidadores domiciliarios”; 4) suministro de información sistematizada a través del “Registro nacional de cuidadores domiciliarios” sobre aquellos que ofrecen este tipo de servicios especializados en cuidados domiciliarios para personas mayores y han recibido la formación necesaria para ejercer esta labor; y 5) servicios en residencias de larga estadía suministrados por la DINAPAM para las personas mayores de 60 años que no posean cobertura de salud u obra social y que se encuentren en situación de vulnerabilidad social y/o con algún grado de dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria<sup>33</sup>.

La DINAPAM es además la Secretaría Ejecutiva del Consejo Federal de Personas Mayores, y en su calidad de tal es responsable de institucionalizar la colaboración y participación de ese segmento etario, de sus organizaciones representativas y de los gobiernos provinciales en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas públicas relacionadas con aquel, en estrecha colaboración con los organismos del Estado Nacional. En este Consejo, cuyo funcionamiento se inició en 2003, fue creado como un ámbito deliberativo y de concertación que nuclea y articula la implementación de todas las políticas dirigidas a las personas mayores (CEPAL, 2016). Allí están representados los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Educación, Economía y Trabajo, el INSSJP-PAMI, la ANSeS, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, los Consejos Provinciales de Personas Mayores, las organizaciones de personas mayores, los gobiernos provinciales, el Poder Legislativo y las sociedades científicas, entre otros. En la mayoría de las provincias del país se han formado además Consejos Provinciales de Personas Mayores.

La misión de la DINAPAM es diseñar y ejecutar programas de promoción, protección e integración social para las personas mayores. Sus lineamientos están agrupados en diferentes áreas, y en cada una de ellas se lleva a cabo una serie de acciones con una perspectiva integral y desde un enfoque de derechos. Tales lineamientos están orientados a que se cumplan plenamente los objetivos establecidos en la Ley 27.360 por medio de la cual se ratificó en Argentina la “Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores”, la cual, como ya se dijo, aboga por la promoción, protección y pleno goce de los derechos humanos de dicha población.

Dado el carácter federal del país, las provincias<sup>34</sup> y los municipios cumplen en el ámbito público un papel importante en la prestación y regulación de servicios (Recuadro 2). Existe una gama amplia y heterogénea de prestaciones provinciales y municipales. A nivel provincial, algunas jurisdicciones como por ejemplo la CABA, Mendoza y Tucumán tienen una unidad administrativa dedicada exclusivamente a las personas mayores. En otras como Chubut y Formosa, las acciones destinadas a las personas mayores están a cargo de las direcciones de familia, atención comunitaria o discapacidad.

No todas las provincias cuentan con un sitio web dedicado a las personas mayores y por lo tanto es difícil encontrar información presupuestaria y de cobertura de estos programas. Para ilustrar, en la Provincia de Buenos Aires se prestan servicios en residencias y centros de día; en la

---

<sup>33</sup> La DINAPAM cuenta con ocho residencias de larga estadía propias: siete en la Provincia de Buenos Aires y una en la CABA.

<sup>34</sup> La Constitución Nacional establece una serie de competencias que han sido delegadas a las provincias (art. 121 y ss CN).

Provincia de Santa Fe se ofrecen servicios en residencias y cuidado en domicilio, y también de fortalecimiento a instituciones que prestan servicios de cuidado; y en la Provincia de Mendoza se brindan servicios de residencia, se otorgan transferencias para la compra de servicios en domicilio, y se ofrecen servicios de capacitación para cuidadores e instituciones que prestan servicios, entre otras cosas<sup>35</sup>. Por otro lado, algunas obras sociales provinciales también prestan servicios de cuidado; tal es el caso del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia de Buenos Aires.

Otros actores que integran la oferta de servicios de apoyo son las obras sociales nacionales y las prepagas, algunas de las cuales cuentan con programas específicos para personas mayores. También participan las organizaciones privadas y de la sociedad civil que prestan servicios y realizan actividades muy heterogéneas y de distinta calidad. Incluso muchas de estas cuentan con financiamiento público. Entre ellas figuran los centros de larga estadía, clubes de abuelos, federaciones, unidades de cuidado domiciliario, centros de día, hogares de ancianos y centros de rehabilitación, entre otros. Las Defensorías del Pueblo también cumplen una función en la prestación de servicios, en la medida en que reciben y tramitan denuncias por violaciones de los derechos de las personas mayores, investigando y proponiendo cursos de acción. Por su parte, las sociedades científicas como la Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología, y las universidades y los centros de capacitación, ofrecen servicios de formación. No existe un padrón único de la cantidad de instituciones de cuidado de personas mayores que hay en el país y se desconoce el número de personas mayores que atienden.

### **Recuadro 2. Oferta de descentralizada de servicios para el cuidado de personas mayores en la CABA**

Según el Censo de 2010, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) --el territorio más envejecido del país--, un 22% de la población tiene 60 años o más y un 5% tiene 80 años o más. Además, la ciudad concentra el 11% de las personas mayores de todo el país y ocupa el segundo lugar después de la Provincia de Buenos Aires, la cual alberga el 41% de las personas de 60 años o más en Argentina.

La CABA presta una amplia gama de servicios a su población mayor. Entre los servicios de cuidado ofrece atención en centros de día y en centros de jubilados, en el domicilio o en instituciones a través de un asistente gerontológico. Igualmente ofrece servicios de estimulación cognitiva. En materia de fortalecimiento institucional, la ciudad asiste a instituciones que brindan cuidados según sus necesidades, ya sea con infraestructura o equipamiento. Bajo el programa Vivir en Casa, también presta apoyo económico a las personas mayores que lo soliciten para que puedan seguir viviendo en sus lugares de residencia, esto mediante la cobertura de alquiler, gastos u otras prestaciones relacionadas con la vivienda. Esta asistencia económica es aplicable a la estabilidad del alojamiento sostenible en el tiempo y puede destinarse a gastos ocasionados por alquiler, expensas u otras prestaciones habitacionales, siempre y cuando el destinatario no tenga el mismo beneficio a través de su obra social.

Por el lado de los cuidadores, la CABA ofrece capacitación a cuidadores tanto formales como informales y pone a disposición de la ciudadanía el Registro Único y Obligatorio de Asistentes Gerontológicos (RUOAG)<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> Para mayor información, véase: 1) Provincia de Buenos Aires: [https://www.gba.gob.ar/desarrollo\\_de\\_la\\_comunidad/asistencia/hogaresycentros](https://www.gba.gob.ar/desarrollo_de_la_comunidad/asistencia/hogaresycentros); 2) Provincia de Santa Fe: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/93751>; 3) Provincia de Mendoza: <http://www.desarrollosocial.mendoza.gov.ar/subsecretariads/areas/adultos-mayores/>.

Entre las políticas de envejecimiento activo se destacan las de promoción de derechos de las personas mayores, salud, alimentación saludable, formación, recreación (actividades deportivas, culturales o juegos), intercambio intergeneracional, inclusión digital y asistencia en caso de maltrato. La CABA también provee soluciones habitacionales para las personas mayores, entre las que se encuentra el alojamiento para adultos víctimas de violencia y para personas mayores en situación de calle. Igualmente promueve la integración social de las personas mayores, garantizando la accesibilidad en los distintos ámbitos urbanos: espacios al aire libre, edificios públicos, transporte y servicios. En el ámbito urbano tiene políticas para la construcción de espacios accesibles para personas mayores y hace parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud de Ciudades Amigables con las personas mayores. Dentro de esta línea de actividad, provee una red de comercios amigables con esa población.

En el área de regulación, la CABA realiza el control de los establecimientos privados para personas mayores. Allí evalúan aspectos psicosociales y de protección de derechos de las personas mayores que residen o concurren a instituciones geriátricas. Se realizan evaluaciones individuales o en forma conjunta con otros organismos auxiliares<sup>37</sup>, las cuales están a cargo de equipos interdisciplinarios de profesionales. Asimismo colabora con el desarrollo de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores que asisten o residen en dichas instituciones; efectúa seguimientos de denuncias; y asesora a titulares y/o responsables de los establecimientos y a familiares y/o responsables de las personas mayores institucionalizadas. La ley establece la creación de un Registro Único y Obligatorio de Establecimientos\* para personas mayores de acceso público y gratuito. En este deberán inscribirse todas las residencias para personas mayores, hogares de día y casas de residencia que brindan prestaciones dentro del ámbito de la CABA. Los establecimientos deberán renovar anualmente su inscripción en el Registro. El Ministerio de Salud de la ciudad está a cargo de su implementación.

\*Se trata de un registro público y gratuito creado por la Ley 5.671 y reglamentada por el Decreto 101/17, el cual depende de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores. En el RUOAG se encuentran inscritos los asistentes gerontológicos debidamente capacitados con la formación inicial exigida por la Ley 5.671 (Art. 6º), y con las capacitaciones y/o actualizaciones anuales requeridas (Art. 8º). El registro se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitats/registro-unico-y-obligatorio-de-asistentes-gerontologicos>.

*Fuente:* Sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitats/personas-mayores>

Recientemente se han comenzado a dar pasos encaminados a articular los servicios de cuidado bajo un marco integrado. Es así como se creó el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, donde se estableció la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020) formada por 12 organismos del Estado nacional, cuya labor consiste en implementar una política de cuidado integral, inclusiva y efectiva. El “Equipo de cuidados” allí conformado, y liderado por dicho ministerio, realizará un mapeo nacional de todos los servicios de cuidado que existen: comunitarios, estatales, privados y externos a las redes familiares. Su misión es promover políticas que atiendan no solo a las personas mayores sino también a los niños y personas con discapacidad. Por su parte, la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) ha convocado a la sociedad civil para generar un espacio de trabajo conjunto donde se ofrezcan insumos en el

<sup>37</sup> Con la autoridad de aplicación de la Ley 5.670/16.

marco del Programa “Mujeres, género, discapacidad y cuidado” que contribuyan a definir las bases de una política pública en esta área. La metodología de trabajo será anunciada en los próximos meses. Tras la separación del Ministerio de Salud del Ministerio de Desarrollo Social se creó, dentro del primero, una Dirección de Personas Adultas y Mayores con la cual se intenta avanzar en la creación de una ley nacional que regule la calidad de los servicios dirigidos a esta población.

En los siguientes apartados el análisis se centrará en los servicios prestados por el PAMI y la DINAPAM, siendo estos los actores más relevantes en la prestación de servicios de cuidados y con mayor disponibilidad de información. También se hará una mención particular del papel que cumplen las provincias en la definición de mecanismos para asegurar la calidad de los servicios.

## **Definición y evaluación de la población destinataria**

En el PAMI, los titulares de derecho de los servicios se priorizan en función del nivel de dependencia, la edad (60 años o más), la condición médica, la existencia de una red de contención<sup>38</sup> y la condición socioeconómica. El requisito principal para recibir servicios de atención es la situación de dependencia. Esta se evalúa a través de la “escala de valoración sociosanitaria”, la cual se utiliza en todos los establecimientos del PAMI. Este último considera dependientes a aquellas personas mayores que no puedan realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD) como alimentarse, usar el inodoro, lavarse o bañarse, vestirse o desvestirse, pasar de la cama al sillón y/o llegar a tiempo al baño. Por otro lado, las personas se consideran semidependientes si tienen dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria como usar el teléfono, realizar trámites o manejar dinero, desplazarse en medios de transporte, y preparar y/o tomar sus medicamentos, entre otras.

La escala da una valoración más alta a las personas con problemas habitacionales o de acceso a servicios sanitarios básicos, tenencia irregular de la propiedad, bajos ingresos, erogaciones especiales, índice elevado de miembros del hogar en relación con el número de aportantes de ingresos, condición de salud deficiente, situación de discapacidad, necesidad de ayuda para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, y carentes del soporte efectivo de familiares o amigos.

Para evaluar la dependencia se utiliza también la “Guía de valoración de la dependencia”, con la cual se indaga sobre las capacidades físicas y cognitivas de la persona para realizar actividades de la vida diaria. Para acceder a servicios, los beneficiarios deben firmar un consentimiento informado. Para seguir recibéndolos, deben presentar además un informe médico, el cual debe actualizarse una vez al año.

Los hogares o residencias de atención integral a personas mayores de la DINAPAM se dedican a asistir a personas de mayores de 60 años de ambos sexos que tengan algún grado de dependencia para conducir las actividades básicas de la vida diaria o que se encuentren en situación de vulnerabilidad social y no puedan autosostenerse y/o ser cuidadas por miembros de su grupo primario, o por personal capacitado dentro de su ámbito familiar o comunitario. Al momento de su ingreso, las personas deben estar libres de patologías psiquiátricas con trastornos conductuales y carecer de afiliación a obra social o de cobertura de salud que brinde la prestación que se solicita, salvo que su vida se encuentre en peligro. Tampoco deben estar sujetas a medida cautelar de carácter restrictivo de la libertad personal, ni bajo cumplimiento de

---

<sup>38</sup> En otros países se conoce como red de protección social.

una sanción de carácter penal. Se debe contar también con el consentimiento informado de la persona.

Según Roqué y Amaro (2016), antes de 2003 se privilegiaba el ingreso de personas que pudieran valerse por sí mismas (sin dependencia). Sin embargo, actualmente se incluye a individuos en situación de vulnerabilidad, fragilidad y/o dependencia, aunque siempre asegurando que estos permanezcan en sus hogares el mayor tiempo posible –apoyados por cuidadores domiciliarios si la situación lo amerita–, de modo que la institucionalización sea solo una medida de última instancia (Roqué y Amaro, 2016). La cobertura actual de este servicio es muy limitada, como se verá en la tercera sección.

### **Prestaciones para personas mayores dependientes y sus cuidadores**

El PAMI ofrece a las personas mayores afiliadas servicios de salud y también sociales; entre estos últimos figuran los de atención a la dependencia. Aquí hay servicios en especie, como aquellos donde se prestan cuidados de largo plazo y en centros de día, y también servicios integrales, como los de las residencias de permanencia prolongada. Estos últimos son de tres tipos: internación en residencia para personas con dificultades leves o moderadas para las actividades de la vida diaria, internación con control psiquiátrico e internación de atención continua para aquellas patologías que requieren cuidados más complejos.

El PAMI también ofrece transferencias monetarias mediante subsidios para servicios en el domicilio y subsidios en efectivo para los afiliados que tienen necesidades básicas insatisfechas (escasez de comida, vivienda en mal estado, lejanía de la red familiar, etc.), dependiendo de los resultados de un estudio socioeconómico previo. Los beneficiarios no tienen la obligación de reportar cómo gastaron el dinero de los subsidios.

El sistema progresivo de atención del PAMI privilegia el uso de los centros de día y la atención en domicilio para aquellos afiliados que cumplan con las condiciones de elegibilidad arriba mencionadas (edad, condición médica seria, ausencia de red de contención y situación socioeconómica vulnerable) y tengan un menor nivel de dependencia o dependencia leve o moderada (Diagrama 1). De esta manera, el uso de las residencias de larga estadía, tanto propias como de terceros, se deja como último eslabón de la cadena de servicios de atención para los casos de dependencia severa. En este predomina la modalidad de cuidados continuos para aquellos casos en que la persona mayor necesita atención personal intensiva y especializada las 24 horas del día. Si la persona no tiene dependencia, se deriva a los servicios preventivos<sup>39</sup>. El modelo continuo de cuidados busca acompañar al individuo a través de las distintas etapas de la dependencia con servicios que respondan a sus necesidades. Esto se hace desde el ingreso al lugar de atención, y a partir de entonces la persona va progresando en la secuencia según sus necesidades de apoyo para las actividades de la vida diaria, siempre y cuando la evaluación sociosanitaria interdisciplinaria así lo recomiende. Sin embargo, hay algunas zonas del país donde en la práctica es imposible cumplir con esta progresión por falta del centro específico de atención.

---

<sup>39</sup> Para más detalles sobre los servicios prestados por el PAMI, véase la tercera sección de este documento.

## Diagrama 1. Modelo de atención del PAMI según la progresión de la dependencia



*Fuente:* Elaboración propia con base en la presentación de Petrongolo (2019) durante el Diálogo Regional de Políticas del BID de 2019. Versión actualizada.

La DINAPAM, por su parte, ofrece directamente servicios a través de residencias de larga estadía y una amplia gama de servicios de capacitación para cuidadores y de manuales que se pueden descargar de manera gratuita. La oferta de servicios en las provincias es variada pero no se encontró información sistemática sobre ella<sup>40</sup>.

Además de los servicios para personas mayores suministrados por el PAMI y la DINAPAM, no se encontraron servicios públicos de apoyo para cuidadores más allá de la formación profesional o la disponibilidad de manuales de autocuidado o para cuidadores de la DINAPAM. Ninguna de estas instituciones ofrece servicios de respiro o apoyo psicológico para cuidadores, por ejemplo.

### Mecanismos para asegurar la calidad de los servicios

#### **Formación y otras políticas de recursos humanos**

La DINAPAM capacita recursos humanos a través de cuatro programas principales que hacen parte del sistema progresivo de atención: 1) Programa nacional de cuidadores domiciliarios, 2) Programa nacional de promoción de la calidad de vida para personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias, 3) Programa nacional de autonomía personal y accesibilidad universal para los adultos mayores, y 4) Programa nacional de formación de cuidadores domiciliarios en cuidados paliativos para personas mayores.

Desde 1996, en el marco del “Programa nacional de cuidadores domiciliarios” y a través de varias instituciones como gobiernos provinciales, municipios, universidades, organizaciones de la sociedad civil y cooperativas, se ofrecen cursos de formación y actualización dirigidos a cuidadores domiciliarios para el acompañamiento de personas mayores de 60 años y de aquellas con discapacidad y/o enfermedad crónica o terminal. Estos cursos se enfocan en la asistencia en las actividades de la vida diaria. Con base en el suministro de cuidados domiciliarios, el programa pretende prolongar la permanencia en el hogar de las personas con necesidades de atención sostenida, demorando o evitando así la institucionalización innecesaria (CEPAL, 2016). La formación es presencial y gratuita para personas mayores de 18 años, con escolaridad primaria y que cumplan con el perfil requerido por el programa. La capacitación tiene una duración de cinco meses y una carga de 388 horas presenciales entre teoría y prácticas institucionales y domiciliarias. El curso consta de nueve módulos que apuntan a promover una mirada integral sobre la vejez que posibilite generar enfoques específicos y que se ajusten a las particularidades y necesidades de todas las personas mayores. Allí se abordan temas referidos al envejecimiento, la seguridad social, el trabajo cooperativo, la discapacidad, y las

<sup>40</sup> Los detalles sobre los servicios de formación de la DINAPAM se encuentran en el siguiente apartado.

enfermedades crónicas, invalidantes o terminales en su dimensión biopsicosocial para la atención integral de la población destinataria, entre otros.

La DINAPAM se hace cargo tanto del contenido como del financiamiento de los cursos, y además ha firmado convenios con las principales obras sociales del país para la incorporación del servicio de atención domiciliaria entre sus prestaciones (CEPAL, 2016). Según entrevistas realizadas a distintos actores en el país, cuando los cursos son dictados de manera virtual es clave que también haya sesiones presenciales con los cuidadores para garantizar la finalización de los cursos de actualización.

Quienes aprueben el curso de formación reciben un certificado nacional que habilita su inscripción en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios<sup>41</sup> creado en 2016. El programa de cuidadores domiciliarios inicialmente tenía un segundo componente que consistía en la puesta en marcha del servicio de atención domiciliaria a personas mayores, con discapacidad o enfermos crónicos o terminales en situación de vulnerabilidad y dependencia. Esto se hacía a través de convenios, por ejemplo entre obras sociales provinciales y el PAMI. Este componente tenía el formato de práctica profesional rentada, pero se discontinuó en el año 2013. Asimismo existen cursos de actualización permanente dirigidos a cuidadores egresados y también de cuidados paliativos. En los últimos años se capacitaron en promedio 2.200 personas por año como cuidadores domiciliarios. En 2018 se inscribieron 2.776 personas al registro, que actualmente cuenta con 6.400 cuidadores domiciliarios inscritos. Se estima para finales de 2015 Argentina contaba con cerca de 50.000 cuidadores capacitados (CEPAL, 2016).

Según una evaluación realizada por Arias (CEPAL, 2009), el programa de cuidadores domiciliarios responde a una demanda creciente de cuidados, ofreciendo apoyo social de un modo sistemático, propiciando la creación de entornos favorables, y mejorando la calidad de vida y el desarrollo de las personas de edad. Como política social, el programa favorece la inclusión social y la participación en la comunidad, tanto de las personas que necesitan cuidados, evitando así el ingreso innecesario a residencias de larga estadía y favoreciendo la preservación de las funciones familiares y sociales. Asimismo ofrece oportunidades de formación o inserción en el mercado formal a personas desocupadas (CEPAL, 2009), en particular aquellas con vocación para el cuidado. El mismo estudio ha identificado como uno de los factores que obstaculizan su implementación la dificultad de cubrir la totalidad de la demanda con este tipo de cuidados en domicilio.

Otro esfuerzo relevante en este sentido es el “Programa nacional de promoción de la calidad de vida para personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias”, mediante el cual se impulsa la capacitación cuidadores domiciliarios formados, con el fin de actualizar y profundizar sus conocimientos sobre el cuidado de las personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. La idea es contar con personal técnico idóneo en estos temas. El programa llegó aproximadamente a 2.800 personas entre noviembre de 2016 y diciembre de 2019 (Ministerio de Desarrollo Social, 2019a).

El “Programa nacional de autonomía personal y accesibilidad universal para los adultos mayores” promueve la independencia y autonomía de estos últimos a través de la capacitación a cuidadores domiciliarios formados en el marco del “Programa nacional de cuidados domiciliarios” o similares. Esto con el fin de actualizar y profundizar sus conocimientos sobre accesibilidad universal, adecuación de hábitat, y creación y uso de ayudas técnicas de bajo costo. Este programa fomenta los conocimientos sobre los temas mencionados teniendo como objetivo la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. A través de este programa se capacitó a alrededor de 400 personas por año entre 2016 y 2019 (Ministerio de Desarrollo Social, 2019a).

---

<sup>41</sup> Para más información, véase <http://registroncd.senaf.gob.ar/>.

En total, en estos tres programas se formaron 5.787<sup>42</sup> personas en cuidados gerontológicos en 2018, con lo cual se alcanzó un total acumulado de aproximadamente 60.000 personas entre 2008 y 2018 (Ministerio de Economía, 2008 y 2018).

Por último, lo que antes se consideraba una línea de formación en el marco del programa de cuidadores domiciliarios se convirtió recientemente en el “Programa nacional de formación de cuidadores domiciliarios en cuidados paliativos para personas mayores”<sup>43</sup>.

Por otro lado, a través del “Programa nacional de educación, cultura y comunicación comunitaria de personas mayores”, la DINAPAM ofreció durante el año 2019, de manera gratuita, la carrera de pregrado de diplomatura en atención gerontología integral. Esta constó de cinco módulos con una duración de dos meses cada uno. La modalidad del curso fue virtual, con un encuentro presencial obligatorio al mes para evitar la deserción de los participantes. Hasta 2019 habían egresado 618 estudiantes (Ministerio de Desarrollo Social, 2019a).

Argentina muestra avances hacia la formalización del trabajo en el área de cuidados. En 2013 se creó el “Régimen especial de contrato de trabajo para el personal de casas particulares” con el objeto de formalizar a un sector históricamente desamparado. Dentro de este régimen se incluye la categoría de “asistencia y cuidado de personas”, la cual comprende la atención no terapéutica para personas enfermas, con discapacidad, niños, adolescentes o personas mayores. La norma extendió a este colectivo de trabajadores los derechos ya existentes para el resto de los asalariados formales. De ello hacen parte las licencias por enfermedad, maternidad, fallecimiento de cónyuge, padres e hijos, así como las vacaciones pagas y la indemnización por despido. Se extiende igualmente la obligatoriedad del empleador de contratar los servicios de una aseguradora de riesgos del trabajo, y se incluyen --si aplican-- la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación por Embarazo (ambas no contributivas). Además, en 2014 se ratificó el Convenio de la OIT sobre trabajadores domésticos. No obstante estos avances, según la Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS) de 2018, de los 1,4 millones de trabajadores dedicados a estas tareas en Argentina, un 77% no se encuentra registrado en la seguridad social. De esta población, un 24% (alrededor de 330 mil personas) declara realizar tareas de asistencia y cuidado de personas, aunque no necesariamente trabaja con mayores (López Mourelo, 2020).

### ***Regulación y monitoreo de la calidad de los servicios***

Con respecto a la regulación y monitoreo de la calidad de los servicios, la articulación e integración de estándares mínimos de calidad de los servicios existentes --tanto para los servicios públicos como para los privados y entre los distintos niveles de gobierno-- es insuficiente. Hasta el momento no se cuenta con un sistema de monitoreo e información integrado o informatizado de la oferta de servicios disponible. La capacidad de monitoreo y supervisión existe, pero no se ha podido avanzar en sistematizar esta información y ponerla a disposición de la ciudadanía para que pueda conocer la oferta de cuidados disponible, y principalmente su calidad.

Diversos actores regulan y controlan el funcionamiento del sector. En el ámbito nacional intervienen el PAMI, la DINAPAM y la Superintendencia de Servicios de Salud que, como se dijo anteriormente, desempeña funciones de normalización, regulación, coordinación y control del Sistema Nacional de Obras Sociales, incluidas las Empresas de Medicina Prepaga. A nivel

---

<sup>42</sup> Aquí también se contabilizan las personas que participaron de las jornadas de encuentros de coordinaciones de los programas y de cuidadores.

<sup>43</sup> La DINAPAM ha creado un “Manual de contenidos para la formación de cuidadores domiciliarios de personas mayores en cuidados paliativos”. Este manual ha sido preparado para quienes ya cuentan con formación en cuidados de personas mayores.

subnacional, los gobiernos provinciales y en algunos casos los municipales dictan sus propias normas.

Dada la organización federal del país, las provincias tienen su propia normativa para residencias de larga estadía. Un relevamiento llevado a cabo en 2012 demostró la existencia de diferencias sustanciales en las legislaciones provinciales en cuanto a la definición de criterios de habilitación, acreditación y calidad de este tipo de residencias, como se puede observar en el Cuadro 2<sup>44</sup>.

**Cuadro 2. Legislaciones provinciales sobre residencias de larga estadía para personas mayores, 2013**

Provincia	Naturaleza					Define adulto mayor	Requisitos para ingreso	Derechos de los residentes	Función			Prestaciones para personas con trastornos cognitivos	Plazos de ajuste a la norma	Requisitos para la habilitación			Medidas punitivas en caso de incumplimiento
	Públicos	Privados	Mixtas	Con o sin fines de lucro	No menciona				Habilitan	Controlan	Acreditán			Edilicios	De personal	De proyecto institucional	
CABA																	
Buenos Aires																	
Catamarca																	
Córdoba																	
Corrientes																	
Chaco																	
Chubut																	
Entre Ríos																	
Formosa																	
Jujuy																	
La Pampa																	
La Rioja																	
Mendoza																	
Misiones																	
Neuquén																	
Río Negro																	
Salta																	
San Juan																	
San Luis																	
Santa Cruz																	
Santa Fe																	
Santiago del Estero																	
Tierra del Fuego																	
Tucumán																	

Fuente: Roqué y Fassio (2015) con base en normativas provinciales.

La Resolución 612/2015 de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación regula las residencias de larga estadía dependientes de la DINAPAM y cumple con los requisitos de la “Convención interamericana sobre la protección de derechos humanos de las personas mayores” aprobada en 2015. En la resolución se plantean criterios y procesos para su admisión e inclusión en este tipo de residencias. Asimismo se describen sus diversas áreas y las actividades para los residentes, así como las medidas de prevención y para la denuncia de abusos potenciales contra quienes allí viven. También define

<sup>44</sup> Para más detalles sobre la normativa vigente por provincia, véanse Roqué y Fassio (2015).

qué profesionales deben integrar los equipos interdisciplinarios y sus funciones en las residencias.

El PAMI también fija estándares mínimos para la planta física y los servicios que deben ofrecer los proveedores que ese programa financia. Los centros de día deben estar habilitados para su uso comercial por parte de la autoridad competente y, al igual que las residencias, contar con habilitación sanitaria y cumplir con los requerimientos de inscripción ante la Superintendencia de Servicios de Salud. El PAMI realiza inspecciones para fiscalizar el cumplimiento de estos requisitos. Además, la empresa debe estar inscrita en el órgano competente de acuerdo con su jurisdicción, presentar planos y planes de evacuación, y obtener certificación de instalaciones de gas, sanitarias y de electricidad expedida por proveedores matriculados. El PAMI realiza inspecciones de las plantas físicas de sus prestadores al menos una vez por año, mientras que las de los servicios se hacen dos veces al año. En la evaluación se examinan las áreas de administración, medicina, enfermería, nutrición y preventivo-social, así como la planta física. Cabe destacar que, hasta la fecha, los expedientes de estas inspecciones se siguen haciendo en papel y no están informatizados. En caso de incumplimiento, si existe una falla prestacional el PAMI por lo general trabaja con el prestador para revertir la falencia o incorporar mejoras.

Entre los objetivos del “Plan nacional de las personas mayores 2012-2016” (Ministerio de Desarrollo Social, 2013) figura elaborar una normativa única que regule el funcionamiento y los estándares mínimos de calidad en todas las instituciones públicas y privadas de larga estadía del país. Esta es una tarea que está en mora de realizarse.

El carácter descentralizado de los servicios de atención es factor crítico para que no se cuente con un registro público de carácter nacional de instituciones acreditadas de larga estadía para la atención a la dependencia, y tampoco con información sobre los resultados de fiscalización y control. Lo mismo sucede con el registro de otras instituciones que brindan otro tipo de servicios como son los centros o clubes de día. A nivel subnacional se encontró que la CABA tiene su propio registro de establecimientos para personas mayores (Recuadro 2), mientras que la Provincia de Buenos Aires ha normado recientemente la creación de uno. El PAMI, por su parte, publica el nombre de las residencias con convenio, pero todavía no ofrece información sistematizada y accesible al público sobre fiscalización. Para los servicios en domicilio, el PAMI comprueba si la persona adulta mayor que recibe el subsidio para la contratación de un cuidador domiciliario no ha empeorado su condición; esto lo hace a través de visitas de asistentes sociales al domicilio, las cuales se realizan al otorgar y renovar el servicio (generalmente una vez por año).

En el ámbito privado, las organizaciones y personas de la sociedad civil que se dedican a estas actividades de atención formaron, en junio de 2003, la Red Mayor La Plata<sup>45</sup>. Esta cuenta con un registro de proveedores de servicios (residencias de larga estadía, centros de día y servicios en domicilio) de la Ciudad de La Plata oficialmente habilitados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y por las obras sociales (PAMI e IOMA). Esta red, que pretende extenderse a otras ciudades, ha establecido algunos estándares de calidad para los servicios y ofrece la posibilidad de que los usuarios envíen quejas al respecto; estas se canalizan a través de las autoridades competentes. Dentro del ámbito privado, las asociaciones de prestadores pueden cumplir una función importante en lo que se refiere a mejorar la calidad y seguridad en la prestación de los servicios a través de la autorregulación. Esto mediante mecanismos de acreditación de dichas instituciones que contribuyan a mejorar la calidad y seguridad de la prestación de servicios.

---

<sup>45</sup> Véase <http://www.redmayorlaplata.com/>

Como se indicó anteriormente, en el ámbito nacional la DINAPAM tiene a su cargo el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios, donde se publica la oferta de cursos de actualización dirigidos a estos y también información sobre los cuidadores domiciliarios formados para quienes los requieran para la atención de personas mayores. Lo mismo hace la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Recuadro 2).

### ***Otras iniciativas para asegurar la calidad de los servicios***

A través del “Programa de fortalecimiento institucional”, la DINAPAM otorga subsidios para mejorar las condiciones edilicias y de equipamiento de distintas organizaciones que atienden a personas mayores (establecimientos públicos u organizaciones sin fines de lucro) y para fortalecer su capacidad técnica y de gestión con el propósito de mejorar sus servicios de atención. En 2018 se prestó asistencia a 47 organizaciones bajo este programa (Ministerio de Economía, 2018).

### **Financiamiento y presupuesto del sistema**

El financiamiento de los servicios de atención a la dependencia en Argentina es mixto. Por un lado, el PAMI obtiene sus ingresos de las cotizaciones a la seguridad social. En cambio la DINAPAM se financia mediante rentas generales, y sus prestaciones son de carácter asistencial y de promoción, dirigidas fundamentalmente a ciudadanos carentes de recursos. Por su parte, las provincias y municipios utilizan recursos propios.

El PAMI es un ente autárquico y autónomo que cuenta con presupuesto propio para diseñar y ejecutar sus políticas. Los servicios del PAMI (que incluyen atención sanitaria y servicios sociales, entre los que se encuentran los servicios de atención a la dependencia) se financian a través de un sistema de aseguramiento social contributivo sostenido, principalmente en retenciones obligatorias de trabajadores activos, empleadores y jubilados (estas fuentes nutrieron el 72% del presupuesto en 2019, según PAMI, 2019); el resto proviene de transferencias del gobierno nacional y de otros ingresos corrientes. En particular, los trabajadores en estado de dependencia contribuyen al presupuesto general del PAMI con el 3% de su salario y sus empleadores con el 2%; por su parte, los trabajadores independientes aportan el 5% de su ingreso, mientras que los jubilados contribuyen con el 3% de su jubilación o pensión hasta alcanzar el beneficio mínimo previsional. Para aquellos cuyo ingreso es mayor al mínimo, el aporte es un 6%.

Es importante destacar que las contribuciones al PAMI no se dividen entre aportes para financiar los servicios de atención a la dependencia y el resto de los servicios que ofrece el programa. El presupuesto de PAMI de 2019 ascendió a \$199.688 millones de pesos (US\$2.868 millones), que corresponden aproximadamente al 1% del PIB. De este monto, aproximadamente un 5% se asigna a servicios de atención a la dependencia (PAMI, 2019). Cabe destacar que el PAMI paga a los proveedores de servicios públicos y privados según el número de afiliados que reciben servicios de atención. El PAMI se vincula con organizaciones con fines de lucro (centros de día y residencias de larga estadía) a través de contratos de hasta por cinco años renovables, y con las organizaciones sin fines de lucro a través de convenios por única vez que se renuevan automáticamente.

Con un presupuesto mucho más modesto, la DINAPAM se financia con recursos del tesoro nacional. En 2018 su presupuesto ascendió a \$52 millones pesos (US\$747 mil<sup>46</sup>).

---

<sup>46</sup> Dato suministrado por la DINAPAM en octubre 2020. Este valor corresponde al presupuesto disponible en esa entidad para financiar los programas en operación. Su presupuesto total es de \$314 millones de pesos, equivalente a US\$4,5 millones. Esta cifra incluye gastos administrativos y de funcionamiento, entre los que se encuentran los recursos humanos.

## **OTRAS POLÍTICAS PARA LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES**

Fuera de la órbita de los servicios de atención a la dependencia, pero en muchos casos implementadas por las mismas instituciones que operan allí, existe en el país una amplia gama de políticas de salud, soluciones habitacionales y políticas de envejecimiento activo que responden a las necesidades de la población de adultos mayores. Estas se combinan con políticas orientadas a la población con discapacidad, que de hecho a menudo benefician también a las personas mayores que sufren limitaciones, y con otra serie de medidas de protección social orientadas a esta población. En el siguiente apartado se presenta un panorama de este tipo de políticas en el país con sus múltiples subprogramas. Cabe señalar que por lo general estas políticas se originan en situaciones de disponibilidad de financiamiento, sin que necesariamente exista una coordinación entre las instituciones responsables.

### **Políticas de salud enfocadas en las personas mayores**

Argentina cuenta con un sistema de salud público universal y gratuito para toda la ciudadanía. Su organización hace que se produzca una superposición entre el subsistema de oferta pública, el de cobertura obligatoria a través de la seguridad social, y el de la oferta del sector privado (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Los servicios se suministran en forma descentralizada por parte de los gobiernos provinciales y de los prestadores municipales a través de hospitales y centros de salud. Si bien el subsistema de oferta pública es universal, allí la demanda de servicios proviene principalmente de la población de menores recursos. El programa SUMAR brinda cobertura a la población materno-infantil, a los menores y adolescentes de 6 a 19 años, y a las mujeres y hombres hasta los 64 años. Dentro de este subsistema también se encuentra el “Programa médico de atención a beneficiarios de pensiones no contributivas”, dependiente de la ANDIS.

El segundo componente está formado por el subsistema de seguridad social integrado por las obras sociales provinciales, las de las fuerzas armadas y las de las universidades, el PAMI y las obras sociales nacionales; este cubre a aproximadamente el 60% de la población. Las obras sociales nacionales son aproximadamente 300 instituciones que agrupan a los trabajadores formales y proporcionan servicios mediante prestadores propios o redes de prestadores. Las obras sociales provinciales dan cobertura a los empleados públicos y pensionados de las provincias.

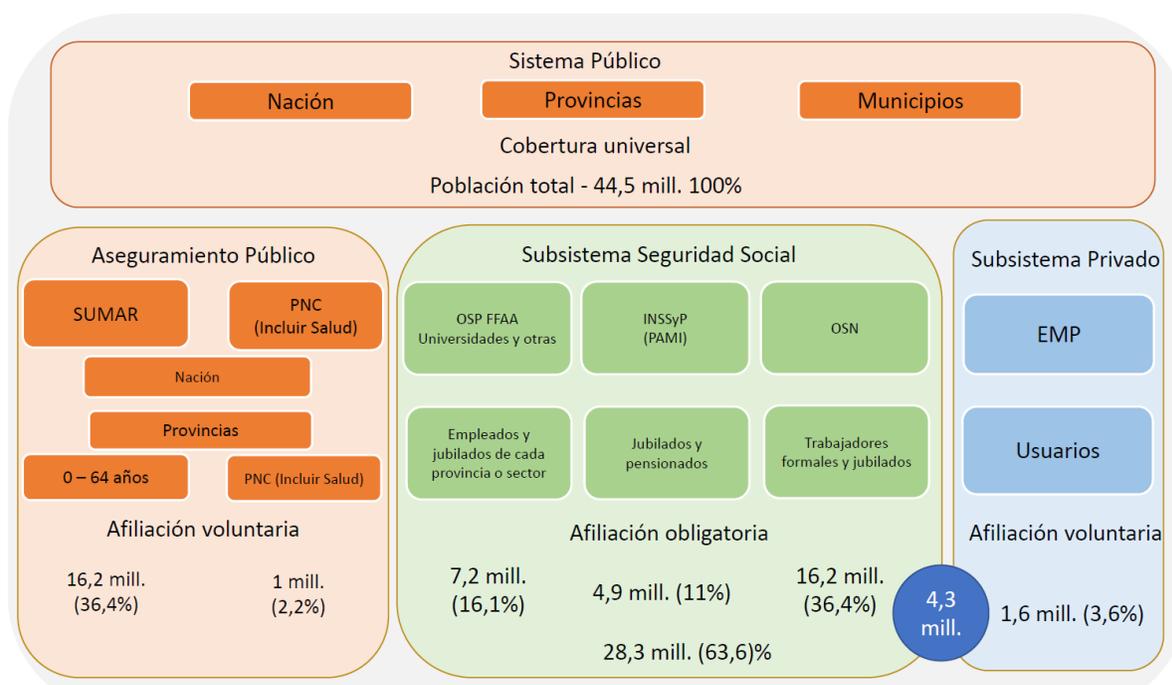
Por último, está el subsistema privado, el cual abarca todos los servicios suministrados por empresas de medicina privada (Diagrama 2).

Dentro del esquema general, la Superintendencia de Servicios de Salud se encarga de definir, costear y dar cumplimiento al Programa Médico Obligatorio (PMO), una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir servicios médico-asistenciales sin carencias o espera, preexistencias o exámenes de admisión. La obligatoriedad del PMO aplica a todas las instituciones nacionales de seguridad social (obras sociales nacionales, sindicales y de personal de dirección) y a las empresas de medicina prepaga, y se utiliza como parámetro de atención, en contenido y precio, para las instituciones de seguridad social provincial.

Como ya se indicó, en este sistema la población de personas mayores es atendida en casi su totalidad por el PAMI, que se constituye como el principal prestador de salud del país, aunque también recibe servicios a través del “Programa de atención médica para beneficiarios de pensiones no contributivas” (conocido como Programa Incluir Salud), de las obras sociales provinciales y de las empresas de medicina privada.

A partir de los diversos planes de inclusión previsional mencionados en la primera sección, la cobertura de salud entre las personas de 60 años o más llegó a ser del 93,5% en 2018, según estimaciones propias con base en la EPHC. Allí se muestra que un 84% de esa población obtiene cobertura a través de una obra social (incluyendo al PAMI), mientras que un 6,5% no tiene cobertura específica, aunque sí acceso al sistema público de salud. Con base en datos administrativos, el PAMI presta servicios de salud y sociales a casi 5 millones de afiliados, que representan el 62% de las personas de 60 años o más del país. Los servicios de salud provistos por este programa a sus afiliados incluyen prevención, tratamiento de enfermedades, rehabilitación, promoción y recuperación. Sobresalen la atención de la salud en los niveles, primario, secundario y terciario, así como el suministro de medicamentos para sus afiliados.

**Diagrama 2. Cobertura del sistema de salud en Argentina, 2018**



Nota: OSP=obras sociales provinciales; OSN= obras sociales nacionales; FFAA= Fuerzas Armadas; EMP= empresas de medicina privada, incluyendo mutuales. Cerca de 6 millones de personas (13%) son atendidas por las EMP, incluyendo 1,6 millones (3,69%) de usuarios con pago directo; el resto deriva aportes desde una OSN para obtener cobertura de las EMP. Como se observa en el Diagrama 2, hay 4,3 millones de personas que están en el subsistema de seguridad social y que también tienen cobertura en el subsistema privado.

Fuente: Elaboración propia adaptado de Cetrángolo y Goldschmit (2018) y con base en datos en línea del PAMI, y de la CADME y el Centro de Investigación de la Fundación Desarrollo Productivo y Tecnológico (2019).

Entre los programas del Ministerio de Salud se destaca el programa de “Promoción de la salud y reducción de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud”. Este tiene por objeto contribuir a la disminución de la morbimortalidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles, priorizando a la población que solo cuenta con cobertura pública. En 2018 se ejecutaron \$21,7 millones de pesos en este programa (US\$311,800)<sup>47</sup> (Ministerio de Economía, 2018). Específicamente, el programa se propone jerarquizar el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud; reducir los factores de riesgo; incrementar el acceso de la población para que se la clasifique según su riesgo sanitario; y proporcionar tratamientos oportunos. Esta estrategia adquiere especial relevancia frente al envejecimiento de la población. En este sentido, las políticas de salud que prioricen la prevención y el retraso de las

<sup>47</sup> Valores a junio de 2020.

enfermedades no transmisibles a través del fortalecimiento de la atención primaria, sumadas a aquellas que fomenten la independencia y el cuidado de las personas mayores, tienen por objeto permitir que los años de vida ganados se transiten con buena salud (OMS 2015). De lo contrario, el envejecimiento de la población podría implicar mayores gastos en salud.

En cuanto al financiamiento, con base en datos de 2015 se estima que el gasto total en salud es cercano a un 10% del PIB. Alrededor de un 3% corresponde al sistema de salud público (en sus distintos niveles) y un 4% a la seguridad social en salud, donde el PAMI concentra un 1% del gasto y el resto correspondería al sector privado, aunque para este no hay cifras exactas (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Estos porcentajes se mantenían hasta el año 2017<sup>48</sup>.

Si bien el PAMI presta servicios integrados de salud y sociales, en el área de salud no existe una clara articulación con los servicios sociales, ni con los de cuidado en particular. Esta articulación permitiría evitar internaciones hospitalarias prolongadas innecesarias, sobre todo en hospitales públicos, reduciendo así los costos del sistema. Dicho esto, debe destacarse que el PAMI cuenta con elementos para impulsar esta integración sociosanitaria de los servicios. La institución ha trabajado desde 2016 en el modelo "Casa Médica PAMI", un abordaje de atención primaria integral de las personas mayores consideradas frágiles y con cronicidad que tiene en cuenta sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La atención de los pacientes es ambulatoria, aunque también se ofrecen cuidados domiciliarios para aquellos que no puedan desplazarse. El modelo trabaja desde un enfoque centrado en la persona y en red con otros niveles de atención de salud, priorizando la continuidad de los cuidados y el uso de tecnologías de la información y la comunicación. Este enfoque permite disminuir el índice de internaciones, reinternaciones, tiempos de estancia médica y consultas de guardia; reduce los efectos dañinos potenciales de una gestión incorrecta de los medicamentos y de la polifarmacia<sup>49</sup>; y logra una mayor satisfacción entre los pacientes. A 2018, esta iniciativa cubría a 2.300 personas<sup>50</sup>.

### **Políticas de envejecimiento activo**

Tanto el PAMI como la DINAPAM tienen programas de envejecimiento activo; igualmente se observan iniciativas desde el Ministerio de Turismo y Deportes. El PAMI tiene una serie de programas preventivos que encajan en la categoría de políticas orientadas al envejecimiento saludable. Bajo el "Programa de promoción y prevención socio-comunitaria: prevenir para seguir creciendo", el PAMI promueve la participación e integración de la persona mayor a través de tres componentes: envejecimiento activo, educación para la salud, y promoción de derechos y ciudadanía de las personas mayores.

El PAMI colabora activamente en el desarrollo de actividades de los más de 5.900 centros de jubilados y pensionados del país mediante la entrega de subsidios. Todas las actividades que estos brindan son gratuitas e incluyen: 1) actividades físicas (deportes, yoga y caminatas, entre otras); 2) actividades culturales (teatro, visitas a museos, música, fotografía y cocina, entre otras); 3) actividades de estimulación cognitiva (talleres para estimular la memoria, idiomas o nuevas tecnologías); 4) actividades de promoción de hábitos saludables y autocuidado (alimentación e información sobre enfermedades crónicas); 5) cursos de promoción de derechos y ciudadanía; 6) actividades recreativas (colonias de vacaciones y turismo), y actividades educativas a través de UPAMI, un espacio universitario para personas mayores totalmente gratuito.

---

<sup>48</sup> Último año para el cual se dispone de información. Los datos pueden encontrarse en el siguiente enlace: <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicaeconomica/macroeconomica/gastopublicoconsolidado>.

<sup>49</sup> El síndrome de polifarmacia se presenta con frecuencia en pacientes geriátricos cuando consumen cinco o más medicamentos simultáneamente, lo cual requiere supervisión del médico a cargo para evitar problemas en estos pacientes.

<sup>50</sup> Presentación en Power Point compartida por el PAMI (2019).

La DINAPAM, por su parte, ofrece una serie de programas adicionales para atender a la población de personas mayores. Entre ellos sobresalen las actividades de promoción de sus derechos, que en 2018 llegaron a 15.713 personas. En el área de servicios preventivos ofrece el “Programa nacional de educación, cultura y comunicación comunitaria de personas mayores”, cuyo objetivo es promover espacios inclusivos culturales, educativos y de comunicación para este segmento etario. Asimismo promueve y difunde el saber gerontológico a través de congresos nacionales e internacionales, jornadas y seminarios, y facilita la transmisión de oficios tradicionales y/o artesanales (relojería, sastrería, zapatería, etc.).

En cuanto al Ministerio de Turismo y Deportes, mediante su “Programa de turismo social para la tercera edad” y del “Programa de miniturismo” del PAMI se logró que más de 72.000 personas mayores vacacionaran en Chapadmalal (Provincia de Buenos Aires), Embalse Río Tercero (Provincia de Córdoba) y en el resto de país. El beneficio comprende una estadía de seis noches con pensión completa y sin cargo para la población mayor de 65 años. El Ministerio también organiza los Juegos Nacionales Evita para personas mayores de 60 años en las siguientes disciplinas: tejo, ajedrez, newcom<sup>51</sup>, tenis de mesa, sapo, danza, pintura y cuentos.

Por último, el “Programa nacional de envejecimiento activo y salud para los adultos mayores” (ProNEAS) del Ministerio de Salud de la Nación apunta a sensibilizar y difundir entre esa población la estrategia de envejecimiento activo y saludable, y a favorecer la promoción de hábitos saludables. La idea es articular las acciones dirigidas a ellos y establecer un modelo de salud integral que mejore su calidad de vida desde el enfoque del envejecimiento activo y saludable, fortaleciendo el acceso a los sistemas de salud y promoviendo su autocuidado e independencia.

### **Políticas para la población con discapacidad**

Las políticas actuales que regulan y protegen los derechos de las personas con discapacidad se encuentran enmarcadas en un conjunto de leyes que se fueron desarrollando en el país, sobre todo en los últimos años. Hacia 1981 se creó el “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas” mediante la Ley 22.431, la cual abarca varios aspectos de la vida social de ese grupo, garantiza ciertos servicios (rehabilitación, participación laboral, seguridad social, educación, y promoción individual y social). Posteriormente, la Ley 24.901 relativa al “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” de 1997 definió las prestaciones en materia de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindar una cobertura integral a las necesidades y requerimientos de esta población. Allí se incluyen la atención en centros de día, en residencias de larga estadía y en el domicilio. Además de los derechos de las personas mayores, la Constitución Nacional contempla el reconocimiento a la igualdad de trato y oportunidades de las que sufren discapacidad. Asimismo, Argentina adhiere a varios tratados internacionales, principalmente a la “Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad” de las Naciones Unidas de 2006 y su protocolo facultativo. Esta se incorpora en la legislación nacional mediante la Ley 26.378 de 2006; en 2014, a través de la Ley 27.044, se le otorga jerarquía constitucional a sus principios.

En 2017 se creó la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), ente autárquico dependiente de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación. La misión de la ANDIS es realizar el diseño, la coordinación y la ejecución general de las políticas públicas en materia de discapacidad; elaborar e implementar medidas tendientes a promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas afectadas por ella; y conducir el proceso de otorgamiento de las pensiones por invalidez

---

<sup>51</sup> El newcom es una especie de vóleybol modificado. En lugar de golpear la pelota para pasarla, se atrapa y se lanza por encima de la red. El objetivo es no dejar caer el balón al suelo.

y las emergentes de las Leyes 25.869<sup>52</sup> y 26.928<sup>53</sup>. El organismo confiere el certificado único de discapacidad (CUD)<sup>54</sup> a quienes la sufran y está a cargo de ejecutar el Plan Nacional de Discapacidad 2017-2022<sup>55</sup>. Este contempla los principios y obligaciones consignados en la Convención, y su objetivo es garantizar mejores condiciones para la autonomía personal, así como la participación e igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. El enfoque del Plan resalta su autonomía para decidir su propia vida, centrándose en eliminar cualquier tipo de barreras que se puedan interponer a una adecuada equiparación de oportunidades. En 2018 se actualizó el protocolo de evaluación para la certificación de la discapacidad.

En su calidad de organismo descentralizado, el financiamiento de la ANDIS proviene parcialmente de los recursos de la Ley 25.730, cuya recaudación está a cargo del Banco Central de la República Argentina en virtud de las multas a los libradores de cheques rechazados por falta de fondos o sin autorización para girar en descubierto o por defectos formales. En 2018, el gasto de la ANDIS ascendió a aproximadamente \$104 mil millones de pesos (US\$1.494 millones), de lo cual el 83,5% se destinó a pensiones no contributivas por invalidez para cerca de un millón de beneficiarios, mientras que el 15,9% se asignó a su atención médica (Incluir Salud). Solo un 0,5% se destinó a acciones de integración o prevención y control de discapacidades.

Por medio del Decreto 95/2018 se modificaron las competencias del Ministerio de Salud. Como consecuencia de ello se suprimió el Servicio Nacional de Rehabilitación y se transfirieron sus responsabilidades y servicios a la órbita de la ANDIS, que también quedó a cargo del “Programa de asistencia y coordinación de políticas sociales” del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, las pensiones no contributivas por invalidez del Ministerio de Desarrollo Social y el “Programa de atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas” (Incluir Salud<sup>56</sup>) del Ministerio de Salud.

En el Plan se describen aquellas políticas y programas orientados a la población con discapacidad que están a cargo de cada ministerio público. Entre los programas ejecutados directamente por la ANDIS se encuentran el “Programa de rehabilitación basada en la comunidad”; el “Programa federal de recreación y deportes”; el “Programa de turismo accesible”, y el “Programa de participación en actividades recreativas, deportivas y físicas”.

Las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y el Estado Nacional deben cubrir el 100% de los gastos de todas las prestaciones que necesite una persona con discapacidad para su correcta habilitación y/o rehabilitación, incluyendo asistencia en el domicilio. Esto será así siempre y cuando: 1) el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad establezca cuál es la cifra en pesos que resulta obligatorio reintegrar por cada prestación; 2) el médico prescriba la prestación que la persona con discapacidad requiere; y 3) la persona tenga el certificado de discapacidad expedido por la ANDIS<sup>57</sup>.

---

<sup>52</sup> En la Ley 25.869 y su modificatoria se estableció un beneficio para aquellas personas con hemofilia que, como consecuencia de haber sido tratadas con hemoderivados entre 1979 y 1995, hubieran resultado infectadas con el retrovirus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), y/o los virus de la Hepatitis B (HBV) o C (HCV), extendiéndolo al cónyuge o concubino y a los hijos infectados.

<sup>53</sup> Mediante esta ley se crea una pensión no contributiva mensual para aquellas personas que hayan recibido un trasplante inscrito o se encuentren en lista de espera para ello. El beneficio equivale a una pensión por invalidez para quienes, dentro de esta población, se encuentren en situación de desempleo forzoso y no cuenten con ningún otro beneficio de carácter previsional.

<sup>54</sup> La población certificada con discapacidad totalizaba 957.610 personas hasta el año 2016 según datos de la página web de la ANDIS, valor muy inferior al que se obtiene de la Encuesta de Discapacidad, donde más de 3,5 millones de personas declaraban tener alguna dificultad en 2018.

<sup>55</sup> Véase el Plan (ANDIS, 2017) en el siguiente enlace: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan\\_nacional\\_discapacidad\\_texto\\_04-2018.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_discapacidad_texto_04-2018.pdf).

<sup>56</sup> Incluir Salud suministra ayuda financiera, hasta el límite de su presupuesto, a todas las provincias de la República Argentina que adhieran al programa con el solo fin de garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los habitantes que posean una pensión no contributiva (PNC).

<sup>57</sup> Para más información, véase <https://www.asdra.org.ar/salud/cobertura-medica-discapacidad>.

## Otras políticas

A través del “Programa de detección de poblaciones vulnerables”, el PAMI desarrolla tres líneas de acción:

- **Programa de detección de poblaciones vulnerables:** Brinda atención sociosanitaria a aquellos beneficiarios pertenecientes a poblaciones socialmente vulnerables residentes en localidades con bajos niveles de acceso a prestaciones médicas y sociales.
- **Probienestar:** Otorga un beneficio complementario para los afiliados en situación de vulnerabilidad sociosanitaria. Originalmente este constaba de un bolsón de alimentos. Debido al COVID-19, este beneficio fue reemplazado por la suma de \$1.600 pesos (US\$23), monto que varía según la modalidad y la zona geográfica, y que se deposita junto con los haberes mensuales del jubilado. Probienestar llega a un total de 550.000 afiliados<sup>58</sup>.
- **Atención sociosanitaria:** Consta de una transferencia de \$45 pesos mensuales (US\$0,65) para afiliados con beneficio previsional nacional con haberes mínimos.

Junto con la DINAPAM, el PAMI también promueve los “Programas universitarios de personas mayores” a través de universidades nacionales, a las cuales presta asistencia técnica y financiera destinada al desarrollo de tales actividades de formación. Por su parte, el Ministerio de Transporte otorga una tarifa social del 55% del costo del trayecto en colectivos, subtes y trenes a jubilados y pensionados de los regímenes contributivos y no contributivos a través de la tarjeta SUBE.

Cabe destacar aquí que, desde 2016, el PAMI ha actuado como articulador y coordinador a nivel nacional del programa Ciudades Amigables de la Organización Mundial de la Salud. Entre las ciudades incluidas figuran Buenos Aires, La Plata y Mendoza. En este marco, el PAMI creó la Red Argentina de ciudades amigables con los mayores. Aquí su labor consiste en invitar a ciudades y municipios a que se unan a la red, para lo cual les brinda asistencia técnica y asesoramiento.

El ANSeS también cuenta con programas orientados a mejorar el bienestar de jubilados y pensionados. Los hay de préstamos personales dirigidos a los miembros de estos grupos y a los destinatarios de la pensión universal para el adulto mayor (Crédito ANSeS); subsidios para el pago de servicios públicos; y subsidios para viajes con la tarjeta SUBE para transporte público terrestre.

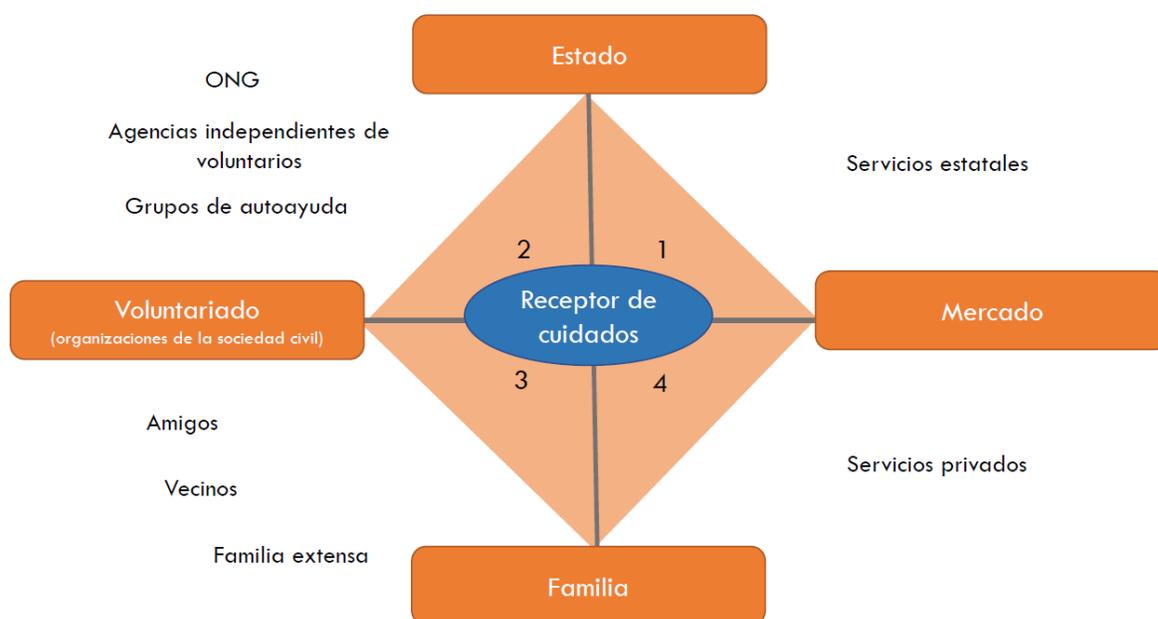
---

<sup>58</sup> Véase <https://www.pami.org.ar/programa-alimentario>.

### 3. OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En esta sección se describe la oferta de servicios de apoyo de largo plazo que existe en el país. Con base en lo que se conoce como el Diamante de Bienestar de Evens, Pilj y Ungerson (1994), y que se presenta en el Diagrama 3, esta oferta comprende: 1) los servicios del Estado, 2) los servicios de índole exclusivamente privada que se pueden adquirir en el mercado, 3) la oferta de servicios no remunerada que prestan los familiares y (iv) los servicios voluntarios. Primero se analizan los cuidados a la dependencia remunerados, para luego abordar la oferta de los no remunerados, teniendo en cuenta que en cada categoría coexisten los diferentes tipos de proveedores que aquí se han mencionado.

**Diagrama 3. Diamante de bienestar en la prestación de servicios de atención a la dependencia funcional**



*Fuente:* Evens, Pilj y Ungerson (1994).

#### SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA REMUNERADOS

En Argentina, la oferta de servicios de atención a la dependencia remunerados se compone básicamente de las residencias de larga estadía (con y sin fines de lucro); los centros y clubes de día; los cuidadores domiciliarios; los servicios de teleasistencia, y otros servicios como por ejemplo el subsidio de contingencia para traslados en caso de necesidad. Aquí también se consideran los servicios orientados a quienes brindan apoyo a las personas con dependencia, sean o no remunerados.

#### Servicios residenciales

Las residencias o instituciones de larga estadía prestan a las personas mayores servicios de forma temporal o permanente, y atención integral, las 24 horas del día en sus instalaciones. Esto incluye alojamiento y un paquete integral de servicios de apoyo para realizar actividades

básicas e instrumentales de la vida diaria. A menudo también ofrecen servicios de salud más complejos. Estas residencias se orientan a personas con un nivel severo de dependencia. Sin embargo, en Argentina también se prestan estos servicios a personas sin dependencia. Según Censo de 2010, en el país existen 3.584 residencias de larga estadía (Roqué y Fassio, 2015). La misma fuente indica que allí vivían 76.627 personas de 60 años o más (1,3% de las personas mayores del país). Esta es una cifra relativamente reducida si se la compara con Europa o Estados Unidos (2 y 5% respectivamente, según los Centers for Medicare and Medicaid Services, 2015), aunque parecida a lo que se observa en otros países de América Latina y el Caribe, donde prevalece una fuerte tradición familiar de cuidado de los mayores. Cabe destacar que un número significativo<sup>59</sup> de estas residencias ha venido trabajando de manera irregular o no registrada. El avance de la pandemia del COVID-19 ha evidenciado la situación crítica de numerosos proveedores que operaban de manera irregular, como se verá más adelante en esta sección.

En 2012 se llevó a cabo un relevamiento de residencias de larga estadía, pues hasta entonces no había más información que la registrada en el Censo de 2010<sup>60</sup>. En el ejercicio de 2012 se recolectaron datos para 1803 de estas (un 50% de las relevadas en el Censo 2010). De ese total, el 35,2% se encontraba en la Provincia de Buenos Aires, un 27% en la región Pampeana Centro, un 11% en la CABA y un 3% en zonas rurales. La mayoría son privadas (74,3%), 14,7% son de gestión pública (provinciales o municipales), un 5,7% son organizaciones de la sociedad civil, y una proporción reducida (5,7%) son residencias de larga estadía con sistema de financiación mixto. Casi un 86% recibe pagos por los servicios y solo 14% son gratuitas. Usualmente tienen cerca de 12 habitaciones y el número de residentes suele ser reducido, pues solo tienen en promedio 29 plazas disponibles en total. La mayoría de estas residencias ofrecen comodidades como radio, TV, calefacción, refrigeración, mobiliario en buen estado y teléfono las 24 horas. Sin embargo, acusan algunas deficiencias como por ejemplo habitaciones sin ventana (16%) o carentes de luz natural (19%). En cuanto a elementos de seguridad se refiere, se identificó la falta de detectores de humo (54%). En cuanto a accesibilidad se encontró que solo un 57% poseía pisos antideslizantes. En lo relativo al personal, tienen en promedio 17 personas (seis profesionales) y el 70% cuenta con un equipo interdisciplinario. En cuanto a los residentes, se observó que un 42% sufría deterioro cognitivo moderado o elevado, un 65% tenía algún grado de dependencia y un 21% una psicopatología. Las principales patologías son hipertensión (71%), diabetes (61%) y las de índole psiquiátrica/demencia (61%).

Muchas de las residencias de larga estadía del sector privado prestan servicios a través del PAMI. Por su parte, las obras sociales nacionales y provinciales brindan cobertura en este tipo de residencias a sus afiliados y se financian por reintegro a partir de un fondo denominado Sistema Único de Reintegros (SUR)<sup>61</sup>.

Tanto el PAMI como algunas obras sociales provinciales financian servicios en residencias de larga estadía. Desde el sector público, la DINAPAM también presta servicios en este tipo de residencias a población vulnerable de forma gratuita; lo mismo hacen los gobiernos provinciales y municipales. Por último, existen residencias puramente privadas y gestionadas por organizaciones de la sociedad civil.

Como parte del “Programa de atención progresiva del adulto mayor”, el PAMI presta servicios a sus afiliados tanto en residencias propias como a través de terceros. En las primeras se albergan afiliados autónomos, sin patologías clínicas y/o psiquiátricas invalidantes, pero en condiciones de vulnerabilidad social y fragilidad personal. A estos se les brinda apoyo y cobertura de necesidades básicas, así como espacios de participación e integración mediante relaciones

---

<sup>59</sup> Dada su naturaleza irregular, es difícil saber exactamente cuántas.

<sup>60</sup> Para más detalles sobre este relevamiento, véanse Roqué y Fassio (2015).

<sup>61</sup> Por Resolución N° 1200/2012 se crea el SUR; esto con el fin de apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud en el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia, alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

asociativas y vinculantes. La idea es que estén socialmente protegidos y que permanezcan durante una estadía prolongada. El programa actualmente cuenta con cinco hogares que ofrecen este tipo de residencia para la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores.

El PAMI tiene un servicio de internación geriátrica a través del cual brinda asistencia integral y personal de carácter transitorio o permanente a afiliados mayores de 60 años –dependientes, semidependientes y/o con grave deterioro psicofísico-- que requieran cuidados intensivos personales y especializados; esto siempre y cuando su grupo familiar no se los pueda proporcionar, cuando no los puedan obtener en el marco de otras alternativas prestacionales, o cuando requieran cobertura parcial o total por carencia de recursos materiales propios y/o de su grupo de convivencia. Las modalidades de prestación en este caso son las residencias de larga estadía del propio PAMI o las privadas con fines de lucro que pueden ofrecer control psiquiátrico o cuidados continuos, de ser necesario, o instituciones de bien público (organizaciones sin fines de lucro en convenio con el PAMI).

Según información pública del PAMI, en 2019 las internaciones de afiliados en instituciones geriátricas cobijaban a más de 21.200 personas mayores. Existe un recambio mensual aproximado de unas 800 personas y una lista de espera de cerca de 2.000. La espera para ser asignado a una residencia de larga estadía es de más o menos tres a cuatro meses. En 2020, el PAMI contaba con 560 de estas residencias bajo convenio<sup>62</sup>, aproximadamente un 18% del total de las censadas en 2010. Esto lo convierte en el principal financiador de este tipo de servicios. Como ya se había señalado, las residencias de larga estadía son el último eslabón de los beneficios para la dependencia y por lo tanto corresponden a los casos más severos. Sin embargo, en las residencias propias del PAMI se atienden por lo general casos de dependencia leve, dadas las dificultades de adaptación edilicia.

En cuanto al financiamiento, el PAMI paga directamente por el servicio y hace un descuento del haber previsional del beneficiario. Esto se considera como un coseguro y depende del nivel socioeconómico del afiliado. El descuento puede ser del 20, 40 u 80% de su haber previsional. El PAMI no da subsidios ni realiza reintegros. En casos excepcionales, según los resultados de la evaluación, y en general para personas de más bajos ingresos, el copago es cero.

Por su parte, la DINAPAM provee asistencia integral gratuita a personas mayores sin cobertura de salud en ocho residencias de larga estadía propias: una en la CABA, seis en el Conurbano Bonaerense y una en el interior de la Provincia de Buenos Aires<sup>63</sup>. En algunas de ellas se realizan talleres culturales sobre danzas de tango y folklore, teatro, pintura y dibujo, y también de musicoterapia. La idea es promover la comunicación, las relaciones, el movimiento, la expresión y otros objetivos terapéuticos relevantes, además de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas mayores residentes.

Al igual que con las del PAMI, estas residencias se consideran como un recurso de última instancia. En el año 2018 este servicio atendía a 233 personas, un poco más de la mitad de las que se atendían diez años antes (Ministerio de Economía, 2008 y 2018). Esta caída puede estar asociada a las sucesivas moratorias previsionales que permitieron el ingreso al PAMI de los nuevos jubilados. En los últimos años se registraron en promedio unas 15 bajas y alrededor de 30 altas de beneficiarios por año.

---

<sup>62</sup> El PAMI brinda los servicios de residencias a través de terceros con los cuales firma convenios para garantizar la atención de sus afiliados. El dato proviene de las autoridades del PAMI y corresponde a octubre de 2020.

<sup>63</sup> En la CABA está el Hogar Isabel Balestra Espindola y Lea Meller Vack. En la Provincia de Buenos Aires están el Hogar Pabellón Residencial José León Suárez; el Hogar Santa Ana; el Hogar San José; el Hogar Eva Perón; el Hogar Pedro Andrés Benvenuto; el Hogar Bartolomé Obligado y Casimira López, y el Hogar Bernardo y Juana Etchart Carricart. Previamente el Hogar General Nicolás Levalle era una de las residencias de la DINAPAM pero fue transferida recientemente al municipio. Para más información, véase <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/hogaresparaadultos>

Según consultas a actores clave en el país, el costo de las residencias de larga estadía depende del tipo de servicios. El precio de las privadas más “lujosas” y con mayor cantidad de servicios oscila entre los \$150-180 mil pesos mensuales (entre US\$2.155 y US\$2.586); las intermedias, que son más pequeñas, menos lujosas y que por lo general tienen convenio con el PAMI, reciben del programa cerca de \$80.000 pesos al mes (US\$1.149). Por último, las más económicas pertenecen por lo general al sector informal (no están registradas) y cobran una cuota mensual de entre \$10 y 20 mil pesos (entre US\$144 y US\$287).

### **Servicios de cuidado domiciliario**

Hoy en día, los cuidados domiciliarios tienen gran importancia en el área de la atención a la dependencia. Entre sus ventajas figura el hecho de que se respeta la preferencia de las personas en cuanto a seguir viviendo en su hogar, se alivia la carga emocional y económica de los cuidadores familiares, y se permite que la institucionalización sea la última alternativa. En estos servicios, el asistente personal apoya a la persona mayor en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en su domicilio. Además, pueden incluir servicios de ayuda para la realización de tareas domésticas y compra de alimentos. Generalmente se enfocan en personas con un nivel de dependencia moderado o leve (Aranco e Ibararán, 2020).

Según la ENCaViAM, solo un 16% de las personas de 60 años o más que necesitan ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria recibe ayuda de un cuidador especializado (3,4%) o de un empleado doméstico/cuidador no especializado (12,2%). En el caso de las mujeres, esta proporción asciende al 18,9% y es considerablemente superior a la de los hombres (6,9%). Esta proporción sube a medida que aumenta la edad, siendo del 26,5% en el caso de las mujeres de 80 años o más, un fenómeno que seguramente está vinculado a su mayor sobrevivencia.

Cuando se analiza el uso de la asistencia a domicilio por quintil de ingreso, se observa que el apoyo por parte de empleados domésticos o cuidadores no especializados se da principalmente en las clases media y alta (quintiles 3, 4 y 5) (14% y 4,4% respectivamente, comparado con 9% y 1,5% entre las de menores ingresos). La posibilidad de contar con un cuidador especializado parece ser solo un privilegio del quintil más alto para los dos sexos (10% de las personas mayores que se encuentran en este quintil cuentan con este tipo de ayuda versus 1,5% en los quintiles más bajos).

Con base en datos de la misma encuesta, solo un 18% de las personas de 60 años o más que necesitan ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria la recibe de un cuidador especializado (1,5%) o de un empleado doméstico/cuidador no especializado (16,7%). En cuanto a la ayuda para las actividades básicas, se observan resultados parecidos en materia de género, edad y quintil de ingreso. En el quintil 5, casi un 29% recibe ayuda de un cuidador especializado o de un empleado doméstico/cuidador no especializado, mientras que la cifra para el primer quintil es de 1,9%.

A nivel del sector público nacional, solo el PAMI, a través del “Programa de atención progresiva del adulto mayor”, brinda un subsidio de atención domiciliaria (Decreto 599/06) para la contratación de un cuidador que colabore con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria según el nivel de autonomía funcional del destinatario. El subsidio se otorga a través del ANSeS, que está a cargo de transferir este monto, junto con el haber jubilatorio del beneficiario. Entre las tareas del cuidador domiciliario figuran la ayuda en actividades domésticas, de índole sanitaria, personales y socioculturales. El subsidio intenta minimizar situaciones que impliquen un riesgo de pérdida de independencia y la recuperación de capacidades funcionales. En 2018, este servicio atendía a aproximadamente 130.000 beneficiarios (PAMI, 2019). El beneficio varía según las necesidades del destinatario y su evaluación sociosanitaria, y tiene un tope de \$8.500 pesos (US\$122), muy por debajo de lo que un cuidador gana en el mercado.

Dado que la demanda excede la oferta de cuidadores idóneos disponibles en el Registro Nacional de Cuidadores de la DINAPAM, y a pesar de que el PAMI prioriza la contratación de personal preparado, muchos de quienes cumplen estas funciones no están debidamente formados en cuidados (en algunos casos son enfermeras, terapistas ocupacionales, etc.) o carecen de capacitación específica. Desde su origen y hasta 2013, cuando se reglamentó la actividad de los cuidadores junto con la de los empleados domésticos, se exigía la factura de servicios para asegurar que se hubiera cumplido con la prestación, así como el recibo de cobro por parte del cuidador. A partir de entonces, la constatación de la prestación del servicio y su calidad se hace a través de visitas de un asistente social a las personas mayores.

Como se indicó, este subsidio no cubre la totalidad del costo del cuidador y por ello se han producido numerosos reclamos. No obstante el hecho de que el monto se ha ido incrementando gradualmente, todavía es insuficiente. Al mes de marzo de 2020, el valor asignado era como mínimo \$2.500 pesos (US\$36) y hasta un máximo de \$8.500 pesos (US\$123). La insuficiencia del subsidio hizo que, en general, las familias solicitaran montos adicionales por excepción, llegando a recibir hasta \$35.000 pesos (US\$507). Según la escala salarial vigente a partir de mayo de 2020 para los empleados domésticos, un cuidador domiciliario de personas mayores debería ganar entre \$20.000 y \$22.000 pesos mensuales (US\$290 y US\$318)<sup>64</sup>, de lo cual se deduce que incluso el monto máximo de \$8.500 pesos otorgado como subsidio por el PAMI no cubre ni el 50% del costo.

Por último, algunas obras sociales nacionales o provinciales ofrecen servicios en el domicilio. IOMA, la obra social de la Provincia de Buenos Aires es un ejemplo. Entre una población de 2,5 millones de afiliados a ella, 400 mil son personas mayores, de las cuales aproximadamente 2000 --en su mayoría mujeres con demencia o con problemas de movilidad reducida-- reciben servicios de un cuidador domiciliario. Como parte de estos servicios, IOMA financia el costo de un cuidador domiciliario para que asista, apoye y/o supervise a las personas mayores en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria hasta durante 24/7 los 365 días al año. El tope de facturación a IOMA por cuidador es de 12 horas por día, seis días a la semana. IOMA paga un monto fijo de \$103 pesos por hora, bien sea directamente al cuidador o como reintegro al afiliado. Esta función de asistencia pueden hacerla los cuidadores registrados en la DINAPAM, auxiliares gerontológicos de discapacidad o de familia, enfermeros o acompañantes terapéuticos con certificaciones avaladas. La diferencia entre el subsidio de IOMA y el salario del cuidador la cubre el afiliado. IOMA también ofrece la opción de internación domiciliaria para los casos crónicos. Desde el sector privado, firmas como Emergencias<sup>65</sup>, SYGMA Servicios Integrales<sup>66</sup> o Permanencia<sup>67</sup> brindan servicios domiciliarios para realizar actividades de la vida diaria. También se ofrecen servicios de acompañante de salud para internaciones, post internaciones o atención en domicilio como los de Vittal<sup>68</sup>, por ejemplo.

### **Servicios en centros de día**

Los servicios en estos centros se brindan en instalaciones que no incluyen alojamiento. Estos se enfocan en la realización de actividades preventivas y recreativas y no en brindar apoyo para realizar tareas de la vida diaria; por lo tanto, en muchos casos se utilizan como complemento a los servicios en el domicilio. Su población destinataria son personas con dependencia leve o sin

---

<sup>64</sup> El ingreso por hora según la normativa oscila entre \$155,5 pesos (equivalente a un salario mensual de \$19.777 o US\$284) y \$174,6 (\$22.039 al mes o US\$316) cuando el cuidador vive en el hogar en el que presta servicios. Estos trabajadores cuentan con las garantías para la protección de la maternidad en el trabajo, y licencias por fallecimiento de cónyuge, padres o hijos. Además, el empleador tiene la obligación de contratar un seguro de riesgos de trabajo. Por otro lado, reciben del Estado asignaciones no contributivas (la asignación universal por hijo o AUH y por embarazo), cuando corresponde.

<sup>65</sup> <https://www.emergencias.com.ar/salud-y-estado/cuidados-domiciliarios>.

<sup>66</sup> [https://www.sygmaservicios.com.ar/?page\\_id=36](https://www.sygmaservicios.com.ar/?page_id=36).

<sup>67</sup> <https://www.permanencia.com.ar/>.

<sup>68</sup> <http://www.vittal.com.ar/servicios-adicionales/acompanantes-salud-siempre/>.

dependencia. Sin embargo, en muchos casos reciben a personas mayores con grados más elevados de dependencia por falta de oferta de servicios más especializados.

En la órbita del “Programa de atención progresiva del adulto mayor”, el PAMI contaba con dos servicios diurnos para atender a las personas mayores: los clubes de día y los centros de día. El servicio de club de día se descontinuó a partir del año 2020. La atención en los centros de día constituye el primer eslabón de los servicios y, al igual de la que se presta en el domicilio, se centra en la dependencia funcional o cognitiva leve o moderada.

El club de día del PAMI era un ámbito de participación, prevención e inclusión social para personas mayores con dependencia leve y vulnerabilidad social. Estos clubes funcionaban con estancia diurna, y actividades de estimulación y alimentación. El PAMI exigía que al menos se brindaran dos talleres por día e incluía el suministro de alimentos para los asistentes. Se los implementó mediante el fortalecimiento institucional de organizaciones comunitarias y gestión asociada con los gobiernos locales. En 2019 los clubes atendieron a unas 3.200 personas (PAMI, 2019) en cerca de 1.052 establecimientos (CEPAL, 2016).

Por su parte, el centro de día del PAMI es un espacio terapéutico de contención social y estimulación diurna integral donde se desarrollan actividades de prevención, atención y rehabilitación dirigidas a mejorar la autonomía personal y la independencia de los asistentes. El servicio está dirigido a personas mayores en situación de dependencia funcional o cognitiva leve o moderada; allí se les administran los medicamentos a través de un servicio de enfermería. En estos centros también se llevan a cabo dos actividades diarias de estimulación.

En algunos casos, y ante la falta de residencias de larga estadía en algunas localidades, las personas mayores con altos niveles de dependencia terminan recibiendo los servicios en esos centros. La atención se ofrece ocho horas al día cinco días a la semana con un costo para el PAMI de \$17.235 pesos anuales (US\$248) a diciembre de 2019. Para el afiliado el servicio es gratuito, una vez autorizado por el PAMI. En todo el país, el PAMI actualmente ofrece prestaciones en 318 centros de día (PAMI, 2019), además de los servicios que proporciona a través de los más de 5.900 centros de jubilados y pensionados de la sociedad civil.

Por último, las obras sociales nacionales y provinciales también dan cobertura en centros de día a sus afiliados y se financian con base en reintegros, lo cual significa que el costo está a cargo del paciente y la obra social devuelve el monto pagado al presentar la documentación correspondiente. Por ejemplo IOMA, la obra social de los empleados de la provincia de Buenos Aires, presta servicios en centros de día para personas mayores con dependencia en instituciones con o sin convenio.

## **Servicios de teleasistencia**

Los servicios de teleasistencia se prestan en forma remota a través de tecnologías de comunicación. Se suelen considerar como un complemento a los servicios en el domicilio, puesto que por su naturaleza no intervienen en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Están usualmente dirigidos a personas con dependencia leve y/o con enfermedades crónicas. Llevan más de diez años operando en el país.

Desde la sociedad civil, la Cruz Roja Argentina<sup>69</sup> ofrece el servicio de teleasistencia. Este consta de un instrumento de comunicación verbal a distancia (empleando la tecnología manos libres), a través de una línea telefónica y un dispositivo informático (pulsera, collar o terminal). Con ello se proporciona asistencia personalizada de forma inmediata las 24 horas, solo con apretar un botón.

---

<sup>69</sup> <https://cruzroja.org.ar/cruzrojatecuida/>.

La teleasistencia es una solución innovadora y de bajo costo para el acompañamiento remoto de personas mayores. En un esfuerzo mancomunado con la Cruz Roja Argentina, el Municipio de Tigre, en la Provincia de Buenos Aires, instaló el servicio para las personas mayores que viven solas y en marzo de 2019 contaba con 30 beneficiarios<sup>70</sup>.

En el sector privado existen empresas de capital nacional que ofrecen servicios de teleasistencia domiciliaria en la Ciudad de Buenos Aires y en algunas del interior. Estas utilizan dispositivos similares al de la Cruz Roja y sus destinatarios son personas mayores que quieran seguir viviendo en su hogar y se encuentren en situación de dependencia. La asistencia incluye realizar llamadas regulares al usuario para familiarizarlo con el uso del dispositivo, atender dudas sobre el funcionamiento del servicio, y mantener un contacto permanente. Otras incorporan la compra de medicamentos de venta libre o el envío de recordatorios de eventos médicos (turnos, o cumplimiento de tratamientos) y sociales o entregan reportes personalizados acerca del estado del paciente con novedades sobre su salud física y mental. Un servicio de este tipo puede costar cerca de \$1.900 pesos al mes (US\$27 dólares).

### **Servicios para las personas que brindan servicios de apoyo**

Los servicios para quienes brindan apoyo a las personas mayores incluyen formación, asesoría y respiro. Estos últimos consisten en relevar temporalmente al cuidador familiar para que descanse. Dado que la familia –por tradición o por opción-- cumple un papel fundamental en la prestación de estos servicios, incluso en los sistemas de cuidados más desarrollados, existe la necesidad de proteger a sus miembros. Esto sucede especialmente en el caso de las mujeres que prestan cuidados y que requieren medidas compensatorias para disminuir los efectos de esta labor en su desarrollo personal o profesional, y en su propia salud. En el país, tradicionalmente han sido las mujeres de generación intermedia, es decir, las que cuidan a la vez de sus hijos y de sus padres, las que han asumido estas tareas. Sin embargo, cada vez hay más mujeres de edad avanzada a cargo de esta labor.

Muchos cuidadores familiares o informales no poseen la capacidad específica necesaria para prestar la asistencia y a menudo se sienten culpables por no atender las necesidades de la persona mayor de manera adecuada. En respuesta, la DINAPAM ha elaborado manuales gratuitos para cuidadores domiciliarios y una guía de autocuidado, ambos disponibles en línea<sup>71</sup>. También ha elaborado un manual de cuidado paliativo para casos extremos y, de manera conjunta con el Instituto Nacional de Tecnología Industrial, ha producido una guía<sup>72</sup> para la fabricación de productos de apoyo que favorezca la independencia en la vida diaria.

Desde el sector privado, existe una gama de servicios de consejería, especialmente en los centros de jubilados. Por ejemplo, en Fundación Ineba<sup>73</sup> tiene un programa para preservar el bienestar de los familiares que cuidan a personas que presentan deterioro cognitivo. Este cuenta con dos herramientas: una entrevista de evaluación psicosocial del cuidador familiar donde se le ofrece orientación, y un ciclo de charlas gratuitas a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales. Estos proporcionan información específica sobre las enfermedades que causan deterioro cognitivo; estrategias de manejo de síntomas, estado de ánimo y estrés; y técnicas de comunicación y alimentación, entre otras. El Hospital Italiano, por su parte, dicta a los afiliados a

---

<sup>70</sup> <http://www.tigre.gov.ar/novedades/detalle/24>

<sup>71</sup> Los manuales y la guía se encuentran disponibles al público en la Biblioteca del Ministerio de Salud y Desarrollo Social <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/manual-de-cuidados-domiciliarios-N--11.pdf>.

<sup>72</sup> La guía esta disponible en el siguiente enlace: <http://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/PRODUCTOSDEAPOYO.pdf>

<sup>73</sup> <https://www.ineba.net/acerca-de-la-fundacion>.

sus planes de salud talleres para cuidadores de familiares con demencia y ha preparado un manual para ellos (González Salvia y colaboradores, 2013)<sup>74</sup>.

### **Transferencias monetarias**

Bajo el “Programa de atención progresiva del adulto mayor”, el PAMI otorga subsidios económicos con el propósito de paliar situaciones de crisis sociosanitaria. Este componente del programa ofrece contención técnico-profesional por parte de equipos interdisciplinarios, así como servicios asistenciales o recursos económicos orientados a cubrir necesidades básicas de subsistencia a afiliados de alta y media vulnerabilidad. Los subsidios incluyen el pago de servicios, alquiler, refacción de vivienda, traslados por razones sociales, beneficio alimentario (bolsón de alimentos o leña para cocinar). Los subsidios de mayor alcance son la asistencia alimentaria, la ayuda para el pago de impuestos o servicios y apoyo para el pago de alquiler. Cabe notar que la cobertura de estos es muy baja si se considera el total de los afiliados al PAMI.

### **PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR DE CUIDADOS REMUNERADOS**

Según estimaciones basadas en la ENCaViAM 2012 (INDEC, 2014a), de las personas mayores de 60 años que necesitan apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria, un 15,6% contrata estos servicios en el mercado: 12% recibe ayuda de un empleado doméstico o cuidador no especializado y solo 3,4% la recibe de uno especializado. De las personas que necesitan ayuda de otros para realizar actividades instrumentales, un 18% contrata los servicios en el mercado: 17% recibe servicios mediante la contratación de un empleado doméstico o cuidador no especializado y solo un 1,4% lo hace a través de uno especializado (Figura 15). La atención a través del mercado es levemente superior para los grupos de edad más avanzados.

Como se mencionó anteriormente, Argentina muestra avances hacia la formalización del trabajo en el área de cuidados. En 2013 se creó el “Régimen especial de contrato de trabajo para el personal de casas particulares”, con el propósito de formalizar a un sector históricamente relegado. Dentro de este régimen existe la categoría "asistencia y cuidado de personas", que comprende la atención no terapéutica para personas enfermas, discapacitadas, niños, adolescentes y personas mayores.

### **SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA NO REMUNERADOS**

Entre los servicios no remunerados se encuentran las residencias de larga estadía de la DINAPAM. Allí se ofrecen servicios en forma gratuita a la población vulnerable, aunque su cobertura es actualmente muy reducida. Desde el sector privado sin fines de lucro, diversas instituciones ofrecen cursos de capacitación o charlas gratuitas. Tal es el caso de la Fundación A.L.M.A.<sup>75</sup>, que dicta talleres y charlas, y tiene grupos de apoyo para personas con demencia y sus familiares, además de que presta asesoramiento legal. La Asociación Mutual Israelita Argentina<sup>76</sup>, por su parte, provee servicios de bolsa de trabajo para cuidadores domiciliarios.

Cabe notar, sin embargo, que las fuentes principales de servicios de atención y asistencia para las personas mayores en Argentina son voluntarias e informales, en la medida en que los cuidados provienen principalmente de las mujeres de la familia. Según la ENCaViAM, el 77% de las personas de 60 años o más con dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria habitualmente reciben ayuda de un familiar. Esto sucede particularmente en el caso de los hombres (88%). En cambio en el caso de las mujeres, aunque también son atendidas de manera

<sup>74</sup> El manual está disponible en el siguiente enlace: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_archivos/13/Notas\\_PDF/13\\_Alzheimer nuevocorte.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/13/Notas_PDF/13_Alzheimer nuevocorte.pdf).

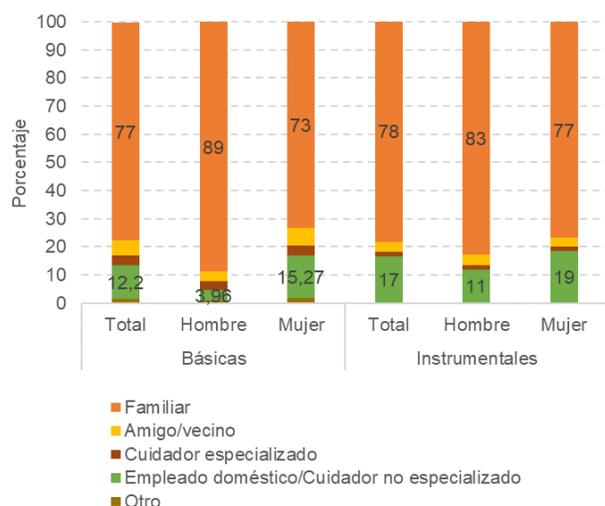
<sup>75</sup> <https://www.alma-alzheimer.org.ar/>.

<sup>76</sup> <https://amia.org.ar/amiasocial/asistentes-gerontologicos/>.

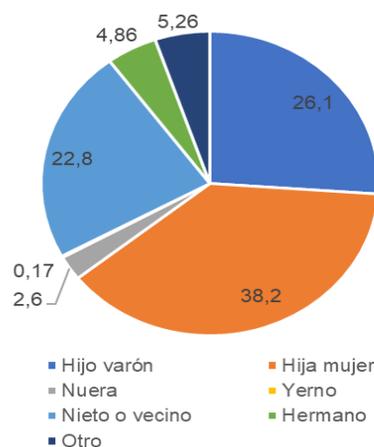
preponderante por algún familiar (73%), sus cuidados se comparten con empleados domésticos o cuidadores no especializados (15%). En lo que concierne a las personas mayores que necesitan asistencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria<sup>77</sup>, esta también proviene generalmente (78%) de la familia (Figura 15).

La ENCaViAM indica que aproximadamente 4 de cada 10 personas mayores por lo general reciben ayuda de un familiar<sup>78</sup>, y que el tipo de ayuda más frecuente es el acompañamiento en casa (31%) y a lugares fuera del sitio de residencia (24%). Por otro lado, según la misma encuesta la fuente primaria de apoyo y asistencia de las personas mayores fuera del hogar es la familia, en particular los hijos (64,3% de los casos), y en especial las mujeres (38,2%), seguidos de los nietos y los vecinos (22,8%) (Figura 16).

**Figura 14. Personas que ayudan con actividades de la vida diaria a los adultos de 60 años o más en Argentina por tipo de actividad, 2012**



**Figura 15. Porcentaje de población de adultos de 60 años o más que recibe habitualmente ayuda de algún familiar o conocido que no vive con ellos por tipo de vínculo, 2012**



Fuente: Estimaciones propias con base en INDEC (2014a).

## ADAPTACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO EN RESPUESTA AL COVID-19

Desde el inicio de la pandemia del COVID-19 se comprobó que el grupo de edad más vulnerable al virus es el de las personas mayores. Estas se enfrentan a un riesgo más elevado por su inmunidad reducida y porque su probabilidad de padecer enfermedades crónicas o comorbilidades como la diabetes, el cáncer o la hipertensión es mayor. Por ello, en caso de contraer el virus, la probabilidad de sufrir complicaciones severas, o incluso de morir, es considerable.

En Argentina, como primera medida para prevenir el contagio se dispuso la cuarentena obligatoria nacional para la totalidad de la población. Con el transcurso del tiempo se fueron tomando medidas específicas para proteger a las personas mayores. Mas allá de la respuesta en el área sanitaria --detección de casos, diagnóstico temprano en personas mayores y derivación oportuna a centros de salud, entre otras medidas--, el sector de servicios de atención

<sup>77</sup> Para una definición de estas actividades, véase la primera sección.

<sup>78</sup> En las labores del hogar, alcanzándoles objetos que puedan necesitar (comida o ropa, por ejemplo), pasan el rato con ellos, haciéndoles compras o mandados con dinero en efectivo, o pagando algunos de sus gastos, y acompañándolos en sus salidas.

a la dependencia ha cobrado especial visibilidad en este contexto, y se han puesto en evidencia sus falencias. Además, la disminución de la consulta ambulatoria debido al cierre de algunos servicios por la cuarentena puede traducirse en falta de controles y tratamientos postergados, lo cual tiene un posible impacto adverso en la salud de las personas mayores. Sin embargo, en la mayoría de los servicios se han tomado medidas tendientes a paliar esta situación, como se detalla en los siguientes apartados.

## Residencias de larga estadía

Las residencias para personas mayores constituyen un foco de contagio potencial muy peligroso; de hecho, en países como España<sup>79</sup> y Estados Unidos<sup>80</sup> estas residencias registran altas tasas de contagio, seguidas de la muerte de sus ocupantes.

En las residencias de larga estadía de personas mayores, los principales problemas encontrados son la falta de recursos económicos para hacer frente a las necesidades crecientes de infraestructura, insumos de protección o bioseguridad (guantes, barbijos, cofias y camisolines), limpieza, diagnóstico, y recursos humanos calificados para llevar a cabo las tareas de cuidado que exige la pandemia. La carencia de infraestructura adecuada imposibilita en muchos casos el aislamiento de pacientes, lo cual favorece el contagio. En muchos casos, el personal hace turnos en distintos centros, lo cual también supone un mayor riesgo de propagación del virus. Además, las residencias no siempre tienen la capacidad de cumplir con los protocolos impuestos por el Ministerio de Salud para el control de la pandemia. Un punto importante para tener en cuenta es que, como se indicó anteriormente, hay un número elevado de estas residencias que ofrecen servicios a personas mayores de manera irregular (sin registro), de modo que su control queda por fuera del alcance de las autoridades.

El 24 de marzo de 2020 se registró la primera muerte de una persona mayor internada en una residencia de larga estadía de la Ciudad de Buenos Aires, lo cual ocasionó el traslado de todos los ocupantes del centro hacia establecimientos de salud para su aislamiento y cuidado<sup>81</sup>. También se han registrado casos y muertes de personas mayores en residencias en distintos puntos del país. A mediados de mayo, según la prensa local había por lo menos 29 muertos y más de 140 contagiados en residencias de personas mayores en todo el país.

El Ministerio de Salud de la Nación desarrolló una herramienta digital de gestión de pacientes en hogares y residencias de larga estadía para personas mayores<sup>82</sup>. Esta permite fortalecer la red provincial de establecimientos de salud; conocer las características de la población mediante una historia clínica que facilita la evaluación gerontológica; monitorear la disponibilidad y utilización de camas en estas instituciones, y gestionar traslados a centros de salud en función de la situación sanitaria de la persona mayor. El Ministerio transfiere la totalidad del sistema en la modalidad de fuente abierta (*open source*) de propiedad intelectual --lo cual incluye códigos fuentes y bases de datos-- a todas aquellas instituciones que quieran utilizarlo. La herramienta es informativa y su uso no es obligatorio. También ha expedido recomendaciones para la prevención y abordaje del COVID-19 en residencias para personas mayores y un plan de contingencia frente a la presencia de contagios<sup>83</sup>.

Por su parte, el PAMI envió el primer protocolo sobre residencias a nivel nacional el 7 de marzo de 2020. Este fue consensado con expertos europeos con base en su experiencia hasta el

---

<sup>79</sup><https://elpais.com/sociedad/2020-04-15/al-menos-11600-personas-han-muerto-en-residencias-de-servicios-sociales-por-coronavirus.html>.

<sup>80</sup> <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/09/care-homes-across-globe-in-spotlight-over-covid-19-death-rates>

<sup>81</sup> <http://www.redmayorlaplata.com/los-hogares-geriatricos-afectados-por-la-pandemia/>.

<sup>82</sup> Para más información ver: [https://socialdigital.iadb.org/es/covid-19/health/soluciones-digitales/5209\\_](https://socialdigital.iadb.org/es/covid-19/health/soluciones-digitales/5209_)

<sup>83</sup> Las recomendaciones se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-03/covid-19-recomendaciones-residencias-adultos-mayores.pdf>.

momento. Para la elaboración de estos protocolos, que se encuentran en permanente actualización en su página web<sup>84</sup>, se creó una comisión de expertos. El PAMI puso a disposición del sector no solo información y recomendaciones para residencias de personas mayores con sospecha o confirmación de casos de COVID-19, sino también para centros de día, sus afiliados, sus trabajadores, y sus agencias y médicos de cabecera; centros de rehabilitación e instituciones de salud mental, sus prestadores propios y también los que se ocupan de la atención domiciliaria integral; y para prestadores de cuidado a personas con Alzheimer y otras demencias. Además, el PAMI restringe el acceso de visitas a las residencias y puso en marcha el “Módulo Covid”, un pago extraordinario para que allí se compren los materiales de protección personal recomendados por Ministerio de Salud. Cabe recordar que, a octubre de 2020, el PAMI tenía convenios con un total de 560<sup>85</sup> residencias del total de 3.584 relevadas en el Censo 2010.

Otras jurisdicciones a cargo de la regulación, como el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires<sup>86</sup> y la provincia de Mendoza<sup>87</sup>, también crearon sus propios protocolos para la prevención y el manejo de casos, la derivación geriátrica y el manejo de contingencias en residencias.

Como se mencionó anteriormente, el impacto del COVID-19 ha puesto en evidencia la cantidad de servicios que se prestan de manera irregular, sin registro, y sin que las instituciones del sector público que regulan el sector conozcan su situación. Cabe insistir en que las autoridades cuentan con poca información, incluso acerca de las residencias habilitadas.

El Gobierno de la Provincia de Buenos Aires sancionó recientemente la Ley 15.071<sup>88</sup> mediante la cual se declara la emergencia sanitaria en los geriátricos de gestión pública y privada ubicados en su jurisdicción como consecuencia de la pandemia. La norma establece que se deberá iniciar un proceso de empadronamiento, relevamiento y fiscalización complementario de los establecimientos, regularizando progresivamente a todos aquellos que no cuenten con habilitación vigente. Asimismo, durante dicho proceso, el Ministerio de Salud bonaerense podrá permitir “el funcionamiento excepcional, precario y transitorio por un plazo que en ningún caso podrá exceder el de la emergencia social, económica, productiva y energética” (Ley 15.165). Dicha emergencia fue aprobada en diciembre de 2019. Además, el mismo Ministerio determinará el procedimiento a seguir en aquellos casos en que se verifique que no se cumplen las condiciones mínimas de permanencia y por lo tanto deba procederse a su clausura definitiva y al traslado de las personas mayores a otros establecimientos.

También se creó el “Programa geriátricos de la provincia de Buenos Aires”, cuyo propósito es promover el fortalecimiento y desarrollo de esos centros, tanto de los públicos como de los privados. El programa contempla además la posibilidad de otorgar subsidios para su fortalecimiento y desarrollo. Por último, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires aprobó la implementación periódica de pruebas rápidas de COVID-19 para el personal de las residencias, con el objeto de detectar en forma precoz casos activos que puedan generar contagios masivos, aunque aún está pendiente su instrumentación.

## **Servicios de asistencia en el hogar**

Los proveedores de servicios de asistencia en el hogar para personas mayores, a cargo de mujeres en la mayoría de los casos, quedaron en una situación de especial vulnerabilidad debido a la pandemia. Por un lado, estas personas han tenido que asumir una carga adicional de trabajo

<sup>84</sup> Para más información, véase la página web del PAMI en <https://www.pami.org.ar/saberesprevenir>.

<sup>85</sup> Dato provisto por autoridades de PAMI.

<sup>86</sup> Los protocolos están disponibles en el siguiente enlace: <https://www.buenosaires.gov.ar/coronavirus/protocolo-de-manejo-frente-casos-sospechosos-y-confirmados-de-coronavirus-covid-19-residencias-geriatricas>.

<sup>87</sup> Los protocolos están disponibles en el siguiente enlace: <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2020/04/ANEXO-XIII-Recomendaciones-para-la-Prevencion%C3%B3n-y-Abordaje-de-COVID-19-en-Residencias-de-Adultos-Mayores.pdf>.

<sup>88</sup> El texto completo de la Ley 15.071 se encuentra en <https://normas.gba.gov.ar/documentos/02JA9gFG.html>.

no remunerado en su hogar por cuenta del cuidado y/o educación de los hijos (debido al cierre de las escuelas), de la atención a las personas mayores a su cargo, y también como consecuencia de la necesidad de aumentar los estándares de higiene en su hogar y cumplir con otras tareas domésticas. Lo mismo ha ocurrido con su trabajo remunerado por fuera del hogar, cuya carga se ha incrementado debido a las precauciones que implica la pandemia. En esas circunstancias también están más expuestos al riesgo de contagio del virus tanto en sus trayectos hacia y desde su sitio de empleo, como en los establecimientos donde desempeñan sus labores. El hecho de que a menudo trabajen para más de un empleador aumenta sus riesgos. A ello se suma la incertidumbre sobre el pago de su salario ante las dificultades financieras que afrontan sus empleadores, especialmente en el caso de aquellos trabajadores que no tienen contrato formal<sup>89</sup>.

En abril de 2020 el gobierno nacional estableció un ingreso familiar de emergencia de \$10.000 pesos (US\$143), una transferencia en efectivo por una sola vez (pagada en mayo) para proveer ayuda financiera a ciertos grupos de la población. Luego se extendió su vigencia a un pago adicional en el mes de junio. En el momento de concluir este documento se estaba analizando la realización de un tercer pago. Dicho beneficio cubre, entre otros destinatarios, a los trabajadores del “Régimen especial de contrato de trabajo para el personal de casas particulares”, el cual abarca a todos los cuidadores, independientemente de su situación en términos del registro de la actividad laboral. El acceso a este beneficio tiene algunas restricciones de focalización: 1) el ingreso mensual del hogar de los últimos seis meses debe ser inferior a dos salarios mínimos (\$33.750 pesos en total, equivalente a US\$483 dólares); 2) se establecen excepciones al consumo con tarjeta de crédito; 3) la obtención de rentas financieras no debe superar un monto determinado; y 4) no se pueden recibir otros planes sociales o pensiones de ningún nivel de gobierno, entre otras.

Asimismo, los cuidadores se beneficiaron de un bono extraordinario equivalente al 100% de una asignación universal por hijo (AUH) o por embarazo en el mes de abril de 2020 (efectivo en mayo). Mas allá de esta medida, y aunque recientemente se incorporó una sección de información para cuidadores en la página del Registro Nacional de Cuidadores de la DINAPAM<sup>90</sup>, el soporte a los informales ha sido insuficiente en términos de apoyo psicológico; financiación de intervenciones de apoyo remoto; apoyo específico para los que se ocupan de personas con Alzheimer y otras demencias; suministro de información específica detallada y/o capacitación sobre las medidas de higiene y prevención; y ayuda en la planeación y el manejo de situaciones de contingencia.

### **Servicios en centros de día**

Se recomendó a los centros de día del PAMI que suspendan todas las actividades grupales. A aquellos que ofrecen servicio de comedor a sus afiliados, se les indicó que en su lugar entreguen las viandas en el domicilio. El PAMI mantiene el pago de todas sus prestaciones y solicita a los profesionales que realicen actividades por medios virtuales. Por este motivo, todos los prestadores de la institución están manteniendo sus servicios de manera no presencial.

Por otro lado, en el caso de unas 540.000 personas mayores que pertenecen al programa alimentario Probienestar, el PAMI dispuso la entrega de una suma fija de alrededor de \$16.000 pesos (US\$230) por tres meses a partir de marzo de 2020. Este monto se asignó en reemplazo de los bolsones de alimentos que ya no pueden ser distribuidos por los centros debido a la cuarentena. El PAMI también otorgará un subsidio solidario de sostenimiento por \$15.000 pesos (US\$215) para asistir a los 4.200 centros de jubilados y pensionados que se

---

<sup>89</sup> Además deben presentar una declaración jurada para poder circular, dada la medida de aislamiento social preventivo obligatorio. Allí deberán registrar los días y horarios en los cuales acudirán al domicilio de la persona mayor para su cuidado y/o asistencia.

<sup>90</sup> Para más detalles, véase <http://registroncd.senaf.gob.ar/InfoCovid.htm>.

encuentran cerrados por razones sanitarias y que corren el riesgo de clausurar sus puertas definitivamente por no poder cubrir sus gastos fijos.

## **Teleasistencia**

La Superintendencia de Servicios de Salud recomienda<sup>91</sup> que, durante el plazo de vigencia de la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, los agentes del Seguro de Salud y las entidades de medicina prepaga implementen y fomenten el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta, a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial.

Por su parte, la Cruz Roja Argentina<sup>92</sup> brinda apoyo a un colectivo de personas mayores a través de su servicio de teleasistencia domiciliaria, el cual funciona las 24 horas al día. En la actualidad, más de mil personas mayores que viven solas reciben apoyo psicosocial y acompañamiento a través de este servicio. Recientemente se agregó una aplicación para celulares, la cual permite al usuario lanzar una alarma (pulsando un botón en la pantalla) para dar a conocer su ubicación ante cualquier emergencia, de modo que los servicios de respuesta inmediata puedan actuar con mucha precisión. Con la intención de reducir la carga de los servicios de salud médica, este servicio también ofrece información oficial en articulación con las autoridades sanitarias sobre las medidas de prevención y contención de la pandemia. Su plan de acción frente al COVID-19 incluye brindar de manera gratuita por tres meses el monitoreo y apoyo psicosocial a 50 mil personas y a su núcleo familiar (casos positivos, contacto estrecho y población en riesgo), con el ánimo de ampliar el número de personas asistidas y el tiempo de duración en caso de que así se requiera.

## **Servicios para personas que prestan servicios de apoyo**

En el sector privado, la aparición del COVID-19 adelantó el lanzamiento de “Cuidarlos”, una aplicación desarrollada por el Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) que brinda soluciones para la atención domiciliaria de personas mayores en una plataforma colaborativa e integrada. La aplicación permite que quien quiera que necesite el servicio busque un cuidador domiciliar y gestione ese cuidado, mientras que al cuidador potencial le ayuda a conseguir trabajo sin intermediarios y/o costo. Además, desde esta aplicación cuidadores y familiares pueden acceder de manera gratuita a capacitación en línea sobre la atención adecuada de las personas. La aplicación ofrece protocolos diarios a seguir para verificar el estado de salud del paciente, y medidas a adoptar en situaciones en que se sospecha la presencia de casos. Actualmente la aplicación está habilitada para la Ciudad y el Gran Buenos Aires, y se planea extenderla al resto del país. Aunque se lanzó en octubre de 2018, ya ha sido descargada por más de 5.000 personas<sup>93</sup>. En este momento la aplicación es gratuita por un periodo de tres meses para quienes buscan cuidadores, después de lo cual podrán obtenerla mediante distintos planes de suscripción. Cabe notar que siempre es gratuita para los cuidadores.

## **Otros servicios**

El voluntariado dirigido a apoyar a las personas mayores comienza a surgir de manera paulatina. En Argentina, el gobierno de la CABA es un ejemplo de solidaridad y articulación con la sociedad civil en un esfuerzo por asistir a este grupo etario. La ciudad ha convocado a voluntarios bajo la iniciativa “Mayores cuidados” para que asistan a las personas mayores que se encuentran en aislamiento. Los voluntarios estarán a su disposición brindándoles asistencia telefónica las 24 horas y ayudando en la logística diaria en tareas como comprar alimentos o medicamentos,

---

<sup>91</sup> Véase la Resolución 282 de 2020.

<sup>92</sup> Para más información, véase <https://cruzroja.org.ar/cruzroiatecuida/>.

<sup>93</sup> Para más información, véanse los siguientes enlaces: <https://www.cuidarlos.com/>; <https://www.cronista.com/informaciongral/La-aplicacion-que-cambiara-el-cuidado-de-los-adultos-mayores-20200501-0018.html> Copyright © [www.cronista.com](http://www.cronista.com) y <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-argentina-lanzan-aplicacion-facilitar-cuidado-adultos-nid2362696>.

pago de servicios y paseo de mascotas. La iniciativa cuenta con más de 38.000 voluntarios. Se utilizarán herramientas de geolocalización para priorizar la cercanía y evitar así la circulación de personas lejos de sus casas. Asimismo se ofrecen indicaciones para prevenir el contagio y medidas de seguridad para todos. También se está impulsando una iniciativa que involucra tanto a las empresas que hacen envíos a domicilio como a los supermercados para que habiliten una central telefónica en la que se atiendan pedidos de compras para los mayores de 70 años.

Por último, la pandemia del COVID-19 ha evidenciado el importante papel que cumplen las autoridades y comunidades cuando se trata de contribuir con el cuidado y el bienestar de las personas mayores autónomas.

#### 4. ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Las transformaciones demográficas que está viviendo Argentina inciden de manera directa en las necesidades de apoyo de la población dependiente. Se estima que allí habrá hacia 2020 por lo menos 1,6 millones personas mayores con algún grado de dependencia que requerirán algún tipo de atención para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.

Los servicios de atención a la dependencia existentes figuran entre los más antiguos y extensos de la región. No obstante los innegables avances del sistema, todavía tiene problemas de fragmentación, poca articulación y superposición de programas, como también fallas de coordinación entre los distintos actores. La oferta de servicios para satisfacer la demanda actual y futura es aún insuficiente.

En esta última sección se evalúa, en primer lugar, el grado de avance de lo que en la práctica constituye el sistema argentino versus otras experiencias internacionales, para luego discutir brevemente los logros alcanzados hasta el momento y los desafíos a futuro.

##### LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARGENTINA DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Aquí se pretende reflexionar sobre los cuatro elementos que en la publicación “Envejecer con cuidado” (Cafagna et al., 2019) se considera deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar un sistema de atención a la dependencia: 1) población titular del derecho (definir la cobertura, es decir, los criterios de elegibilidad por dependencia, así como de priorización con base en otras variables como edad y situación socioeconómica); 2) oferta de servicios (qué tipo de servicios ofrecer y cómo prestarlos); 3) calidad de los servicios (criterios de control, medición y evaluación); y 4) modo de financiación (rentas generales, mecanismos de primas, cuotas, copagos, o una combinación de dos o más fuentes). A continuación se describe brevemente cómo se compara cada uno de estos elementos en el sistema argentino respecto a las estrategias adoptadas en otros países.

**Población titular del derecho.** En la mayoría de los países con sistemas de atención a la dependencia establecidos, la población destinataria se define con base en criterios mínimos de dependencia a través de los cuales se evalúan sus dificultades para realizar determinadas actividades. En Argentina, para los servicios nacionales que prestan tanto el PAMI como la DINAPAM, además del criterio de dependencia se consideran la edad (60 años o más), la condición médica, la existencia de una red de contención y la condición socioeconómica como criterio de priorización dado que, por razones de orden presupuestal, no se puede garantizar la cobertura universal. Los programas de atención a la dependencia que existen terminan teniendo un enfoque altamente asistencialista debido a cuestiones presupuestarias, a pesar de que el PAMI se financia con recursos contributivos.

**Oferta de servicios.** En Argentina se ofrece una amplia gama de servicios de apoyo a nivel nacional a través principalmente del PAMI. Entre ellos sobresalen la atención progresiva de personas mayores a través de centros de día, las transferencias monetarias para la compra de servicios en el domicilio, las residencias de larga estadía, y los servicios de internación geriátrica con cuidados continuos. Para cada uno de estos existen criterios de acceso definidos, como se vio en la segunda sección de este trabajo. Además, en el ámbito nacional la DINAPAM ofrece servicios en residencias propias y formación profesional e información para cuidadores en forma gratuita. Las provincias, los municipios, las obras sociales y las organizaciones de la sociedad civil complementan estos servicios.

**Calidad de los servicios.** La DINAPAM tiene una amplia trayectoria en formación y profesionalización de recursos humanos para el cuidado a través de diversos programas.

En cuanto a la regulación y el monitoreo de la calidad, la articulación e integración de estándares mínimos de calidad es insuficiente, tanto para los servicios públicos como para los privados, y también entre los distintos niveles de gobierno. En el ámbito nacional, el PAMI (para sus prestadores), la DINAPAM y la Superintendencia de Servicios de Salud intervienen en la regulación y control. Dado el carácter descentralizado de los servicios de atención, en los niveles provincial o municipal se dictan normas propias que pueden superponerse con las nacionales y que no siempre van en la misma dirección. Por otro lado, no existe un registro público nacional de las instituciones que brindan servicios de cuidado. Tampoco se cuenta con un sistema de monitoreo e información integrado o informatizado de la totalidad de las instituciones que configuran la oferta de servicios.

Por último, con respecto al financiamiento del sistema, son varios los diseños que se han adoptado en el plano internacional. Principalmente se utilizan ingresos de impuestos generales o aseguramiento social a través de contribuciones obligatorias, aunque se puede prever el uso de mecanismos de financiación complementarios como son los seguros privados y el gasto de bolsillo de los hogares. En Argentina, el PAMI se financia bajo un esquema de aseguramiento social contributivo, basado principalmente en retenciones obligatorias a los trabajadores activos, empleadores y jubilados. En 2019, el presupuesto del PAMI se ubicaba cerca del 1% del PIB, pero solo un 5% del mismo corresponde a servicios de atención a la dependencia, valor muy inferior al promedio observado en países de la OCDE (1,7%) o la Unión Europea (1,6%).

#### **LOGROS Y DESAFÍOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARGENTINA**

El país ha incluido los derechos de la ancianidad en la Constitución Nacional, mientras que en el plano internacional ha aprobado y ratificado la “Convención interamericana de protección de los derechos humanos de las personas mayores”. La creación reciente de la “Mesa interministerial de políticas de cuidado” para trabajar en una política integral de encabezada por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, abre las puertas para hacer un debate profundo entre todos los actores sobre los logros y desafíos del sistema de atención a la dependencia. Si bien en Argentina se han hecho avances significativos en los últimos años en el área de los cuidados, quedan varios desafíos pendientes que se plantean a continuación.

**Implementar un enfoque sistémico y centrado en el usuario.** Los servicios de cuidado se han ido desarrollando de manera fragmentada, y en ese sentido reflejan la realidad del sistema de salud. El reto aquí es avanzar en la articulación entre los distintos organismos del Estado involucrados, tanto en la prestación como en la regulación de los servicios. Para ello se requiere unificar los criterios usados en definir a la población destinataria y sus beneficios, y elaborar una estrategia sistémica de atención integral a la dependencia centrada en las necesidades de las personas.

**Expandir los beneficios a otras poblaciones dependientes.** Este es uno de los retos de largo plazo del sistema. La naturaleza y la severidad de la condición de dependencia deberían ser los criterios más importantes para priorizar la prestación de servicios. Actualmente la cobertura pública privilegia a quienes tienen mayores necesidades de apoyo y menores ingresos. En este sentido, y como ya se indicó, el recientemente creado Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad estableció la “Mesa interministerial de políticas de cuidado”, cuya misión es implementar una política de cuidado integral, inclusiva y efectiva. El equipo de trabajo liderado por este ministerio realizará un mapeo de servicios de cuidado orientados a niños, personas mayores y personas con discapacidad. Siguiendo esta línea, la ANDIS invitó a la sociedad civil a que hiciera sus aportes para la formulación de una política de cuidados. En este ejercicio se evidencian tanto la intención de coordinar a las agencias del Estado competentes en el área como el interés de fomentar un diálogo social con los distintos actores sociales relevantes.

**Suministrar información oportuna sobre la demanda de servicios de cuidado.** La última encuesta que indaga sobre cuestiones vinculadas a la dependencia funcional es la ENCAviAM de 2012 (INDEC, 2014a). Además de estar desactualizada, esta encuesta tiene el problema de que no considera a aquellas personas que por situación de dependencia severa no pueden responder<sup>94</sup>; tampoco incluye a la población rural, ni a la que está en residencias de larga estadia y que suele tener mayores niveles de dependencia. Por otro lado, la encuesta solo averigua sobre la situación de dependencia de las personas de 60 años o más, cuando sería importante conocer también la de los menores de 60 años. Por ejemplo en Costa Rica, si bien la incidencia de la dependencia se encuentra en proporción mucho más elevada entre las personas mayores, en valores absolutos un 54% de la población con dependencia tiene entre 18 y 59 años (Medellín, Jara Maleš y Matus-López, 2019). Contar con información precisa es indispensable para poder realizar proyecciones de población dependiente por nivel de dificultad, así como estimaciones de costos asociados a los servicios. Sería igualmente deseable que se releve a la población con discapacidad. En este mismo sentido, dada la extensión de cobertura actual del PAMI, es indispensable que se aprovechen las tecnologías de la información para recolectar y almacenar información integrada sobre condiciones y prácticas médicas, y sobre la condición de dependencia y cuidado de todos sus afiliados, pues todo ello podría tener implicaciones en la calidad de la atención, el seguimiento de pacientes y la reducción de costos. Este registro de beneficiarios podría aprovechar la creación de la historia clínica electrónica de pacientes. La experiencia de Costa Rica en lo que tiene que ver con el establecimiento del “Sistema integrado para la persona adulta mayor” puede servir de ejemplo<sup>95</sup>.

**Optimizar los procesos de captación de afiliados.** Por ejemplo, en el PAMI el afiliado debe solicitar los servicios sociales o de cuidado en la unidad de gestión local que le corresponde, si es que tiene conocimiento de su existencia. La derivación directa a estos servicios desde el área médica no está contemplada, ni tampoco se hacen esfuerzos proactivos para identificar a los usuarios prioritarios.

**Adaptar la lógica contributiva de los servicios de cuidado del PAMI, de modo que también cubran a las clases medias.** En cuanto a los servicios de atención a la dependencia de PAMI, a pesar de que una parte importante de las personas afiliadas ha contribuido durante toda su vida activa para acceder al seguro (salvo aquellos que ingresaron por moratoria o PUAM), las prestaciones priorizan a quienes tienen menores ingresos o una red insuficiente de contención familiar. Por ello, la carga del cuidado para los afiliados de clases medias tiende a recaer en sus familiares o en sus propios ahorros.

**Ampliar la oferta de servicios existente para satisfacer la demanda, así como la medición, monitoreo y mejora de su calidad.** El PAMI debe aumentar las prestaciones para la contratación de cuidadores domiciliarios, pues hoy son insuficientes. La cobertura actual del servicio de cuidadores domiciliarios del PAMI no alcanza para satisfacer las necesidades de la población con dependencia estimada para el año 2020, aun si solo se tienen en cuenta aquellos con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Hoy en día no existe una meta explícita de cobertura y los montos del subsidio que otorga el PAMI tienden a resultar insuficientes para la contratación de servicios frente a su valor de mercado, tanto por efectos de la inflación como por la ausencia de un criterio definido para actualizarlos.

Se recomienda explorar la posibilidad de ofrecer incentivos a entidades públicas y privadas para que, en calidad de socios estratégicos, desarrollen servicios de cuidado. Esto aplica a diversas áreas de lo que se llama la “economía plateada”<sup>96</sup>, es decir, aquella vinculada al cambio

---

<sup>94</sup> Si la persona se encontraba imposibilitada para responder por sí misma debido a problemas de tipo cognitivos (por ejemplo, Alzheimer u otro tipo de demencia) o problemas físicos severos, no se le aplicaba el cuestionario.

<sup>95</sup> Véase <https://www.conapam.go.cr/sipam/> y <https://www.saludaunclic.com/adulto-mayor>.

<sup>96</sup> Para mayores detalles sobre la economía plateada, véanse Okumura et al. (2020).

demográfico producido por el envejecimiento de la población, cuyo enfoque se centra en las necesidades y en la demanda de este segmento etario. La expansión de la participación del sector privado también tendría un potencial significativo en lo que se refiere a generar nuevas oportunidades de empleo, sobre todo para las mujeres.

**Buscar soluciones a la situación de los cuidadores familiares e informales.** Se observa que existen necesidades de capacitación, apoyo económico y/o respiro, y también de asistencia psicológica, para los trabajadores familiares, en particular para aquellos que se dedican de tiempo completo a las labores de cuidado. Aún más, es importante avanzar en lo que se refiere a tomar medidas orientadas a proteger la salud y el bienestar de los cuidadores en general, siendo esta una condición fundamental para garantizar la calidad del cuidado que se brinda a las personas mayores.

**Avanzar en el campo de las regulaciones.** Se evidencia la falta de un marco regulatorio común a nivel nacional para las instituciones o personas --públicas o privadas-- que prestan servicios. Tampoco existen estándares homogéneos para asegurar su calidad. Hace falta una ley nacional que cubra específicamente a las residencias de larga estadía. La autoridad nacional, ya sea el Ministerio de Salud, o el de Desarrollo Social a través de la DINAPAM, deberían actuar en la homologación de pautas y reglas de comportamiento comunes para los servicios de cuidado y en la protocolización de procesos. Lo anterior se conjuga con la necesidad de fortalecer la capacidad de las autoridades en los distintos niveles de gobierno de garantizar el cumplimiento de las regulaciones existentes. Esto se ha puesto en evidencia sobre todo durante la actual pandemia, donde se ha detectado un amplio mercado de instituciones de larga estadía que prestan servicios por fuera de la ley.

Lo anterior genera una gran variabilidad en la calidad de los servicios, lo cual a menudo se traduce en el descontento de los usuarios y sus familias. En tal sentido se requiere intensificar los esfuerzos dirigidos a profundizar en el desarrollo de programas que incentiven la mejora de la calidad de los servicios. Esto se podría lograr mediante la utilización de pagos por resultados en los servicios que contrata el PAMI o incentivando la acreditación de calidad entre proveedores públicos y privados.

**Establecer un sistema de información integrado.** No existe un registro consolidado a nivel nacional sobre las diferentes instituciones que brindan servicios de atención a la dependencia funcional y a las personas con discapacidad. Tampoco existe en ese ámbito una normativa que responsabilice a alguno de los actores del sistema por la creación y puesta en marcha dicho registro. A la fecha se desconoce la oferta total de servicios de apoyo a la dependencia, su calidad y su capacidad para responder a la demanda creciente.

La CABA ha venido trabajando en un registro de establecimientos para personas mayores desde 2016; entre tanto, la Provincia de Buenos Aires ha normado recientemente su creación, y en este momento se encuentra en proceso de implementación. Estas experiencias podrían servir como ejemplo para el resto de las provincias. Es importante determinar quién estaría a cargo de este registro y elaborar una guía sobre la calidad de los servicios de las instituciones que allí figuren.

**Abordar las debilidades regulatorias expuestas por el COVID-19, especialmente en las residencias de larga estadía.** Se han emprendido algunas acciones tendientes a avanzar en la regulación de los servicios, pero hay que seguir trabajando en esta dirección. Además, la pandemia puso en evidencia que el riesgo que corren sus usuarios hace que el sector salud cumpla un papel preponderante, aunque sin ignorar que su vulnerabilidad implica una gran responsabilidad por parte de los servicios sociales. Asimismo, es necesario fortalecer el financiamiento de las instituciones de larga estadía con recursos destinados a la compra de

insumos de protección personal para los trabajadores, y garantizar todas las medidas sanitarias de protección en la prestación de los servicios.

**Fortalecer la oferta de formación de recursos humanos.** La DINAPAM ha trabajado en la formación de recursos humanos para el trabajo de cuidado de personas mayores fomentando trayectorias profesionales para este colectivo. La oferta de capacitación es amplia y va desde cursos básicos hasta formación más específica. Sin embargo, el número de cuidadores egresados es aún insuficiente para satisfacer la demanda de estos servicios, por lo que existe el desafío de ampliar la oferta de formación de modo que el sistema produzca un mayor número de cuidadores. Ahora bien, no se trata solamente de aumentar la cantidad de cuidadores sino también esforzarse por garantizar la calidad de los cuidados. Esta preparación debe articularse con instituciones educativas formales y de salud. La idea sería implementar un sistema de certificación de competencias para acreditar el conocimiento sobre las tareas de cuidado, así como definir las características y cualidades que deben poseer estos profesionales. Entre los países que exigen certificación o licencia para acreditar competencias o habilidades en las labores de atención médica o social de personas mayores figuran Australia, Austria, Bélgica, Alemania, Eslovenia y Estados Unidos (OECD, 2020).

**Mejorar las condiciones laborales de los cuidadores.** Este sector se caracteriza por los salarios bajos, las formas de contratación irregulares (horarios rotativos, modalidad de tiempo parcial, etc.) y por la carencia de afiliación en la seguridad social. En tal sentido, sería recomendable proponer medidas orientadas a promover la inclusión de los trabajadores del cuidado en el mercado formal de trabajo, así como a mejorar las condiciones de reclutamiento y retención.

**Ampliar la comunicación sobre los servicios disponibles en el sistema y su difusión.** No existe un único lugar donde las personas mayores o sus familias puedan acudir para encontrar información sobre los beneficios a los que tienen acceso en situaciones de dependencia funcional, especialmente en las provincias. También es necesario fomentar y difundir información sobre programas estructurados públicos de autocuidado de la salud. Ello permitiría que, con anterioridad al inicio del envejecimiento, las mismas personas puedan tomar medidas para evitar la dependencia, especialmente en el caso de pacientes crónicos de alto riesgo.

**Revisar el esquema actual de financiamiento basado en el aseguramiento social.** Esto por cuanto la mayoría de los beneficiarios ha ingresado al sistema por moratoria (67%). Actualmente, los ingresos del sistema siguen una lógica contributiva (la mayoría de los que nutren el PAMI provienen de contribuciones obligatorias de trabajadores activos y jubilados), mientras que los egresos de facto no siguen la misma lógica. Es este momento el gasto del PAMI representa un 1% del PIB, pero solo un 5% de este total se destina a servicios de atención a la dependencia. A manera de referencia, una herramienta de simulación de costos para la región sugiere que la inversión necesaria para un sistema que cubra un paquete básico de servicios de cuidado estaría en un rango que oscila entre el 0,5% y 1% del PIB (Medellín, 2020).

Recientemente, con la expansión de la pandemia del coronavirus se han puesto en evidencia muchas de las fallas del sistema. Se abre así una nueva oportunidad, en el marco de la década de envejecimiento saludable 2020-2030<sup>97</sup>, de trabajar en repensar y rediseñar los servicios de cuidados y su vínculo e integración con el sistema de salud, de manera que estén mejor posicionados para hacer frente a crisis sistémicas emergentes. La pandemia también pone en

---

<sup>97</sup> La OMS ha proporcionado diferentes orientaciones para apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades. La "Década del envejecimiento saludable 2020-2030" (<https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>) es la principal estrategia para lograr este objetivo, basado en la "Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud", en el "Plan de acción internacional de las Naciones Unidas para el envejecimiento" y en los "Objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas".

evidencia las falencias de un sistema fragmentado para responder a las crisis. Se trata de un llamado de atención para avanzar hacia una colaboración y coordinación efectivas, y para crear un sistema integrado de servicios. En este sentido, no se puede ignorar la importancia de los servicios de atención en el área de cuidados paliativos en el nivel primario de atención de salud, los cuales también han cobrado mayor relevancia en el contexto actual y constituyen un desafío para contribuir al logro de la atención integral de las poblaciones en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por último, la crisis sanitaria actual por causa del COVID-19 puede aprovecharse para avanzar en la búsqueda de soluciones digitales, tanto en el área de la salud como en la de los cuidados, de modo que estas contribuyan a mantener a las personas mayores lejos de los hospitales como posibles focos de contagio.

## REFERENCIAS

ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). 2017. Plan Nacional de Discapacidad 2017-2022. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan\\_nacional\\_discapacidad\\_texto\\_04-2018.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_discapacidad_texto_04-2018.pdf)

Aranco, N. e Ibararán, P. 2020. Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/servicios-de-apoyo-personal-para-personas-con-dependencia-funcional-antecedentes-caracteristicas-y>.

Aranco, N. y Sorio, R. 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-uruguay>.

Aranco, N.; Stampini, M.; Ibararán, P.; Medellín, N. 2018. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Resumen de Políticas No. IDB-PB 273. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/8757>.

BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2019. Diálogo Regional de Política. Pilares de Apoyo a la Dependencia (Día 1 - Parte 4). Disponible en <https://vimeo.com/380811270>

———. 2020. Base armonizada de encuestas de hogares de América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo. Dato procesado en marzo de 2020. Base de datos de uso interno.

CADIME (Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico) y Centro de Investigación de la Fundación Desarrollo Productivo y Tecnológico. 2019. Servicios de Salud. Informe Sectorial #12. Marzo. Disponible en: [http://fundaciondpt.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/Informe\\_Sectorial\\_N\\_12\\_marzo-2019.pdf](http://fundaciondpt.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/Informe_Sectorial_N_12_marzo-2019.pdf)

Cafagna, G.; Aranco, N.; Ibararán, P.; Oliveri, M. L.; Medellín, N.; Stampini, M. 2019. Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

Centers for Medicare and Medicaid Services. 2015. Nursing Home Data Compendium 2015 Edition. Disponible en: [https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium\\_508-2015.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium_508-2015.pdf).

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2009. Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Colección Documentos de Proyectos. Santiago de Chile.

———. 2016. Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40197-envejecimiento-institucionalidad-publica-america-latina-caribe-conceptos>.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) y BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 1996. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina, (LC/DEM/G.161), Serie E N° 45, Santiago de Chile.

Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. 2018. Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente. CECE.

Chen, A.; Jacobsen, K. H.; Deshmukh, A. A.; Cantor, S. B. 2015. The Evolution of the Disability-Adjusted Life Year (DALY). *Socio-Economic Planning Sciences* 49: 10–15.

Evers, A., Pilj, M. y Ungerson, C. (eds). 1994. *Payments for Care. A Comparative Overview*. Aldershot: Avebury.

González Salvia, M. y colaboradores. 2013. *Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, 2a ed. Buenos Aires: delhospital ediciones. Disponible en: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_archivos/13/Notas\\_PDF/13\\_Alzheimernuevocorte.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/13/Notas_PDF/13_Alzheimernuevocorte.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 2010. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010. Base de datos RADATAM, cuestionario básico. Disponible en : [https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&\\_ga=2.234374878.1581881747.1589485681-721343645.1589485681](https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&_ga=2.234374878.1581881747.1589485681-721343645.1589485681)

———. 2013. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. Serie de análisis demográfico N° 35. Buenos Aires.

———. 2014a. Encuesta nacional sobre calidad de vida de los adultos mayores 2012. Buenos Aires. Disponible en: [https://sitioanterior.indec.gob.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=21&id\\_tema\\_3=130](https://sitioanterior.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=21&id_tema_3=130)

———. 2014b. *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Principales resultados*, 1a ed. Serie Estudios INDEC N° 46, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos. E-Book. ISBN 978-950-896-441-0

———. 2014c. Encuesta nacional sobre calidad de vida de los adultos mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario. Buenos Aires, INDEC.

———. 2018a. *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad: resultados definitivos 2018*, 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Libro digital, ISBN 978-950-896-532-5. Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio\\_discapacidad\\_12\\_18.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf).

------. 2018b. Encuesta Permanente de Hogares Continua. Disponible en: <https://sitioanterior.indec.gob.ar/bases-de-datos.asp?solapa=7>

———. 2020. Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total. Gran Buenos Aires. Informe de prensa. Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta\\_05\\_205663094BE4.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_05_205663094BE4.pdf)

Jelin, E. 2005. Familia en la Argentina: modernidad, crisis económica y acción política. FLACSO. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=21180>

López Mourelo, E. 2020. El COVID-19 y el trabajo doméstico en Argentina. Nota Técnica. Organización Internacional del Trabajo.

Luy, M. y Minagawa, Y. 2014. Gender Gaps—Life Expectancy and Proportion of Life in Poor Health. Research Article. *Health Reports*, Vol. 25, No. 12: 12-19. Diciembre. Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X.

Medellín, N. 2020. Simulador de costos de sistemas de atención a la dependencia: una aplicación para América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/simulador-de-costos-de-sistemas-de-atencion-la-dependencia-una-aplicacion-para-america-latina-y-el>

Medellín, N.; Jara Maleš, P. y Matus-López, M. 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-costa-rica>.

Mesa Interministerial de Políticas de Cuidados. 2020. Hablemos de cuidados: Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Julio. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social. 2013. Plan Nacional de las Personas Mayores 2012-2016. Disponible en: <https://www.desarrollsocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/Plan-Nacional-de-las-Personas-Mayores-2012-2016.pdf>.

———. 2019a. Presentación Líneas de Acción de la DINAPAM.

———. 2019b. Informe Semestral de Gestión de la DINAPAM, 2019. Primer Semestre.

Ministerio de Economía, Secretaría de Hacienda 2008. Cuenta Ahorro-Inversión-Financiamiento 2008. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/economia/sechacienda/cgn/cuentainversion>

———. 2018. Cuenta Ahorro-Inversión-Financiamiento 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/economia/sechacienda/cgn/cuentainversion>

Ministerio de Hacienda, Presidencia de la Nación Argentina. 2019. Plan nacional de educación financiera: Argentina 2019. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/3.2\\_pnef-\\_plan\\_nacional\\_de\\_educacion\\_financiera-vf.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/3.2_pnef-_plan_nacional_de_educacion_financiera-vf.pdf)

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019. 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe Definitivo. Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/KtbxLwgZbqJmmmxBxvBrJkkMDmpzPbJZDB?projector=1&messagePartId=0.1>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 2011 Encuesta de protección y seguridad social 2011. Disponible en: <http://www.trabajo.gob.ar/estadisticas/enapross/index.asp>.

———. 2020. Boletín estadístico de la Seguridad Social, marzo.

Naciones Unidas. 2006. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. 2019. Perspectivas de la población mundial 2019. Agregados especiales. Edición en línea (Rev. 1). Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2020. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.

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

Okumura, M.; Stampini, M.; Buenadicha Sánchez, C.; Castillo, A.; Vivanco, F.; Sánchez, M.; Ibararán, P.; Castillo Martínez, P. 2020. La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/la-economia-plateada-en-america-latina-y-el-caribe-el-envejecimiento-como-oportunidad-para-la>

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2004. *Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia*. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1)

———. 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1).

(OMS) Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. 2011a. *Informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/).

———. 2011b. Resumen del Informe Mundial sobre la Discapacidad. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.03\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?sequence=1).

(OMS) Organización Mundial de la Salud y (OPS) Organización Panamericana de la Salud. 2017. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión Abreviada. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=BD10C1740DCD3E66430D790472BE159D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=BD10C1740DCD3E66430D790472BE159D?sequence=1)

PAMI (Programa de Atención Médica Integral). Sitio Web. Programas del PAMI: <http://institucional.pami.org.ar/result.php?c=4-1-1> Actividades preventivas del PAMI: <https://www.pami.org.ar/servicios/actividades-preventivas>

———. 2018. Resumen de Gestión. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/pdf/memoria-pami-2018.pdf>

———. 2019. Portal de datos abiertos. Disponible en: <https://gobiernoabierto.pami.org.ar/>. Consultado en diciembre de 2019.

PAMI, OPS y OMS. 2019. La población centenaria de PAMI: Protagonistas de 100 años de historia. Planteamientos y primeros avances de la investigación.

Petrongolo, M. 2019. Presentación sobre el PAMI en el Diálogo Regional de Políticas del Banco Interamericano de Desarrollo de 2019. La presentación y el video están disponibles en: <https://events.iadb.org/calendar/event/20900?lang=es>.

PNUD, OIT, UNICEF y CIPPEC. 2017. Desayunos sobre políticas de cuidado en la Argentina: Avances y desafíos en el cuidado de adultos mayores. Nota técnica.

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.

Roqué, M. y Fassio, A. 2015. Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina: relevamiento y evaluación. Ministerio de Desarrollo Social y Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

The Washington Group. 2017. The Washington Group Short Set of Questions on Disability. <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/The-Washington-Group-Short-Set-of-Questions-on-Disability.pdf>.