

Diplomado Iberoamericano 2021

Políticas de cuidado

Destinado a personal directivo y técnico de centros de día y residencias de larga estadía para personas mayores en Argentina

DERECHOS Y ENVEJECIMIENTO

Módulo 3 | Las Políticas de Cuidado a Largo Plazo

Autoridades

ONU Mujeres

Cecilia Alemany

Directora Regional Adjunta para las Américas y el Caribe y representante en Argentina.

Verónica Baracat

Coordinadora del Programa País de ONU Mujeres Argentina

Sabrina Landoni

Especialista de Programa “Recuperación socioeconómica a la crisis provocada por COVID-19 desde una perspectiva de género”

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)

Dra. Gina Magnolia Riaño Barón

Secretaria general

Dra. Ana Mohedano Escobar

Vice Secretaria general

Dr. Marcelo Martin

Director Regional Cono Sur

Mg. Gabriela Groba

Directora CIAPAT Regional Cono Sur

PAMI

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva

Lic. Martín Rodríguez

Subdirector Ejecutivo

Dra. Monica Roqué

Secretaria general de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidados

Mg. Susana Ordano

Subgerenta de Capacitación Gerontológica

Mónica Roqué

Médica. Magíster en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad. Magíster en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social. Universidad de Alcalá de Henares, España. Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria.



Exdirectora Nacional de Políticas para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, desde enero de 2002 a diciembre de 2015. Directora de posgrados en Gerontología. Docente de Universidades nacionales y extranjeras. Autora de varias publicaciones nacionales e internacionales. Miembro del Comité Redactor de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Presidenta de la Delegación de Argentina ante la ONU y la OEA para la defensa de los Derechos Humanos de las Personas Mayores desde 2003 a 2015.

Temario

Las políticas de cuidado en la vejez. Definición de la OMS de los cuidados a largo plazo. La feminización del cuidado. Tipos de prestación de cuidados. Los cuidados como DD.HH. establecidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores. Experiencias internacionales de políticas de cuidados.

Objetivos

- Conceptualizar las Políticas de cuidados en la vejez.
- Analizar las políticas de Cuidados en clave de género.
- Reflexionar sobre los cuidados a largo plazo como un derecho humano establecido en la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM).

Las Políticas de Cuidado a Largo Plazo

Introducción

Nos encontramos en presencia de un nuevo mundo, en el que las personas hoy tenemos la posibilidad de vivir muchos años y con buena salud; sin embargo, existe la posibilidad de que la última etapa de la vida, sea transitada con algún grado de discapacidad o dependencia, especialmente entre las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud plantea que después de cumplir los 60 años los varones pueden vivir 8 años carentes de buena salud y las mujeres, 10 años (OMS, 2015). Es en ese periodo donde necesitamos de los servicios de cuidados en su amplia gama prestacional. Estos apoyos son brindados, principalmente, por las familias, siendo en nuestra región de América Latina y el Caribe de muy baja inserción en el sistema público.

Adriana Rovira¹ nos propone reflexionar sobre cuidados, definidos como "(...) una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social. Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental" (2017). El cuidado está familiarizado y feminizado y, por lo tanto, no es considerado un trabajo que debe ser remunerado.

Las personas mayores también son cuidadoras, a menudo se ocupan de sus parejas, hijos e hijas con discapacidad o amigos y amigas. Por ejemplo, en el Reino Unido, el 20,5% de las personas mayores proporcionó atención no remunerada en 2014 a otras personas mayores, en Cuba, el 64% de los centenarios son cuidados por personas de 60 años o más y en Colombia, el 83,9% de quienes cuidaban a las personas mayores eran mujeres, de las cuales el 16,7% tenían 60 años o más (Huenchuan, 2018). A partir de situaciones como las referidas en estos ejemplos, surge la necesidad de la implementación de políticas públicas en cuidados de las personas mayores, tal como lo indica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Hu-

manos de las Personas Mayores, en su artículo 12: el derecho a los cuidados a largo plazo y la obligación de los Estados de garantizarlos.

Los cuidados en clave de género

La feminización de la vejez

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) de las mujeres, a nivel mundial, superaba a la de los hombres en promedio en 4,6 años, entre 2010 y 2015 (OMS, 2015). En 2020 las mujeres representaron el 54% de la población de 60 años o más (565.752 millones) y el 61% de la población de 80 años o más (89.568) (Banco Mundial, 2021).

En Argentina el proceso de envejecimiento es prioritariamente femenino. El 57% de la población mayor de 60 años está compuesta por mujeres, mientras que el 43%, por varones según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2021. Sin embargo, la feminización se profundiza en la población mayor de 75 años. En este subgrupo la brecha entre varones y mujeres aumenta a un 63% para mujeres y solo el 37% para varones. Esto se explica por la diferencia en la EVN entre varones y mujeres que, de acuerdo con las proyecciones oficiales del INDEC en 2020, las mujeres presentan una EVN de 81,4 años y los varones, de 74,9. Para ambos géneros nos encontramos con una EVN de 78,15 años y se espera que en 2040 la misma llegue a 81,5 años (Proyecciones Demográficas, INDEC). Si bien las mujeres viven más que los varones, lo hacen a expensas de mayor morbilidad, mayor discapacidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por lo tanto, son las que más necesidades de cuidados presentan (OMS, 2015).

¿Quiénes cuidan y a que costo?

En ALC los cuidados se han centrado en las redes familiares, en especial, en las mujeres de las familias, como trabajo no remunerado. En casi todos los

¹ Exdirectora del Instituto Nacional de las Personas Mayores | Ministerio de Desarrollo Social

países del mundo la carga del cuidado está en manos de las mujeres; según el Informe Mundial sobre Envejecimiento de la OMS (2015), el cuidado familiar en China está a cargo de las mujeres en un 67%, en México el porcentaje asciende al 83,3% y en Perú, al 85,9% (OMS, 2015). En Argentina, según la Encuesta de Uso del Tiempo (INDEC, 2013), el 88,9% del cuidado recae sobre las mujeres de las familias.

Los cambios sociales, demográficos y la salida de las mujeres al mundo público producen lo que se denominó "la crisis de cuidados". Hay más personas mayores para cuidar y menos personas cuidadoras en el seno de las familias. Hay nuevas estructuras familiares, como parejas, hijos e hijas o de un solo hijo e hija, familias sin cónyuge, monoparentales, etc., lo que significa la reducción de los cuidadores y cuidadoras informales.

El tiempo destinado al cuidado informal reduce la cantidad de horas que una persona le puede dedicar al trabajo remunerado. A nivel mundial, el 42% de las mujeres no puede conseguir trabajo, porque ellas son responsables de todos los cuidados en comparación con sólo el 6% de varones (Ministerio de Economía, Argentina, 2020). El informe mundial sobre envejecimiento (OMS, 2015) plantea que un cuidador familiar redujo sus horas de trabajo en un 25,4% en México para prestar cuidados a una persona mayor y en un 16,3% en Perú. Otro estudio efectuado en EE.UU. concluyó que las mujeres de entre 55 y 67 años que prestaban servicios de cuidados no remunerados a su madre o a su padre reducían sus horas de trabajo en un 41%, en promedio (ONU Mujeres, 2015).

Las mujeres trabajan más horas que los varones, pero lo hacen a expensas del trabajo no remunerado. El informe del Ministerio de Economía de Argentina (2020) define al Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR) como:

El trabajo que permite que las personas se alimenten, vean sus necesidades de cuidados satisfechas, cuenten con un espacio en condiciones de habitabilidad, reproduzcan, en general, sus actividades cotidianas y puedan participar en el mercado laboral, estudiar o disfrutar del ocio, entre otras.

También explicita que la distribución del Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado es desigual, dado que 9 de cada 10 mujeres realizan estas tareas, lo cual significa, en promedio, 6,4 horas diarias; mientras que los varones le dedican 3,4 horas

diarias. En referencia a la participación en las tareas de cuidado, menos de 6 varones (57,9%) participaban del trabajo no remunerado (Ministerio de Economía, Argentina, 2020). Las mujeres dedican tres veces más tiempo que los varones a este trabajo.

En el informe de ONU Mujeres-CEPAL sobre cuidados en América Latina y el Caribe se plantea que:

El tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado constituye casi la mitad del tiempo total de trabajo, resultando fundamental para mantener las condiciones de sostenibilidad del sistema en su conjunto, ya que todas las personas, en todos los momentos del ciclo vital necesitan cuidados. Sin los cuidados, el resto de las actividades no pueden funcionar (ONU Mujeres-CEPAL, 2020).

De lo expuesto anteriormente resulta que el trabajo de cuidados es imprescindible para el desarrollo de las sociedades, aunque en la región de América Latina y el Caribe sigue recayendo fundamentalmente en las mujeres, debido a esto, sus trabajos son más precarios que los de los varones o, en su mayoría, de tiempo parcial.

La dedicación al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado recae en las mujeres de todos los estratos sociales al persistir la ausencia de prácticas de corresponsabilidad entre ambos géneros, sin embargo, las mujeres de mayores ingresos dedican menos horas al Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado que las de menores ingresos, en razón de su disponibilidad de recursos para contratar a una persona que realice esa labor.

Las mujeres con mayores ingresos dedican 32 horas semanales al Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado, lo que ONU Mujeres denomina "las mujeres con techo de cristal"; aquellas de ingresos medios dedican 41 horas semanales, denominadas "las mujeres de la escalera rota" y las de menores ingresos dedican 46 horas semanales y son identificadas como las "mujeres de los pisos pegajosos" (ONU Mujeres-CEPAL, 2020). La categoría de "piso pegajoso" incluye a las que cuentan con las peores posibilidades de conseguir un trabajo pago dentro del mercado laboral, porque su tiempo está casi exclusivamente dedicado al Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado.

La carencia de una política de cuidados perjudica directamente a las mujeres, puesto que les impide ingresar al mercado de trabajo formal y,

por ende, no acceder a una jubilación o llegar a obtener una magra.

Es importante empezar a visibilizar que existe un aporte económico medido en porcentaje del PBI, de los y las integrantes de las familias, sobre todo de las mujeres, producto del Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado. El aporte en Argentina del TDCNR al PIB es de 15,9%, superior al de la industria (15,7%) y al del comercio (15,5%) (Ministerio de Economía de Argentina, 2020). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que el aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado, a nivel mundial, es alrededor del 9,0% del PIB, pero con gran heterogeneidad entre los países. Es así que en España asciende a un 10,3% del PIB; en Francia, a un 14,8%; en Alemania, a un 15,0%; en Nueva Zelanda a un 20,0% y en Australia, a un 26,8% (Ministerio de Economía de Argentina, 2020).

La inversión en los cuidados a largo plazo no solo beneficiará a las personas mayores que tienen pérdidas de su autonomía o independencia, sino también a las mujeres que permanecerán en la fuerza laboral, en lugar de quedarse en casa al cuidado de familiares de edad; además, los servicios de cuidados a largo plazo también pueden fomentar la cohesión social al compartirse los riesgos dentro de la comunidad (OMS, 2015).

Las Políticas de cuidado

Las políticas de inclusión social pretenden que las personas alcancen un nivel mínimo de bienestar, desarrollen su potencial y participen en igualdad de condiciones en la vida social, política y económica. Los cuidados de las personas en situación de dependencia forman parte de estos servicios. Entendemos por dependencia a “la situación en que una persona requiere de ayuda para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como levantarse, acostarse, vestirse, comer, seguir hábitos de higiene personal; así como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que incluyen tareas domésticas, movilidad y capacidad de desplazamiento, tales como hacer las compras, preparación de alimentos, administración de gastos o comunicación (Informe mundial de salud. OMS, 2015).

¿Qué son los cuidados a largo plazo?

En el informe mundial de salud se definen los cuidados a largo plazo como “las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana” (OMS, 2015). En el mismo informe se plantea la necesidad de que no solamente las personas mayores con dependencia reciban cuidados a largo plazo, sino también las que presenten una pérdida importante de la capacidad intrínseca y un alto riesgo de deterioro, lo que se denomina vejez frágil. Las políticas de cuidados deben estar dirigidas a promover la autonomía personal y apoyar la independencia, tanto de los que presentan fragilidad como dependencia.

Algunas definiciones a tener en cuenta en las políticas de cuidado:

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria².

Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal³.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son el conjunto de acciones personales o de autocuidado que incluyen bañarse e higienizarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, ir al baño y el control de la incontinencia. Las limitaciones en estas acciones implican que la persona tiene serias dificultades para ejecutar actividades fundamentales sobre su cuidado personal (OMS, 2015).

² Véase la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Boletín oficial del Estado, nº 299, 15/12/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

³ Ídem.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son las acciones necesarias para mantener el medio ambiente de la persona, como hacer las compras, lavar la ropa, limpiar el hogar, cocinar y manejar asuntos personales. Las restricciones en estas últimas pueden tomarse como limitaciones en la resolución de problemas cotidianos o en la participación comunitaria (OMS, 2015).

En general, se considera que si una persona requiere de asistencia en las actividades de la vida diaria, tiene un mayor grado de dependencia que si solo necesita apoyo para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Transición epidemiológica

En casi todos los países las enfermedades crónicas degenerativas o enfermedades no transmisibles (ENT) han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte. La enfermedad no transmisible aumenta con el tiempo, mientras que las enfermedades transmisibles disminuyen. Esta tendencia se denomina transición epidemiológica y acompaña a los cambios de la transición demográfica (ONU, 2014).

Las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes se han convertido en las principales causas de morbimortalidad. Las enfermedades no transmisibles son responsables del 71% de todas las muertes en el mundo y del 80% de la mortalidad de las personas mayores en el 2016 (OMS, 2020). Del total de fallecimientos de todas las edades (41 millones), 17,9 millones ocurrieron por enfermedades cardiovasculares; 9 millones, por cáncer; 3,8 millones, por enfermedades respiratorias crónicas, y 1,6 millones, por diabetes. La Agenda 2030 plantea, en su objetivo 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades. Su meta busca reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles⁴ (Roqué, 2019).

¿A quién va dirigido el CLP?

En 2015 existían 300 millones de personas mayores en el mundo con necesidades de cuidados (OIT, 2017). En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el 13% de las personas mayores requiere servicios de cuidados (en domicilio, en la mayoría de los casos). En ALC el 12% de la pobla-

ción de 60 años o más (9 millones de personas) presenta dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Si la tasa de dependencia se mantiene constante, se triplicará para 2050, y aumentará un 14% (27 millones de personas). Si el escenario fuera peor, pasará a un 17%, según el BID (2018).

En Argentina, de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (INDEC, 2012), el 9,5% de las personas mayores de 60 años presentó dependencia en las actividades de la vida diaria, con prevalencia de mujeres por sobre los varones (12,2% y 5,9%). A medida que avanza la edad, la dependencia es mayor; en el grupo de personas de más de 75 años la dependencia ascendió a un 20,7%. También en este grupo, las mujeres (25,2%) tienen más dependencia que los varones (13,2%). La dependencia en las actividades instrumentales es aún mayor: el promedio para ambos sexos es de 21,9% (26,5% mujeres, y 15,7% varones) y, en mayores de 75 años, la cifra asciende a 41% (mujeres 48%, varones 28,1%).

La fragilidad, la dependencia de cuidados y la comorbilidad son conceptos distintos, aunque estrechamente relacionados entre sí. Un estudio de la OMS detectó dentro de los casos de fragilidad que un 57,7% presentaba comorbilidad y un 27,2%, dependencia de cuidados. Por otra parte, un estudio europeo estimó que la prevalencia de fragilidad en las personas de 50 a 64 años ascendía al 4,1%, mientras que en los mayores de 65 la prevalencia aumentaba al 17% (OMS, 2015).

Por ello, las políticas de cuidado deben dirigirse a la población que presente tanto fragilidad como dependencia.

Tipos de servicios de cuidados

a. Cuidados en la Comunidad: “hace referencia a todas las formas de asistencia que no requieren que una persona mayor resida permanentemente en un centro de atención institucional” (OMS 2015).

b. Cuidados Institucionales: “se ofrece, entre otras instalaciones, en centros de vida asistida y en hogares de personas mayores” (OMS 2015).

Los servicios de cuidados en la comunidad se organizan de la siguiente manera:

⁴ La muerte prematura para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquella que va de los 30 a los 70 años.

- i. **Teleasistencia:** se brinda a la distancia, a través de tecnologías. El objetivo principal es proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata, en caso de emergencia, a las personas en situación de dependencia y/o fragilidad, debidas a una enfermedad crónica. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias o cuidados, alarmas personales, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas, detectores de temperatura, humo y fugas de agua y administradores de medicamentos.
- ii. **Apoyos y cuidados domiciliarios:** son servicios prestados en el lugar donde reside la persona para asistirle en las actividades básicas e instrumentales. Hay otros servicios que se pueden brindar en el hogar, incluyendo ayuda para realizar tareas domésticas y servicios de entrega de alimentos.
- iii. **Centros de día:** son servicios integrales que se prestan en instalaciones que no incluyen alojamiento, como cuidado, enfermería, psicológicos, terapia ocupacional, kinesiología y otros.

Los cuidados institucionales son los que brindan las Residencias de Larga Estadía: Son servicios prestados en una institución que incluye alojamiento, cuidados, asistencia psicosocial, enfermería, terapia ocupacional y servicios de salud con alguna complejidad. En el siglo XX los cuidados institucionales se basaban en la atención médica, por lo que su funcionamiento y estructura edilicia era de carácter hospitalario (OMS, 2015). Ya a fines del siglo XX se fueron transformando en espacios más amigables, con el cotidiano vivir de las personas mayores, considerando estos espacios como el hogar, el hábitat, donde transcurre la vida de los que residen allí. En el siglo XXI esto se plantea más fuertemente a través de la incorporación del paradigma de los Derechos Humanos; este refiere que, sin importar las condiciones de independencia o dependencia, todas las personas son sujetos de derechos, vivan en la comunidad o en una institución, y también en las instituciones se debe promover la autonomía en la toma de decisiones. Las personas mayores institucionalizadas deben ser consideradas sujetos con plena capacidad jurídica, y es a ellas a las que se les debe solicitar el consentimiento libre e informado para entrar o salir de la residencia.

Experiencias Internacionales

Existen distintos tipos de cobertura y financiamiento en los países que tienen sistemas de cuidados. Según el documento Marco sectorial de Protección Social y Pobreza (BID, 2017), la inversión promedio mundial en sistemas de cuidados a largo plazo representa entre 1% y 3%. Plantea que los países pertenecientes a la OCDE poseen los siguientes modelos:

- a. Países con cobertura universal de un solo programa:
 1. Financiados por impuestos generales, como en los países escandinavos y que presentan un gasto promedio de entre el 2% y 3,6% del PIB;
 2. Financiados por un seguro obligatorio e independiente del seguro de salud, como Alemania, Corea del Sur y Japón, con un gasto promedio al 1,5% del PIB,
 3. Financiados al estar integrados en el seguro de salud, como lo es Bélgica.
- b. Países con más de un programa de Cuidados a Largo Plazo:
 1. Coexisten por separado los cuidados de personas y los cuidados de enfermería, que son parte del sistema de salud (Escocia y la República Checa).
 2. Programas universales de prestaciones económicas, pero con apoyo modulado por los ingresos, como en Francia y Australia, donde el sistema no cubre todos los costos y el apoyo depende de los ingresos de las personas.
 3. Programas universales que conviven con programas focalizados por el nivel de ingreso como España.
 4. Programas altamente focalizados, según el nivel de ingreso para personas sin recursos económicos como en EE.UU.

Algunos modelos

Japón: en el año 2000 el gobierno puso en marcha el Sistema de Seguros de Cuidados a Largo Plazo. Los usuarios del servicio contribuyen un 10% al costo de la atención (habiendo un tope para las personas aseguradas de bajos ingresos) y el resto de los costos se financian, por igual, con las contribuciones del seguro y los ingresos fiscales (OMS, 2015).

El seguro se financia con un 50% de recursos recaudados por medio de impuestos (un 25%, del gobierno central; un 12,5%, de las municipalida-

des, y un 12,5%, de los gobiernos provinciales), el otro 50% lo aportan las personas aseguradas, un 17% lo aportan las personas de 65 años o más, a través de una deducción de su pensión o mediante un pago directo, y el 33% restante es deducido del seguro médico de los asegurados de entre 40 y 64 años. El seguro financia el 90% del costo total de las prestaciones y servicios (Huenchuan, 2018). Los servicios incluidos son cuidados en la comunidad y cuidados institucionales. La gestión recae sobre los gobiernos locales (OMS, 2015).

Para medir la autonomía y la dependencia de las personas de 65 años o más presentan un Baremo con 85 variables, de las cuales 73 evalúan el estado mental y físico, los 12 restantes contemplan tratamientos médicos especializados. Las variables se organizan en siete grupos de valoración: movimiento de las articulaciones, movilidad, movimientos complejos, cuidados especiales. Auto-cuidados. Comunicación y percepción, y comportamientos problemáticos. Su puntaje varía del 0 al 100 (Salvà, Rojano y Rivero, 2007).

España

En 2006 se aprueba la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La ley crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en la que participan todas las Administraciones Públicas. Establece un nivel mínimo de protección, que es garantizado financieramente por la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas. Al mismo tiempo establece un segundo nivel de protección, que contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Además, los receptores del servicio contribuirán económicamente a la financiación de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta, para ello, el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo. Se utiliza el Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (BVD) que hace referencia a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001).

A los grados de dependencia los clasifica en:

a. Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para llevar a cabo varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una

vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitadas para su autonomía personal.

b. Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c. Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

En referencia al Servicio de Atención en Domicilio (SAD), la norma regula la cantidad de horas mensuales de prestación, según lo estipula el Real decreto 1051/2013 (Rebollar, Ruiz B, 2018):

a. Para el grado III (gran dependencia): entre 46 y 70 horas mensuales.

b. Para el grado II (dependencia severa): entre 21 y 45 horas mensuales.

c. Para el grado I (dependencia moderada): máximo 20 horas mensuales.

Alemania

La ley de atención a la dependencia de Alemania se puso en marcha en 1995 (Salvà, Rojano, Rivero, 2007). Cuenta con un seguro de dependencia social, el cual la ciudadanía están obligados a tenerlo (Huenchuan 2018).

Presenta un Baremo que plantea tres niveles de atención (Salvà, Rojano, Rivero, 2007):

a. Nivel I: Se trata de personas que requieren ayuda, al menos una vez al día, para dos o más actividades consideradas como básicas y, varias veces a la semana, para las tareas domésticas. Promedio de necesidad de ayuda entre **1,5 y 3 horas diarias**, con un mínimo de 45 minutos en las actividades básicas.

b. Nivel II: Comprende a personas que necesitan ayuda tres veces al día, en las actividades de la vida diaria. **Promedio de necesidad de ayuda entre 3 y 5 horas diarias**, de las que 2 o más deben dedicarse a las actividades básicas.

c. Nivel III: Personas que requieren ayuda de forma continuada en las actividades de la vida diaria. **Promedio de necesidad de ayuda para todas las actividades de más de 5 horas diarias**, de las que 4 horas o más se destinan a las actividades básicas. Dentro de este nivel, sin que haya sido reconocido expresamente por la ley, se ha establecido un nivel especial que se otorga en casos de personas clasificadas en el nivel III y que requieren una asistencia de carácter extraordinario, que sobrepasa ampliamente los cuidados correspondientes al nivel. Está limitado a un máximo del 3% de los casos que reciben atención en el domicilio en el nivel III.

Francia

En Francia existe un subsidio personalizado de autonomía el *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA), destinado a las personas mayores de 60 años que requieren ayuda para las AVD. Es una prestación universal, para todas las personas de edad avanzada residentes en Francia de forma estable y regular. El APA no está condicionado por una comprobación de los recursos económicos del solicitante, pero existe un copago por parte de las personas que reciben el servicio. El APA varía en función del grado de dependencia y de los recursos que dispone de cada individuo. La participación financiera del beneficiario será del 0%, si la renta mensual es inferior a 800,53€ y hasta el 90%, si la renta mensual es superior a 2948,16€ (Philippe; Molero Marañón, 2017).

La financiación del sistema de la APA se configura como una prestación no contributiva. Es una prestación social, se financia con impuestos. Existe el Fondo Nacional de Autonomía Solidaria que es quien recauda y administra (CNSA). Se financia con:

Contribuciones del Seguro Nacional de enfermedades + del Seguro Nacional de pensiones por vejez + varios impuestos + una contribución especial pagada por los trabajadores (jornada de solidaridad) + una contribución adicional pagada por los jubilados (Martin Philippe; Molero Marañón María Luisa, 2017).

La mayor carga la tienen las provincias (2/3) y la Administración Nacional 1/3.

El baremo utilizado es *Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources* (AGGIR), que clasifica a las personas en 6 niveles (Salvà, Rojano, Rivero, 2007):

a. GIR 1: Personas encamadas con funciones graves que necesitan presencia continua para las AVD.

b. GIR 2: Personas encamadas o con graves problemas de movilidad, sin total deterioro cognitivo y que necesitan ayuda para la mayor parte de las AVD. Personas con grave deterioro cognitivo, que conservan su movilidad.

c. GIR 3: Personas que conservan parcialmente su movilidad, sin deterioro cognitivo, pero que necesitan, diariamente y durante varias veces, ayuda para las ABVD (mayoritariamente incontinentes).

d. GIR 4: Personas que tienen importantes problemas de transferencia, pero que, una vez que se han levantado, pueden desplazarse en el interior de la vivienda (suelen necesitar ayuda para la higiene corporal y el vestido). También personas que, aun no teniendo problemas locomotores, necesitan ayuda para las actividades básicas.

e. GIR 5: Personas que se desplazan solos en el interior de su domicilio, se alimentan y se visten solos. Necesitan ayuda puntual para el aseo personal, la preparación de las comidas y las tareas domésticas.

f. GIR 6: Personas que no necesitan ayuda para las AVD.

Solo las cuatro primeras categorías generan derecho a recibir APA.

Experiencias en América Latina

Son muy pocos los países que tienen programas de cuidados en la vejez. El único que cuenta con una ley es Uruguay. Las inversiones en políticas de cuidado son muy bajas. El gran desafío de la región es implementar políticas universales sobre cuidados en la vejez.

Algunas experiencias

Argentina

Desde 1996, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Desarrollo Social, la Argentina ha implementado el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, luego aprobado por Resolución Ministerial N° 1120. Su propósito radica en posibilitar que las personas mayores envejecan en sus

casas y retrasar la institucionalización el mayor tiempo posible y conveniente (Roqué, 2017). Entre sus objetivos está el de formación para la asistencia de personas mayores con dependencia, enfermedades crónicas o terminales; dicha formación fue reconocida por el Ministerio de Educación de la Nación y el Consejo Federal de Educación mediante Resolución Ministerial CFE N° 149/11, con validez en todo el territorio nacional. Cabe destacar que, desde 2013 cuenta, a su vez, con una línea de formación de cuidadores especializados en la atención de personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias, bajo el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida para Personas Mayores con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias, aprobado por Resolución N° 418 de la SENNAF (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia). Las dos líneas de acción del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios consisten, por un lado, en la capacitación y, por otro, en la promoción de sistemas locales de cuidados domiciliarios, a través de convenios firmados entre el Ministerio de Desarrollo Social y las obras sociales⁵, tales como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados⁶ (PAMI), el Instituto Médico Asistencial (IOMA), por Resolución N° 3558/2011 y el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina, por Resolución N° 976/2012.

El criterio de admisión para la formación de cuidadores es la presentación del certificado de nivel primario completo. El ingreso a la prestación está determinado por cada obra social o por cada gobierno local, pero en general concuerdan en atender a las personas frágiles y con dependencia (Roqué, 2017).

Una mención especial merece Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), dado que se trata de la obra social más grande de América Latina. Cuenta con 4.400.377 de personas de 60 años y más, lo que significa el 62% del total de este grupo etario a nivel nacional. El 10 de diciembre de 2019 se crea la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidados, con

una Gerencia que se encarga específicamente de estas políticas; la Secretaría también cuenta con tres subgerencias: la de Cuidados Institucionales, la de Cuidados en la Comunidad y la de Desarrollo y Cuidados Psicosociales.

El propósito es jerarquizar las políticas de cuidados y brindar una mejor atención a las personas afiliadas. Cuenta con los servicios de cuidados en domicilio, centros de día y residencias de larga estada.

Por otro lado la Dirección Ejecutiva de PAMI propuso tres ejes transversales a toda la institución, los cuales son:

1. Derechos Humanos
2. Capacitación Gerontológica
3. Género y Diversidad Sexual en la Vejez.

Para llevar adelante estos temas crea la Subgerencia de Capacitación Gerontológica y la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias, con rango de Gerencias, dependiendo directamente de la Secretaría. Las políticas de cuidados deben ser diseñadas e implementadas desde estos tres enfoques.

Chile

El Programa "Chile Cuida" forma parte del Sistema de Protección Social del Estado y tiene como misión acompañar y apoyar, a través de diferentes servicios, a las personas en situación de dependencia, sus cuidadores y cuidadoras, sus hogares y su red de apoyo. Brindan cuidados domiciliarios, ayudas técnicas, residencias, hogares protegidos, centros diurnos, entre otros. El acceso a los servicios se coordina a través de los municipios. Las poblaciones destinatarias del programa son: a) Personas mayores de 60 años en situación de dependencia, b) Niños, niñas y adultos en situación de dependencia.

Por otra parte, prioriza a los hogares más vulnerables del país y que presenten un integrante en situación de dependencia, según Registro Social de Hogares.

⁵ Las obras sociales son entidades encargadas de organizar la prestación de la atención médica de los trabajadores por rama de actividad en Argentina. Están regidas por la Ley N° 23.660 y son el equivalente a los seguros médicos de la Seguridad Social. Hay alrededor de 300 obras sociales, pero las más grandes son IOMA y PAMI.

⁶ PAMI fue creado por la Ley nacional N 19.032 en 1971, y es el mayor efector de atención socio-sanitaria 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).

Uruguay

Uruguay es el único país de América Latina que tiene institucionalizadas las políticas de cuidado, a través del Sistema Nacional Integrado de Cuidados⁷, creado con la sanción de la ley 19.353. Este sistema es transversal, en tanto que se organiza en función de las personas de todas las edades que precisan cuidados, entre las cuales están las personas mayores con dependencia, pero también la infancia y las personas con discapacidad con dependencia (Junta Nacional de Cuidados, 2015). En este marco, se elaboró el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, cuyo objetivo general es:

Garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres (Junta Nacional de Cuidados, 2015: 11).

Dentro de este plan hay un objetivo exclusivamente destinado a la población mayor, que sostiene:

Mejorar la atención de las personas mayores y las personas con discapacidad que se encuentran en situación de dependencia mediante el desarrollo de estrategias corresponsables de cuidado que se adecuen a las necesidades y capacidades de las personas y los hogares. Fortalecer las capacidades institucionales y su mejora continua (Junta Nacional de Cuidados, 2015).

Para cumplimentar este objetivo Uruguay dispone de un programa de cuidados en domicilio denominado "Asistentes personales". La prestación consiste en un subsidio económico definido en función de la capacidad de pago de cada hogar y la carga de cuidados correspondiente. En cuanto al acceso, se determina través de un sistema de postulación que prioriza a las personas mayores de 80 años. Hacia marzo de 2017, las personas alcanzadas por este programa eran 2.048 (Junta Nacional de Cuidados, 2017),

lo que demuestra un muy bajo impacto en las políticas destinadas a las personas mayores.

Normativa jurídica

Desde hace algunas décadas, la normativa jurídica internacional viene destacando la importancia de los cuidados en la vejez. En este sentido, los cuidados figuran entre uno de los cinco Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad de 1991 (Rodríguez-Piñero, 2010). La Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM) presta especial atención a la necesidad de cuidados, y en su artículo 2 define a la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, como:

Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado, sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

También la Convención jerarquiza los Cuidados como un Derecho Humano en su artículo 12, el "**Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo**". Allí se plantea lo siguiente:

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios, para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

⁷ Creado por la reciente ley 19.353. Más información disponible en <http://www.sistemadecuidados.gub.uy>

Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a:

- a. Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.*
- b. Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.*
- c. Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:
 - i. Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.*
 - ii. Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.*
 - iii. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.**

iv. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.

v. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.

d. Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que las/los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.

e. Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

La Convención fue aprobada por la OEA en 2015 y ratificada por la Argentina mediante la Ley N° 27.360.

Ventajas de los servicios de cuidado a largo plazo

La falta de los servicios de cuidado a largo plazo produce otros gastos, a causa del mal uso de los servicios de atención de cuadros agudos. Así, aunque los gastos públicos en cuidados a largo plazo puedan parecer bajos, es probable que se hayan transferido, al menos en parte, hacia el sector de la salud (OMS, 2015).

Las ventajas de estos servicios son:

1. Mejoran la calidad de vida de personas con dependencia y fragilidad.
2. Promueven la inclusión y participación social de las personas en la comunidad.
3. Alivian la carga de los cuidadores y cuidadoras informales.

4. Brindan asistencia adecuada a las personas que presentan patologías crónicas que motivan la dependencia.
5. Reducen las hospitalizaciones y los costos asociados: acorta la duración de las hospitalizaciones y apoya el retorno de las personas mayores a sus hogares.
6. Mejoran los cuidados en casos de demencia.
7. Mejoran los cuidados al final de la vida.
8. Promueven la dignidad en la vejez.
9. Promueven el empleo.

Conclusiones

En América Latina y el Caribe el envejecimiento poblacional se da a un ritmo acelerado, habiendo llegado en 2020 a 85 millones de personas de 60 años y más. El grupo que más crece es el de mayores de 70 años, que son los que mayor necesidad de cuidados presentan. Simultáneamente se produce una “crisis del cuidado”, puesto que al mismo tiempo que la población envejece, las mujeres de las familias –principales cuidadoras– se han insertado en el mundo público del trabajo remunerado, y si bien no han abandonado la tarea del Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR), el tiempo que le dedican es menor. Por otro lado, los cambios en las familias también han dificultado el trabajo de cuidado. Pasamos de familias horizontalizadas donde hay padre/madre y muchos hijos/as quienes son los que realizan el trabajo de cuidado, a familias verticalizadas que están compuesta por bisabuelo/a, abuelo/a, padre/madre, y pocos hijos/as o sin hijos/as, teniendo entonces más personas para cuidar y menos cuidadores/as.

Los sistemas de cuidados son prácticamente inexistentes en nuestra región, solo se cuenta con un sistema de cuidados en Uruguay, aunque no ha producido impacto significativo en la población mayor. Existen otros países con programas aún muy incipientes. Si bien Argentina tiene una larga trayectoria en la formación de cuidadores/as domiciliarios, aún no ha llegado a universalizar la prestación. En efecto, hoy está en discusión una ley para la creación de un Sistema Nacional de Cuidados. Los servicios de cuidados deben pensarse en clave de género, dado que las personas que cuidan, mayormente, son las mujeres a expensas del trabajo no remunerado y las que más necesitan cuidados también son mujeres. Asimismo, las políticas de cuidados deben entenderse como un bien público y como un derecho humano que permita a las personas mayores vivir con dignidad y autonomía.

Bibliografía

ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, A.; MORENO FUENTESE, F. (2009). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social- IMSERSO. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>

BANCO MUNDIAL (2021) <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>.

BAREMO DE VALORACIÓN DE LOS GRADOS Y NIVELES DE DEPENDENCIA (2011). Boletín Oficial del Estado. España. Recuperado en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174>

BID (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. <https://publications.iadb.org/es/cuatro-elementos-para-diseñar-un-sistema-de-cuidados>

BID (2017) Documento de marco sectorial de protección social y pobreza división de protección social y salud. <https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1728116555-3463>

CEPAL (2020). CEPALSTAT. Estadísticas e indicadores sociales. Tasa bruta de mortalidad. Disponible en: <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=5&idioma=e>

FRANCO REBOLLAR, P; RUIZ, B. (2018). El trabajo de ayuda a domicilio en España. Vicesecretaría General de UGT y la FeSP UGT. España. Disponible en https://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf

HUENCHUAN S (ED.) (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>

ROQUÉ, M. (2019). "Agenda 2030 desde la perspectiva del envejecimiento y las personas mayores", en Experiencias y Prioridades para Incluir a las Personas Mayores en la Implementación y Seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Huenchuan

S, RIVERA E., CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44600-experiencias-prioridades-incluir-personas-mayores-la-implementacion-seguimiento>

INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Argentina. Recuperado en <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

INDEC (2013). Encuesta Sobre Trabajo No Remunerado y Uso Del Tiempo. Argentina. Recuperado en https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf

JUNTA NACIONAL DE CUIDADOS (2017). Informe anual Sistema de Cuidados 2017. Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Informe%20anual%20Sistema%20de%20Cuidados%202017.pdf>

LEY 39/2006, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (2006). Boletín Oficial del Estado. España 2018. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

MINISTERIO DE ECONOMÍA (2020). Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto. Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

OIT (2017). Informe Mundial sobre la Protección Social. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf

OMS (2020). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338072>

OMS (2019). Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Borrador. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>

OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

Diplomado Iberoamericano 2021

Políticas de cuidado

Destinado a personal directivo y técnico de centros de día y residencias de larga estadía para personas mayores en Argentina

ONU Mujeres, CEPAL (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>

ONU MUJERES (2015). El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016. Transformar las economías para realizar los derechos. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/poww-2015-2016-es.pdf?la=es&vs=0>

PHILIPPE; MOLERO MARAÑÓN, M. (2017). El sistema de protección social de las personas dependientes en Francia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272300>

ROQUÉ, M. (2017). La atención centrada en la persona: Los retos del modelo para los servicios de apoyo a la dependencia, en Dependencia y el apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos. Dirección Sociocultural de Chile. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

ROVIRA, A. (2017). "Los modelos de atención y los servicios de apoyo a la dependencia: la experiencia desde la práctica", en La Dependencia y el Apoyo a los Cuidados, un Asunto de Derechos Humanos. Dirección Sociocultural de Gobierno de Chile. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

SALVÀ, A.; ROJANO, X.; RIVERO, T. (2007). Las situaciones de dependencia. Su valoración, los baremos y su aplicación. España. Disponible en <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/situaciones-dependencia-valoracion-baremos-331710218>

