

## **Organización social del cuidado en la Argentina. Brechas persistentes e impacto de las recientes reformas económicas**

Corina Rodríguez Enríquez, Gabriela Marzonetto y Virginia Alonso

### **Resumen**

Desde hace varios años la cuestión del cuidado viene ocupando un espacio de atención en la agenda de discusión de políticas públicas. La academia y organizaciones de la sociedad civil aportaron aspectos conceptuales y empíricos que permitieron advertir la centralidad del problema de la organización social del cuidado como vector de reproducción de desigualdad y contribuir a un debate informado sobre las maneras de enfrentarlo. El presente artículo pretende actualizar esta contribución mediante: i) la sistematización de los aportes conceptuales fundamentales para entender la cuestión como problema social; ii) la actualización de la evidencia existente para dar cuenta de la forma que adopta la organización social del cuidado de la población dependiente y la caracterización de las brechas de atención; y iii) la reflexión sobre las continuidades y rupturas de la atención de estos grupos poblacionales desde la política pública. El trabajo se enfoca en la cuestión del cuidado de la población dependiente en tres grupos poblacionales: i) los niños y niñas en la primera infancia; ii) las personas adultas mayores en situación de dependencia severa; iii) las personas con discapacidad con necesidad de cuidados directos. A partir de la escasa y dispersa información disponible, el artículo concluye que la oferta de servicios públicos de cuidado directo para niños y niñas, personas mayores y con discapacidad es insuficiente, segmentada y dispersa. Los déficits son menores pero notorios para la primera infancia, y muy sustantivos para las personas mayores y con discapacidad.

**Palabras clave:** organización social del cuidado, primera infancia, adultos mayores, personas con discapacidad, desigualdad de género.

## **Social organization of care in Argentina. Persistent gaps and impact of recent economic reforms**

Corina Rodríguez Enríquez, Gabriela Marzonetto y Virginia Alonso

### **Abstract**

For several years the issue of care has been raising special attention in public policy agenda. Thanks to Academia and civil society organizations, conceptual and empirical aspects were contributed, that allowed to notice the centrality of the problem of the social organization of care as a vector of reproduction of inequality, and contribute to an informed debate about the ways to face this social issue. This article intends to update this contribution through: i) a systematization of the fundamental conceptual contributions to understand the issue as a social problem; ii) an update of the existing evidence to account for the current shape of the social

organization of the care of the dependent population and a characterization of the attention gaps; and iii) a reflection on the continuities and ruptures of the attention of these population groups through public policy. The work focuses on the issue of care for the dependent population in three population groups: i) children in early childhood; ii) elder population in a situation of severe dependence; and iii) persons with disabilities in need of direct care. Based on the scarce and scattered information available, the article concludes that the offer of public services of direct care for children, elderly and disabled persons is insufficient, segmented and dispersed. The deficits are minor but notorious for early childhood, and very substantive for the elderly and disabled.

**Keywords: social organization of care, early childhood, elder population, people with disabilities, gender inequality.**

## **Organización social del cuidado en la Argentina. Brechas persistentes e impacto de las recientes reformas económicas<sup>1</sup>**

Corina Rodríguez Enríquez,<sup>2</sup> Gabriela Marzonetto<sup>3</sup> y Virginia Alonso<sup>4</sup>

Desde hace varios años la cuestión del cuidado viene ocupando un espacio de atención en la agenda de discusión de políticas públicas. La academia y organizaciones de la sociedad civil aportaron aspectos conceptuales y empíricos que permitieron advertir la centralidad del problema de la organización social del cuidado como vector de reproducción de desigualdad y contribuir a un debate informado sobre las maneras de enfrentar esta cuestión social. El presente artículo pretende actualizar esta contribución mediante: i) la sistematización de los aportes conceptuales fundamentales para entender la cuestión como problema social; ii) la actualización de la evidencia existente para dar cuenta de la forma que adopta la organización social del cuidado de la población dependiente y una caracterización de las brechas de atención; y iii) la reflexión sobre las

---

<sup>1</sup> Este artículo es resultado del proceso de investigación llevado a cabo para el proyecto PICT-2014-1154, financiado por el Foncyt.

<sup>2</sup> Conicet-Ciepp.

<sup>3</sup> Conicet-Ciepp.

<sup>4</sup> Conicet-Institutos Multidisciplinarios-Uncuyo.

continuidades y rupturas de la atención de estos grupos poblacionales desde la política pública.

El trabajo se enfoca en la cuestión del cuidado de la población dependiente en tres grupos poblacionales: i) los niños y niñas en la primera infancia; ii) las personas adultas mayores en situación de dependencia severa; y iii) las personas con discapacidad con necesidad de cuidados directos.

## **1. La cuestión del cuidado: un nudo central de reproducción de desigualdad<sup>5</sup>**

La noción de cuidado refiere a los elementos indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (las tareas domésticas) y la gestión del cuidado (en particular, cuando este se deriva a otras personas o instituciones). En este trabajo restringimos esta definición general al cuidado requerido por y prestado a personas dependientes del cuidado, es decir, aquellas que por su edad o estado físico o mental carecen de autonomía para el cuidado de sí mismas, centrándonos en tres grupos de población: los niños y niñas en la primera infancia, las personas mayores y las personas con discapacidad (en estos dos últimos casos, de aquellas personas con dependencia severa, que definiremos más adelante).

Las sociedades contemporáneas organizan el cuidado mediante la interrelación de cuatro actores que lo proveen y distribuyen: el Estado, mediante sus políticas públicas de cuidado; el mercado, mediante la provisión de servicios mercantiles de cuidado a los que puede acceder la población que tiene una determinada capacidad adquisitiva; los hogares, mediante la provisión de trabajo de cuidado no remunerado realizado por sus miembros; y la comunidad, a través de arreglos comunitarios de cuidado (Razavi, 2011; Zibecchi, 2013, Faur, 2018). Este diamante conformado por los cuatro actores del cuidado, y las relaciones que se establecen entre ellos, es lo que conforma la organización social del cuidado (OSC). El perfil de esta dependerá de las características y el grado de intervención de cada uno de los actores. La intensidad de la

---

<sup>5</sup> Se sigue aquí a Rodríguez Enríquez (2018) y Rodríguez Enríquez y Pautassi (2014).

participación de un actor resulta determinante de la magnitud de la participación de los otros.

Los estudios existentes que analizan la OSC en América Latina y en la Argentina dan cuenta de su carácter injusto, porque las responsabilidades de cuidado están desigualmente distribuidas en dos sentidos. Por un lado, entre los actores del cuidado (hogares, Estado, mercado y organizaciones comunitarias). Por el otro, y al interior de cada uno de estos actores, entre varones y mujeres. En efecto, el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y, dentro de los hogares, por las mujeres (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015).<sup>6</sup>

Esto deviene de la concurrencia simultánea de una serie de factores. En primer lugar, la división sexual del trabajo y la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar, sostenidas en valoraciones sociales, prácticas culturales y estereotipos y mandatos de género. En segundo lugar, por el alcance de las instituciones públicas vinculadas con el cuidado y por el paradigma con que fueron construidas (Marzonetto y Rodríguez Enríquez, 2017). La participación marginal del Estado en la OSC deriva de que su responsabilidad se ha considerado históricamente complementaria de la de los hogares. Asimismo, la visión maternalista que prima sobre las instituciones públicas fortalece el rol cuidador de las mujeres (Pautassi, 2013). En tercer lugar, el carácter injusto de la OSC deriva de la estratificación de los arreglos de cuidado. En el contexto de una insuficiente provisión pública de servicios de cuidado, el acceso a servicios de cuidado extradomésticos queda restringido al mercado. Los servicios mercantiles de cuidado son costosos y su acceso está disponible de manera diferencial para los hogares con suficientes recursos económicos. En cuarto lugar, la OSC puede adoptar, en ciertas circunstancias, un carácter transnacional en el que se conforman cadenas globales de cuidado que conjugan crisis económicas, crisis de cuidado y feminización de las migraciones (Sanchís, 2007). A lo largo de la cadena global de cuidado, el trabajo de reproducción cotidiana de la vida se deriva desde situaciones más aventajadas hasta

---

<sup>6</sup> Para profundizar sobre estos distintos aspectos de la OSC en América Latina y Argentina ver: Amarante y Rossell (2018) y Borgeaud-Garciandía (2018) sobre el componente de trabajo remunerado y no remunerado de cuidado; Zibecchi (2015) sobre el componente del trabajo comunitario; Batthyány Dighiero (2015), Marco y Rico (2013), ONU Mujeres (2018), Rico y Robles (2016) y Vega y Gutiérrez Rodríguez (2014) sobre la organización social del cuidado en la región; Esquivel, Faur y Jelin (2012), Lupica (2010), OIT *et al.* (2018) y Rodríguez Enríquez y Pautassi (2014) sobre la organización social del cuidado en la Argentina.

situaciones más desfavorables, donde la vida de las mujeres migrantes trabajadoras del cuidado y los frágiles arreglos de cuidado en los países de origen resultan la variable de ajuste (Borgeaud-Garciandía, 2013).

Por lo anterior, la OSC, además de estar históricamente organizada de manera injusta, se transforma en un vector de reproducción y profundización de la desigualdad (Rodríguez Enríquez, 2012). Las mayores posibilidades de acceder a alternativas de cuidado fuera del hogar facilitan la generación de ingresos y mejoran, por lo tanto, las condiciones materiales de vida. Los hogares (y las mujeres) que no pueden comprar cuidado y tienen acceso restringido a servicios públicos de cuidado de calidad ven limitadas sus opciones de participación económica y sobreexplotado su tiempo de trabajo no remunerado, lo que refuerza su situación de desventaja.

En este contexto, las políticas públicas de cuidado adquieren una dimensión fundamental como herramientas que pueden transformar esta dinámica de reproducción de desigualdad. La propia definición de política de cuidado es materia de debate, pero aquellas entendidas en un sentido más estricto como tales incluyen al menos tres tipos: i) las regulaciones del cuidado en el marco de las relaciones laborales (por ejemplo, las licencias maternales, paternales, parentales y familiares, así como la regulación de las condiciones de trabajo en el empleo de cuidado); ii) la provisión pública de servicios de cuidado; y iii) las políticas de transformación cultural, que permiten (o no) modificar los estereotipos de género y las valoraciones culturales en torno al cuidado.<sup>7</sup>

En el presente trabajo nos concentramos en las políticas de provisión directa de cuidado para la población dependiente de los tres grupos mencionados. El foco está puesto en advertir cómo se resuelven las necesidades de cuidado de esta población, en particular en relación con el trabajo de cuidado que demandan, por lo que no consideramos las políticas que indirectamente pueden contribuir a determinar los arreglos de cuidado de esta población, como las licencias o las transferencias monetarias. El objetivo del análisis está puesto en observar la magnitud de la brecha de atención de las demandas de cuidado de la población dependiente por parte de estas políticas públicas de prestación de servicios de cuidado.

---

<sup>7</sup> Ver los trabajos de Blofield y Martínez Franzoni (2014); Rossel (2013).

## 2. Las demandas de cuidado de la población dependiente y las brechas de atención

Consideramos tres grupos de población con necesidad de cuidados directos para su subsistencia, entendiendo esta como aquella situación en donde no es posible resolver por los propios medios las necesidades básicas de la supervivencia cotidiana.

En el caso de la niñez, se toma en particular al grupo de primera infancia, adoptando la definición por corte etario de las normas vigentes, establecida en el grupo de niños y niñas de 0 a 5 años de edad. Además de constituir el grupo de niños y niñas en el que las necesidades de cuidado se vuelven más intensas, son aquellos que por su edad se encuentran aún fuera de la educación básica<sup>8</sup> y, como veremos enseguida, son quienes enfrentan una menor oferta de servicios de cuidado y una menor tasa de asistencia efectiva.

En el caso de las personas adultas mayores se considera el enfoque de la edad funcional, donde se combina la edad cronológica con la pérdida de capacidades funcionales (Huenchuan, 2013). En términos cronológicos, se consideran adultas mayores a las personas de 60 años y más, siguiendo la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del año 2015, a la que Argentina adhiere, que en su artículo 2 define como persona mayor a “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años”.

En relación con la situación de dependencia, esta se despliega a partir de enfermedades crónicas cuya evolución puede llevar a la invalidez. Sin embargo, el efecto de estas sobre las personas mayores es diverso y en algunos casos puede afectar la capacidad para realizar actividades consideradas esenciales (Redondo, Manzotti y De la Torre, 2013). Estas actividades pueden clasificarse según la evaluación geriátrica en: 1) actividades básicas de la vida diaria (*activities of daily living* o ADL), como levantarse o acostarse en la cama, vestirse/desvestirse, caminar, alimentarse, asearse, mantener el control de esfínteres; y 2) actividades instrumentales de la vida diaria (*instrumental activities of daily living* o IADL), como cocinar, limpiar la casa, lavar, hacer compras, manejar el dinero, controlar la medicación, desplazarse por la calle, utilizar el

---

<sup>8</sup> Esto es así aun cuando la obligatoriedad de la educación inicial comienza a los cuatro años de edad (Ley 26206 y 27045).

transporte, realizar gestiones (Redondo *et al.*, 2013; Bloch y Schuster, 2015). Mientras las primeras hacen referencia a la capacidad de la persona para el autocuidado, las segundas incluyen actividades más complejas que se asocian a la capacidad de vivir de manera independiente en la sociedad (Gascón y Redondo, 2014; Bloch y Schuster, 2015). A partir de estas definiciones se definen tres niveles de dependencia: i) leve (referida a quien no precisa ayuda, o la utiliza solo para un componente de las actividades básicas de la vida diaria); ii) moderada (referida a la necesidad de asistencia para más de un componente, pudiendo realizarse por cuenta propia otros componentes sin ayuda o supervisión); y iii) severa (referida a la situación de aquellas personas que necesitan ayuda de otra persona para todos los componentes de las necesidades básicas). Es este tercer grupo el que consideramos en este trabajo.

Respecto de las personas con discapacidad (PCD), se toma la definición de la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006, que las define como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. El grado de dependencia de las PCD responde al tipo de deficiencia o limitación, o a la combinación de dos o más deficiencias que afecten su autonomía. Cuando esta deficiencia es (o es acompañada de) una limitación cognitiva podemos clasificar al nivel de dependencia como severo.<sup>9</sup>

En lo que sigue damos cuenta de la dimensión de las necesidades de estos grupos poblacionales y de los instrumentos de política pública que buscan atenderlos, en un intento embrionario de establecer la magnitud de las brechas de atención.

## **2.1. Necesidades de cuidado, políticas públicas y brechas de atención en la primera infancia**

La magnitud de las necesidades de cuidado en la primera infancia está determinada por la cantidad de niños y niñas en ese grupo de edad. La información

---

<sup>9</sup> Cabe resaltar que encontrar cierta proximidad —e incluso yuxtaposición— en las características del tipo de dependencia de las personas con discapacidad y personas adultas mayores con limitaciones permanentes, y por lo tanto de necesidad de servicios de asistencia similares, responde sobre todo a que dentro de estos grupos hay mayor incidencia de personas dependientes con impedimentos para llevar a cabo actividades básicas de la vida cotidiana.

censal y las proyecciones de población nos permiten conocer que en la Argentina se estima que en el año 2017 había 4.482.637 niños y niñas de 0 a 5 años de edad<sup>10</sup>. Las necesidades de cuidado directo de este grupo poblacional, desde las políticas públicas, se atiende a través de dos estrategias básicas: por un lado, los servicios educativos de corte universal donde se incluyen las salas maternas y los jardines de infantes, y por el otro, los programas de corte asistencialista, orientados a niños y niñas que viven en hogares en situación de vulnerabilidad social, concentrados en lo que hoy se denominan Espacios de Primera Infancia (EPI).<sup>11</sup>

Por su importancia institucional para el cuidado y el desarrollo integral de los niños y niñas, el sistema educativo constituye el pilar central de la oferta pública de cuidados ofrecida por el Estado para este grupo de población. Normativamente, los servicios educativos están regulados por la Ley Nacional de Educación (Ley 26206, y la Ley 27045 que modifica los artículos 16, 18 y 19 de la ley 26206), que ratifica la obligatoriedad de asistencia escolar para los niños y niñas a partir de los cuatro años, y asimismo establece la obligación del Estado de garantizar el acceso universal a los niños y niñas de tres años de edad. Según esta norma, que regula tanto los establecimientos de gestión estatal como los de gestión privada y comunitarios, la educación inicial se organiza a través de los jardines maternas, que atienden a los niños y niñas desde los cuarenta y cinco días de edad hasta los 2 años inclusive, y los jardines de infantes, para los niños y niñas desde los 3 hasta los 5 años de edad inclusive.

La cobertura de estos servicios varía por edad, jurisdicción y estrato socioeconómico de pertenencia. En la tabla 1 puede verse cómo la tasa de asistencia es prácticamente universal para los 5 años y muy alta (cercana al 90%) para los 4 años, las dos edades para las cuales la normativa establece la obligatoriedad de la educación. Sin embargo, este indicador se reduce sustantivamente para los niños y niñas de 3 años, donde se ubica por debajo del 50% y es extremadamente bajo para los niños y niñas de 0 a 2 años.

---

<sup>10</sup> Debido a que las proyecciones de población no se encuentran disponibles para edades simples, el dato es una estimación propia a partir de aplicar la estructura de población de edades simples para ese grupo de edad en el Censo 2010 a las proyecciones de población por grupo de edad para el año 2017.

<sup>11</sup> Para un análisis en mayor profundidad de las políticas de cuidado directo para la primera infancia, puesta en el contexto de la OSC de niños y niñas en la Argentina, ver Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015) y Marzonetto (2016).



**Tabla 1. Tasa de asistencia a la educación inicial por edad. Total del país (2017)**

Edades	Población	Asistentes	Tasa de asistencia
0-2	2279770	109165	4,79
3	727912	319300	43,87
4	741164	649907	87,69
5	733791	720459	98,18

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Censo 2010, Proyecciones de Población y Anuario Estadístico de la Dirección de Información y Estadística Educativa (DIEE).

Estos números globales esconden diferencias notorias. Una mirada territorial permite advertir que la Ciudad de Buenos Aires tiene tasas de asistencia marcadamente más elevadas que el resto del país, mientras la mayoría de las provincias del norte tiene las tasas más bajas. Por ejemplo, en el grupo de edad de 0 a 4 años, la tasa de asistencia a establecimientos educativos de educación inicial en 2017 alcanza el 40,9% en la Ciudad de Buenos Aires, pero se reduce a 17,7% en Salta, 19,7% en Formosa, y 19,9% en Tucumán.<sup>12</sup> La Encuesta de Protección y Seguridad Social II (Enapross II), relevada por el entonces Ministerio de Trabajo durante 2015, confirma estas diferencias entre las jurisdicciones incluidas en ese relevamiento, y también cómo las mismas se agravan a medida que la edad de los niños y niñas disminuye. Para el grupo de edad de 3 y 4 años, mientras la tasa de asistencia en la CABA es de 90,8%, en Río Negro de 79,5% y en el Gran Buenos Aires de 76,6%, el indicador se reduce a 48,3% en Corrientes y a 55% en el Chaco. Para el grupo de edad de 0 a 2 años, la tasa de asistencia se eleva a 38,1% en la CABA, pero llega apenas a 3,1% en el Chaco y a 4,5% en Catamarca.

Las evidencias resultan contundentes cuando se analizan por nivel socioeconómico. Filgueira y Aulicino (2015) muestran, utilizando también información de la Enapross II, que mientras más del 40% de los niños y niñas de 0 a 2 años que viven en hogares del quinto quintil de ingresos asisten a establecimientos de nivel inicial o a establecimientos de cuidado, este indicador se desploma a menos del 10% para los niños y niñas de ese grupo de edad que viven en hogares del primer quintil de ingresos. Por su parte, para los niños y niñas de 3 y 4 años, la brecha en la asistencia a establecimientos educativos o de cuidados supera los 30 puntos porcentuales,

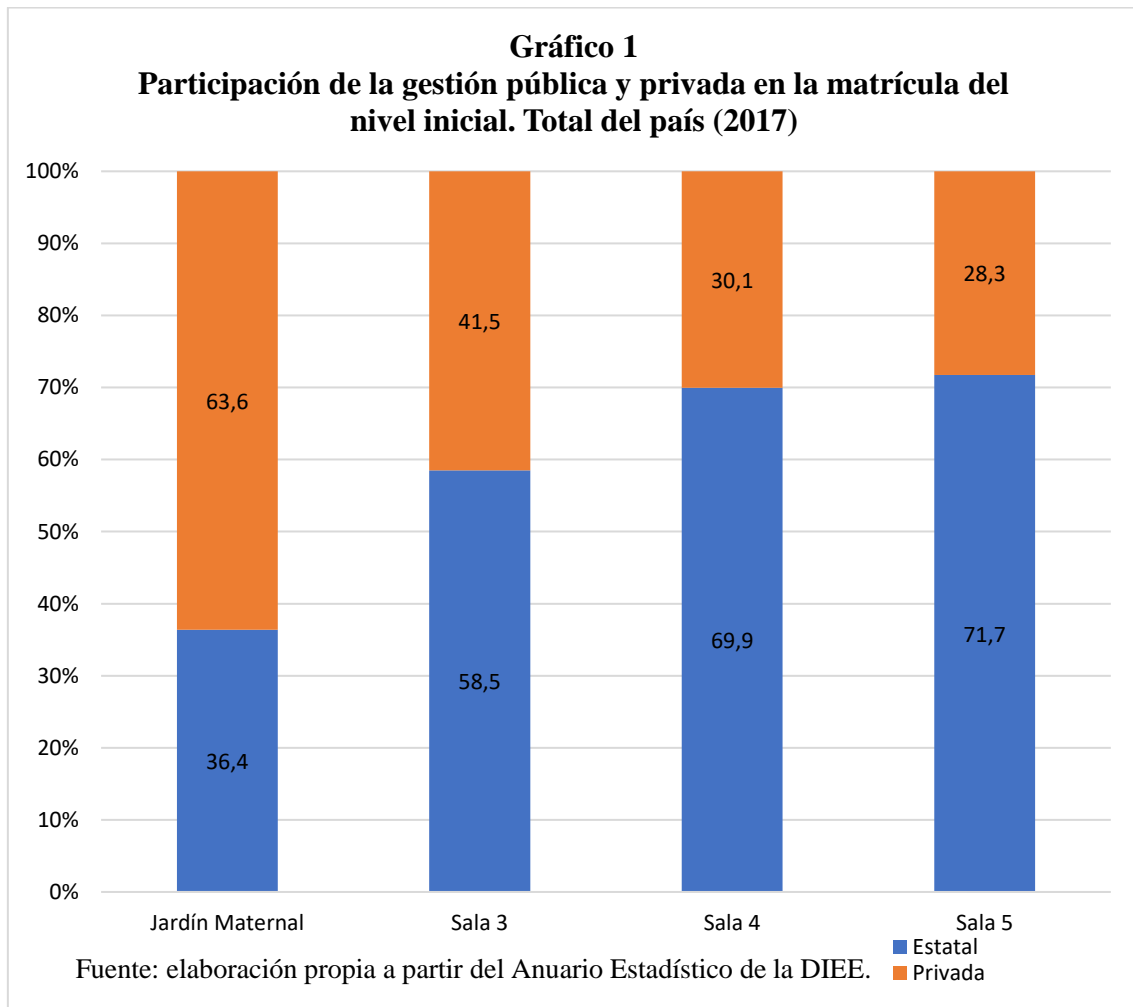
<sup>12</sup> Elaboración propia sobre la base de proyecciones de población del Indec y el Anuario Estadístico de la DIEE.

ubicándose por encima del 90% en el caso de los niños y niñas que viven en hogares del quinto quintil de ingresos y reduciéndose a 60% en el caso de los niños y niñas de hogares del primer quintil. A similares conclusiones arriban Faur y Pereyra (2018), que utilizando información relevada por la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social (ENES-Pisac) a fines de 2014 e inicios del 2015, señalan que para los niños y niñas menores de 4 años la edad y el estrato social es un factor determinante de asistencia a cualquier tipo de servicio de cuidado. En todos los casos la asistencia descende con la edad, pero es mucho más pronunciada para los niños y niñas de los estratos socioeconómicos bajos y medios. En el caso del estrato socioeconómico más alto, la mayor asistencia relativa se explica por el acceso a servicios de gestión privada.<sup>13</sup>

En parte, esta desigualdad en el acceso a servicios educativos se explica por la debilidad de la oferta de gestión estatal a medida que disminuye la edad de los niños y niñas, y se va licuando la obligación del Estado de garantizar esta provisión. Como puede verse en el gráfico 1, mientras en los niveles donde la educación inicial es obligatoria la participación de la gestión estatal en la provisión de oferta de educación inicial ronda o supera el 70%, la estructura se da vuelta para el caso de los jardines maternales destinados a las niñas y niños de 0 a 2 años, donde la participación de la gestión estatal se reduce al 36,4% y la privada crece hasta el 63,6%.

---

<sup>13</sup> Las tasas efectivas de asistencia que se estiman con la ENES, aunque coinciden en las brechas, difieren en los valores específicos de las otras fuentes. Esto puede deberse a que la muestra es insuficiente para lograr estimaciones estadísticamente robustas con varios niveles de desagregación.



Estas diferencias en las matrículas y tipo de establecimiento al que asisten los niños y niñas también está presentes por jurisdicción, lo que permite observar que desde la descentralización educativa no todas las provincias han dado respuestas similares al problema de la educación de la primera infancia. Esto adquiere notoriedad cuando se observa que la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires (sobre todo en el Conurbano) son las jurisdicciones con mayor participación de gestión privada en todos los años del nivel inicial, mientras que provincias como el Chubut, Corrientes y Mendoza son las que muestran mayor presencia de establecimientos estatales (Marzonetto y Rodríguez Enríquez, 2017).

Finalmente, en materia de servicios educativos, otro dato relevante para advertir en qué medida estos funcionan adecuadamente como espacios de cuidado que atiendan las necesidades no solo de los niños y niñas, sino también de sus familias, es la duración

de la jornada. Cuanto más prolongada es la jornada que los niños y niñas pueden estar en los establecimientos educativos, mayor facilidad habrá para que las familias organicen sus estrategias de cuidado y puedan combinar el cuidado con jornadas de trabajo en el mercado laboral. Según la información provista por la DIEE, la proporción de matrícula de nivel inicial que asiste a establecimientos de doble jornada es notoriamente baja. En el año 2017, solo el 3,3% del total de niños y niñas en el nivel inicial asistían a doble jornada. Esta proporción es mayor en los jardines maternos, con el 8,3% de la matrícula, que en los jardines de infantes, con el 3% de la matrícula, y es mayor en los establecimientos de gestión privada (con el 4,3% de la matrícula del nivel inicial) que en los de gestión estatal (con el 2,8% de la matrícula del nivel inicial).

En síntesis, la oferta educativa de nivel inicial representa sin dudas una opción de atención de necesidades de cuidado muy relevante y que deviene de un legado institucional marcado por la relevancia histórica de la educación básica en la Argentina (Marzonetto y Rodríguez Enríquez, 2017). La asistencia prácticamente universal en la edad de 5 años y muy elevada para los 4 años muestra la relevancia de normas que establecen simultáneamente la obligación de la concurrencia escolar de los niños y niñas por parte de las familias, y de la garantía del derecho a la educación por parte del Estado. Sin embargo, una proporción relevante de las demandas de cuidado de este grupo de población dependiente persisten insatisfechas. Esto se expresa en: i) la baja tasa de asistencia en el tramo de edad de 0 a 3 años; ii) lo limitado de la oferta de servicios de jornada extendida; iii) la mayor participación de establecimientos de gestión privada cuanto menor es la edad de los niños y niñas; y iv) la diversidad jurisdiccional y socioeconómica en las posibilidades de acceso.<sup>14</sup>

Como se mencionó al inicio, la oferta educativa de nivel inicial se complementa con oferta asistencial de servicios de cuidado, que prioriza a la población en situación de vulnerabilidad social. Actualmente, la provisión de cuidado de tipo asistencial se ejecuta a través de los EPI, herederos de los Centros de Desarrollo Infantil. Según informa el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, los EPI brindan atención integral, contención y estimulación, para niños y niñas de 45 días a 4 años. Sus prestaciones

---

<sup>14</sup> A esto se suma la persistencia de una visión familiarista desde los propios hogares respecto a las preferencias del cuidado para los niños y niñas más pequeños. Según informa la ENES-Pisac, más allá de las limitaciones por el lado de la oferta, solo el 9,86% de los hogares señalan dificultades para organizar el cuidado de los niños y niñas de 0 a 4 años.

incluyen asistencia nutricional, prevención y promoción de la salud, estimulación temprana y psicomotricidad, y capacitación para educadores, madres, nutricionistas y profesionales de esos espacios.

Lamentablemente no existe información oficial actualizada disponible que nos permita conocer la cobertura de los EPI, ni su distribución jurisdiccional, ni sus características;<sup>15</sup> mucho menos, evaluaciones sobre su rendimiento. A partir de los escasos estudios que existen sobre estas instituciones, se puede afirmar que ha habido avances en términos de reconocimiento y consolidación de estos espacios, y que estos han contribuido a mejorar la oferta de cuidado, especialmente para los niños y niñas menores de 3 años, los más desatendidos por el sistema escolar (OIT, Unicef, PNUD y Cippec, 2018). Sin embargo, también se señalan varias limitaciones en esta provisión, que pueden sintetizarse en las siguientes: i) importante disparidad en la calidad y el tipo de servicios prestados, por jurisdicción y entre los EPI; ii) deficiencias de infraestructura, espacios físicos no adecuados y materiales inapropiados; iii) precarias condiciones de trabajo y malas condiciones salariales de los cuidadores; iv) la diversidad del recurso humano y del carácter (público, comunitario o mixto) de los EPI dependiendo de las localidades;<sup>16</sup> y v) falta de regulación (Repetto *et al.*, 2014; Rozengardt, 2014; OIT *et al.*, 2018; Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015).

En síntesis, si bien los EPI intentan atender parte del déficit de atención del sistema de educación inicial, lo hace de manera insuficiente, segmentada y por ello reproduciendo las desigualdades en la garantía del derecho al cuidado de los niños y niñas de menor edad. La Argentina enfrenta, por lo tanto, un desafío persistente y relevante para generar las condiciones que permitan acceso universal a servicios de

---

<sup>15</sup> Según proyecciones de la Senaf (2013), realizadas sobre un total estimado a nivel nacional de 6.000 CDI, y con un promedio de 80 niñas y niños atendidos por estos centros, se podía estimar en ese momento que la cobertura a nivel nacional en los CDI de todo el país alcanzaba aproximadamente a 480.000 niños y niñas, es decir al 33,9% de la demanda potencial estimada (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015). Resultados arrojados por la ENES-Pisac planteaban que los establecimientos de gestión comunitaria cubrían tan solo el 3,2% de los niños de 0 a 4 años que asistían a jardines, guarderías o centros de cuidado infantil en los años 2014 y 2015.

<sup>16</sup> Una gran diferencia entre un centro de carácter público y otro de carácter comunitario radica en la formación y especialización del personal que en ellos trabaja. Aunque los centros comunitarios cuentan con mayores recursos simbólicos, representación e identificación comunitaria, por lo general no cuentan con especialistas (psicopedagogos, docentes de nivel inicial, auxiliares de nivel inicial) para brindar los servicios (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015).

cuidado de calidad en la primera infancia, adaptados a las múltiples necesidades de la diversidad de familias que requieren de estas prestaciones.

## **2.2. Necesidades de cuidado, políticas públicas y brechas de atención de las personas adultas mayores**

La Argentina es uno de los países más envejecidos de América Latina, encontrándose en una fase de envejecimiento avanzado (Celade, 2010). Según el último censo de población, el número de personas mayores de 60 años ascendió a 5.725.838, el 14,3% de la población total. Para el año 2018, las proyecciones realizadas por el Indec estiman un incremento de este grupo etario, cuyo número escalaría a 6.838.533 y cuya proporción estaría por tanto alcanzando al 15,3% de los habitantes. El 57,5% de las personas mayores son mujeres y la proporción femenina aumenta a medida que incrementa la edad.

La Encuesta Nacional sobre la Calidad de Vida de Adultos Mayores (Encaviam), realizada en 2012 es la fuente de información más detallada y actualizada para conocer las características de la población adulta mayor en relación con sus necesidades de cuidados.<sup>17</sup> Este relevamiento permite advertir que el 9,5% de los adultos mayores presenta dependencia básica, mientras que el 21,9% tiene dependencia instrumental. Ambos tipos de dependencia aumentan en el grupo de edad más avanzada. En el caso de la dependencia básica, la incidencia pasa de 4,9% en el grupo de personas de 60 a 74 años de edad y al 20,7% para las personas de 75 años y más. En el caso de la dependencia instrumental, el porcentaje casi se triplica al pasar del 14% al 41%.

Cuando se aplica a esta población el criterio para determinar el nivel de la dependencia, se estima que el 0,7% presentaría una situación de dependencia severa, lo que equivaldría según las proyecciones de población para 2018 a casi 48.000 personas, lo que representa una medida aproximada de la demanda de cuidado en este grupo poblacional. Esta es una estimación de mínima, porque la Encaviam solo consigna el caso de las personas mayores en viviendas particulares (y no en viviendas colectivas,

---

<sup>17</sup> La ENES-Pisac también recoge información sobre el estudio del cuidado de personas mayores con dependencia en la Argentina. Sin embargo, como la Encaviam brinda mayor profundidad en la información sobre esta temática (dada la especificidad poblacional del instrumento), se emplea esta encuesta como una de las principales fuentes para este grupo de análisis.

como son las residencias de larga estancia).<sup>18</sup> Adicionalmente, la forma en que se administra el instrumento de captación puede implicar un subregistro, ya que en los casos en que las personas se encontraban imposibilitadas para responder, por problemas cognitivos o físicos severos, no se aplicó el cuestionario.

Según la información de esta misma fuente, el cuidado de personas mayores con dependencia básica recae fundamentalmente en la familia (77,4%) o en personas allegadas (amigas, vecinas, otras) (7%), y en menor medida es derivado a personas que realizan estas tareas de manera remunerada (15,7%), tratándose tanto de personas cuidadoras especializadas o no especializadas.<sup>19</sup>

Esta información nos permite intuir que la participación del Estado en el cuidado directo de las personas mayores que residen en hogares particulares, en especial de aquellas con dependencia básica, es marginal y apenas complementario al cuidado que se provee en el ámbito doméstico. A pesar de ser pionera en materia de derechos para la vejez, en la actualidad la Argentina no cuenta con una ley específica que dé un tratamiento integral a las situaciones de las personas mayores (a diferencia de otros países de la región). Sin embargo, en mayo de 2017, el país ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección Social de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (mediante la Ley 27360). Esta convención incluye el cuidado entre sus principios generales, y agrega como otro de estos principios la responsabilidad del Estado (y la participación de la familia y de la comunidad) en el cuidado y atención de las personas mayores.

El andamiaje institucional para atender esta responsabilidad en la Argentina está dado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Dinapam), dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (Senaf) del Ministerio de Desarrollo Social, encargada de la coordinación de acciones públicas

---

<sup>18</sup> Según el Censo 2010, en la Argentina había 139.667 personas mayores viviendo fuera de hogares particulares. 61,9% de ellas residían en hogares de ancianos, 20% en hospitales, 13,8% en hoteles, 2,8% en hogares religiosos y 1,6% tenían otra condición, presumiblemente situación de calle. Con la información disponible no es posible conocer qué proporción de estas personas se encuentra en situación de dependencia severa, pero es posible intuir al menos que la mayoría requiere cuidados y que una parte importante de las que viven en residencias de larga estancia no sean autoválidas. Si se considerase esta población, la demanda potencial de cuidado directo para personas mayores dependientes se triplicaría.

<sup>19</sup> Si bien la Dinapam no lo aclara, se entiende que dentro de este grupo se incluyen tanto las personas que trabajan como cuidadoras en el marco de los programas públicos de prestación de cuidados domiciliarios como las personas contratadas directamente por los hogares en forma particular.

federales relacionadas a la vejez, y por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), conocido como PAMI, especializado en la atención sanitaria y social de personas mayores.

La principal política pública nacional de cuidado directo para las personas mayores es el programa de cuidadores domiciliarios. El programa está en realidad destinado a personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales (con o sin familia) que por diversas razones necesitan ayuda en su domicilio para las actividades de la vida diaria. Además, tiene un componente destinado a la formación de personas cuidadoras, y otro de prestación directa de cuidado en los domicilios de las personas beneficiarias. Este último está destinado, en el caso de las personas mayores, a aquellas que: a) se encuentran en situación de pobreza por ingresos; y/o b) si tiene familiares, que no lo puedan atender por razones de distancia, laborales, composición familiar, enfermedad o incapacidad física o psíquica u otras evaluadas por la o el trabajador social; o que los familiares (obligados por ley a prestar asistencia) tengan ingresos insuficientes.

Entre las prestaciones que la resolución describe como tareas de las personas cuidadoras domiciliarias se pueden mencionar: actividades de cuidado de la salud (realización de prácticas indicadas por los profesionales como ejercicios de rehabilitación, de foniatría, etc.), actividades directas de cuidado (alimentación asistida, higiene y aseo personal, etc.) y actividades indirectas de cuidado (preparación de alimentos, realización de compras, etc.).

El programa se implementa mediante convenios establecidos entre la Senaf, a través de la Dinapam, y los gobiernos provinciales y municipales, organismos nacionales (como el INSSJP-PAMI), obras sociales y otras organizaciones.

Dada la ausencia de información oficial disponible relativa a la cobertura del programa, resulta difícil conocer cómo se ha implementado a nivel territorial y cómo ha cubierto a las personas potencialmente beneficiarias.<sup>20</sup> El último dato disponible, tomado de las metas físicas presupuestarias del año 2017, indicaba la aspiración de

---

<sup>20</sup> Arias (2009) indica que el número de personas atendidas entre 2003 y 2008 fue igual a 24.268. Por su parte, durante el mismo período, se capacitó a 12.572 cuidadoras. Esto último significó un incremento que rondó el 500% respecto a la formación efectuada durante 1996 y 2002, en la versión anterior del programa.



atender a tan solo 1764 personas (esto representaría apenas 0,4% de la demanda potencial estimada), y capacitar a 6408.<sup>21</sup>

Complementando la atención de cuidado directo en los domicilios, la Dinapam también provee, aunque de manera marginal, servicio de residencias de larga estadía. Actualmente cuenta con nueve residencias que brindan cuidados y atención integral a personas mayores, ubicadas en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.<sup>22</sup>

La población albergada en las residencias son personas mayores de 60 años que no tienen obra social ni recursos económicos, es decir, personas en situación de vulnerabilidad, fragilidad y/o dependencia, ya que desde el paradigma dominante se entiende que las personas mayores dependientes deben permanecer en sus hogares — apoyadas por cuidadoras domiciliarias si la situación lo amerita— y que la institucionalización aparece como el último recurso (Roqué y Amaro, 2016). En el caso de este programa tampoco existe información oficial disponible para conocer su cobertura y funcionamiento. Solamente podemos aproximar, a partir de las metas físicas presupuestarias, que en estas residencias se atendió a 255 personas para 2018.

La otra posibilidad que las personas mayores tienen de contar con un servicio de internación geriátrica financiada por el Estado es a través del INSSJP-PAMI, que otorga servicios sociales y de salud a las personas mayores jubiladas o pensionadas y a su grupo familiar. El PAMI ofrece internación geriátrica a aquellas personas que por sus situaciones de salud (discapacidad física y/o psíquica por patología progresiva o secular) requieren una atención integral que su medio no puede otorgarles y que presentan carencia habitacional y/o económica. De acuerdo a información provista por la propia institución, hacia 2016 el PAMI proveía este servicio a 21.238 personas en todo el país.

Sumando estos dos tipos de provisión de internación geriátrica o residencia de larga estancia, se puede concluir que el Estado nacional estaría financiando aproximadamente al 22% de la población que residiría actualmente en residencias

<sup>21</sup> La cuenta de inversión para el año 2018 señala que la ejecución efectiva de esta meta de capacitación a personas cuidadoras alcanzó a 5370.

<sup>22</sup> Cabe destacar que, además de la oferta directa bajo su propia jurisdicción, la Dinapam también participa en la atención gerontológica de manera indirecta a través de la cooperación con provincias y municipios en la refacción de residencias institucionales y la formación de sus autoridades.

geriátricas. Lamentablemente no se dispone de información ni de evaluaciones disponibles que permitan considerar la calidad de estas prestaciones.

En síntesis, la demanda de cuidados de personas mayores con dependencia severa es considerable y se presume que crecerá en el futuro próximo. Sin embargo, la provisión pública de servicios que permita atenderla es marginal. En particular, la atención del cuidado directo en el domicilio de estas personas se resuelve centralmente con el trabajo no remunerado de las familias, lo que resulta lógico considerando la escasa oferta de provisión pública de personas cuidadoras o asistentes a domicilio. La posibilidad de externar el cuidado hacia instituciones extradomésticas también aparece como una opción limitada, dependiente de contar con una cobertura de salud que la provea (total o parcialmente) o de poder comprar estos servicios en el mercado. En efecto, la provisión directa desde el Estado nacional de este servicio es prácticamente inexistente, y la provisión vía PAMI sumamente insuficiente, alcanzando a menos de un cuarto de las personas mayores que hoy residen en este tipo de instituciones, sin poder apreciar si la calidad es adecuada.

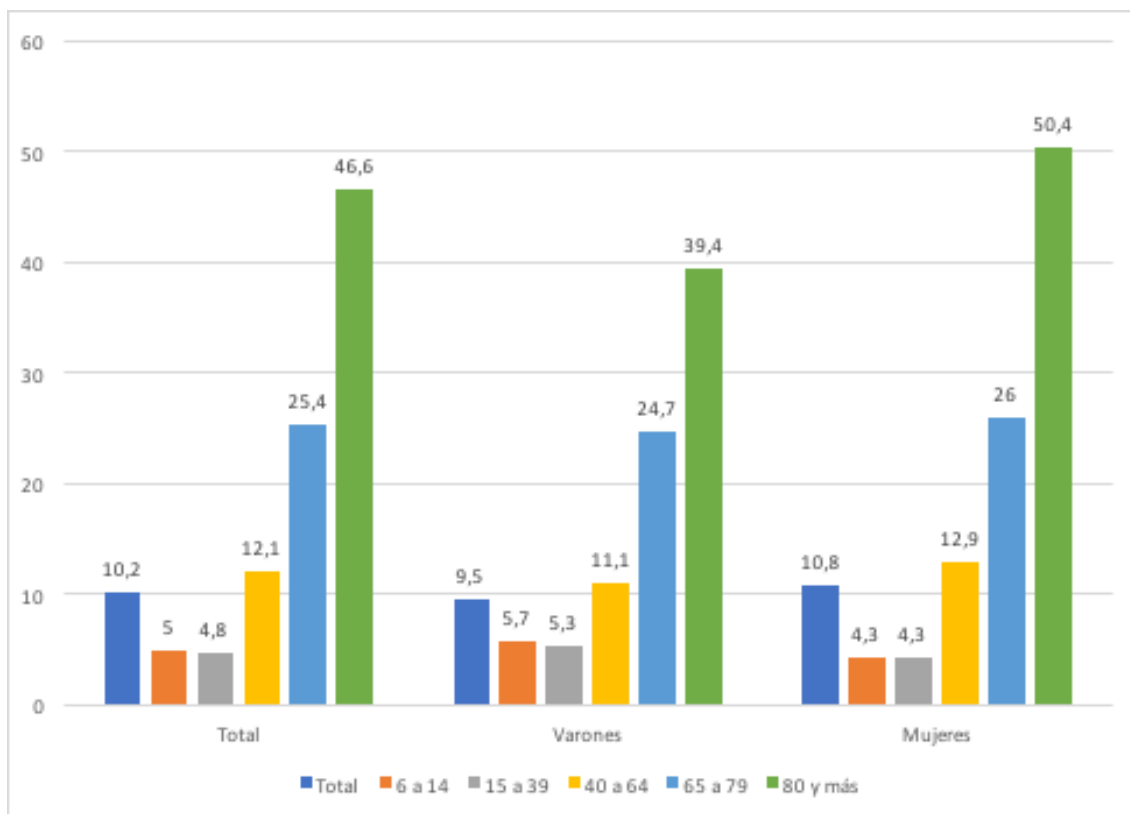
### **2.3. Necesidades de cuidado, políticas públicas y brechas de atención de las personas con discapacidad**

En la Argentina, según la información provista por el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (ENDI) 2018, realizada por el Indec y la Agencia Nacional de Discapacidad (Andis), 10,2% de la población total del país tiene alguna discapacidad<sup>23</sup> (lo que equivaldría a 4,5 millones de personas para 2018), siendo levemente mayor la prevalencia en mujeres que en varones (el 54.5% de las PCD de 6 años y más son mujeres y el 45.5% son varones).<sup>24</sup> La incidencia de la discapacidad se incrementa con la edad, alcanzando a 46,6% de las personas mayores de 80 años (ver Gráfico 2).

#### **Gráfico 2. Incidencia de la discapacidad por grupos de edad (2018)**

<sup>23</sup> La definición operativa de discapacidad que utiliza el ENDI considera que son personas con discapacidad aquellas con al menos una respuesta en las categorías “sí, mucha dificultad” o “no puede hacerlo” en las preguntas sobre dificultades para ver, oír, agarrar y levantar objetos con las manos o los brazos, caminar o subir escaleras, bañarse, vestirse o comer solo/a, comunicarse, aprender, recordar, concentrarse o controlar su comportamiento y, en particular en el caso de los niños y niñas, jugar con niños/as de su edad. Esta definición también incluye a las personas que indicaron usar audífono o tener certificado de discapacidad vigente, hayan respondido o no tener mucha dificultad o no poder hacerlo.

<sup>24</sup> El Indec (2018) presenta los resultados preliminares de este estudio.



Fuente: Indec (2018).

Las limitaciones y deficiencias en muchas ocasiones se presentan en conjunto, tal es así que muchas PCD presentan más de una limitación pudiendo ser del mismo tipo o en combinación entre deficiencias físicas, mentales y sensitivas. Según el Indec (2018) para la población con discapacidad de 6 años y más de zonas urbanas, el 59% de las PCD tiene una limitación, y el 30,5% tenía más de una limitación (el 18,3% con dos limitaciones y el 12,2% tres o más). Entre las personas con una sola discapacidad, la mayor proporción la mayor incidencia es de la discapacidad motora (25,2% del total de las PCD) (Ver Tabla 2).

**Tabla 2. Persona con discapacidad por cantidad y tipo de dificultad según sexo (2018)**

Cantidad y tipo de dificultad		Total	Varones	Mujeres
Total		100,0	100,0	100,0
Una dificultad		59,0	58,9	59,1
	Sólo motora	25,2	22,1	27,7
	Sólo vritual	13,7	13,7	13,7
	Sólo auditiva	11,0	12,1	10,1
	Sólo mental-cognitiva	7,5	8,9	6,4
	Sólo del cuidado de sí mismo	0,7 (*)	--	--
	Sólo del habla y la comunicación	0,9 (*)	1,5 (*)	0,4 (*)
Dos dificultades		18,3	16,8	19,5
Tres dificultad o más		12,2	11,0	13,2
Sólo certificado de discapacidad		10,5	13,3	8,2

(\*) CV mayor a 16%.

Fuente: Indec (2018).

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

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

En otras palabras, el grado de dependencia de las PCD responde al tipo de deficiencia o limitación, o a la combinación de dos o más deficiencias que afecten la autonomía de la persona. Cuando esta deficiencia es (o es acompañada de) una limitación cognitiva podemos clasificar al nivel de dependencia como severo.<sup>25</sup> Según la información del ENDI 2018, esto abarcaría al 7,5% de las PCD, que son las que presentan discapacidad solo mental-cognitiva, más aquellas dentro del 30,5% que presentan más de una dificultad, de las cuales una es mental cognitiva, lo que se estima

<sup>25</sup> Si bien consideramos que las deficiencias o limitaciones cognitivas son indicativas de dependencia severa, puede existir este nivel de dependencia sin limitaciones cognitivas o mentales.

en un 9,9% más del total de PCD.<sup>26</sup> Es decir, a partir de este criterio se estimaría que un 17,4% de las PCD presentan un nivel de dependencia severa, lo que equivaldría a casi 790 mil personas.

Frente a la necesidad de cuidados de esta población, y considerando que las discapacidades o limitaciones responden a un problema de naturaleza sanitario, el nivel y tipo de cobertura en salud de las PCD impacta sobre la calidad de vida de estas personas, pero también sobre su situación socioeconómica y sobre las cargas familiares de cuidado. Con relación a esto, según datos del Anuario Estadístico de Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación, 2016), para 2016, el 74,21% de las PCD con Cédula Única de Discapacidad declaró tener cobertura de salud, y dentro de este grupo el 67,7% cuenta con obra social, el 7% con prepagas, el 14,3% con PAMI y el 11% tiene cobertura del programa Federal Incluir Salud dependiente de la Andis, que está destinado a personas que perciben pensiones no contributivas o pensiones graciales.<sup>27</sup>

El Estado Argentino, aunque de manera incipiente, ha asumido el compromiso de garantizar los niveles básicos de protección y bienestar para las PCD. Como veremos a continuación, estos esfuerzos se centran en contribuir a la rehabilitación de esas personas, facilitar su participación laboral y garantizar cierta cobertura mínima de condiciones materiales de vida a través de transferencias monetarias, acciones alineadas con el paradigma de promoción de la autonomía de las PCD. En cambio es casi inexistente la provisión pública de servicios de cuidado para la PCD dependientes (aunque cuando estas obligaciones están comprendidas en el marco normativo), lo que contradictoriamente limita la autonomía de las familias de personas con PCD, sobre quienes recaen centralmente estas responsabilidades.

El marco normativo que sienta las bases para la regulación y protección de los derechos de las PCD está sustentado en la Ley 22431 (de Sistema de protección integral

---

<sup>26</sup> La información disponible del ENDI 2018 no permite conocer el tipo de discapacidad de las personas que tienen más de una discapacidad. Pero el Indec (2014), a partir del módulo especial de discapacidad del Censo 2010, estima que 32,5% de las personas que declaran tener más de una discapacidad, presentan discapacidad mental cognitiva. Esta proporción aplicada al 30,5% de las personas que en el ENDI 2018 declara tener más de una discapacidad, nos lleva a la estimación del 9,9% del total de las PCD.

<sup>27</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016).

de los discapacitados, de 1981) y la Ley 24901 (del Sistema de Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, de 1997).

La primera ley define el concepto de discapacidad, considerando “discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” (art. 2). Asimismo establece:

... un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a estas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.<sup>28</sup>

Por su parte, la Ley 24901 busca brindar a las PCD una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos (art.1). A través de esta ley se obliga a las obras sociales a cubrir los costos de las acciones tendientes a los tratamientos necesarios de acuerdo a cada limitación de las PCD, sean estas de rehabilitación, estimulación, terapéuticas, educativas y/o asistenciales. Asimismo, esta ley establece sistemas alternativos al grupo familiar para el cuidado de las PCD, por medio de centros de cuidado (Capítulo IV) y la provisión de recursos económicos (Capítulo VII) tanto a través de transferencias como de prestaciones para cubrir costos de tratamientos médicos, psiquiátricos y de rehabilitación. Estas leyes, junto con la ratificación de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 2000 (Ley 25280 de 2000) y de la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD de 2006 (Ley 26378 de 2006), constituyen el marco legal a partir del cual se establecen los principales lineamientos de políticas públicas para las PCD en el país.

---

<sup>28</sup> La utilización de expresiones tales como “personas normales” son un reflejo del paradigma asistencialista y regulador sobre discapacidad vigente en el país al momento de la sanción de la norma en 1981. Si bien la ley sigue vigente, con la ratificación de la Convención Internacional de los Derechos de las PCD se entiende que las dificultades y limitaciones de las personas no son un impedimento para su desarrollo pleno.

En materia de marco institucional, en septiembre de 2017 se creó la Andis<sup>29</sup> como encargada de ejecutar el Plan Nacional de Discapacidad. La Agencia se instituye como un organismo descentralizado de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación, que opera en el marco del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales con autarquía económica y financiera y personería jurídica propia. Sobre la base del reconocimiento de la diversidad de realidades territoriales, esta nueva agencia también trabaja junto al ya existente Consejo Federal de Discapacidad (creado en 1996 por Ley 24657), encargado de articular las acciones públicas que desarrollen el Gobierno nacional, los Gobiernos provinciales o a nivel municipal.

La Andis es actualmente el organismo que otorga el Certificado Único de Discapacidad (CUD). El CUD es un documento público de validez nacional emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria que certifica la discapacidad de la persona. Esta cédula de carácter gratuita les da a las PCD el beneficio de cobertura total de salud en medicamentos, tratamientos y prótesis; el acceso gratuito al transporte público nacional de corta, mediana y larga distancia; el libre tránsito y estacionamiento por medio del símbolo internacional de acceso; turismo accesible; eximición de impuestos municipales; acceso al programa de Tarifa Social Federal (de subsidio a los servicios); y pensiones específicas según el tipo de discapacidad (hijo con discapacidad, Maternidad Down, Ayuda Escolar Anual por hijo con discapacidad). El CUD no habilita al acceso a prestaciones específicas de cuidado directo.

En materia de políticas específicas para las discapacidades limitantes que generan algún tipo de dependencia severa, la Ley 24901 regula la prestación de servicios de cuidado directo, estableciendo tres tipos de instituciones: i) residencias: “recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de auto valimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas” (Art. 30); ii) pequeños hogares: “recurso

---

<sup>29</sup> Por decreto presidencial 698/2017. Esta agencia viene a asumir las responsabilidades en materia de discapacidad que antes asumía la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas (Conadis) centralizando todos los aspectos y acciones estatales vinculadas con la discapacidad, entre ellas la administración de las pensiones. La Andis también asume las responsabilidades que ejercía el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), organismo descentralizado responsable de la confección y publicación de las normativas de evaluación y certificación de discapacidad, y la capacitación de las juntas evaluadoras del país.

institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para su desarrollo, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente” (Art. 31); y iii) hogares: espacios que tienen por finalidad “brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente” (Art. 32). Según información consignada por el SNR para 2017,<sup>30</sup> existen 624 instituciones registradas para el total del país; 551 son centros de día donde las PCD pueden realizar actividades recreativas, de rehabilitación y cuentan con servicio de comedor; 65 son hogares; 2, pequeños hogares; y 4, residencias. Estas instituciones se encuentran concentradas en la provincia de Buenos Aires y la CABA, aun cuando la incidencia de PCD es más alta en otras provincias. Existen casos extremos donde solo se consigna una institución de cuidados para PCD (como son los casos de Catamarca y Tierra del Fuego).<sup>31</sup> En todo el país se registran solo dos pequeños hogares, lo que revela la falta de atención por parte del Estado a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Lamentablemente no se cuenta con información oficial disponible sobre la cantidad de personas que asisten a cada uno de este tipo de establecimientos, por lo que no podemos conocer su cobertura ni su calidad o rendimiento.

El otro programa público de atención de cuidado directo de PCD es el Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios, ya comentado en la sección de adultos mayores. En el caso de las PCD, no existe límite de edad para recibir la prestación del programa, pero si condición de vulnerabilidad económico-social, entendida como pertenecer a un hogar con ingresos por debajo de la línea de pobreza y que los familiares o allegados a la persona presenten ingresos insuficientes.

En síntesis, se observa que la política de mayor envergadura en materia de PCD es el CUD, como instrumento de acceso a prestaciones estatales de manera diferencial. El CUD permite mejorar las condiciones de las personas cuando carecen de autonomía para actividades indirectas de cuidado, o en términos específicos, cuando encuentran

---

<sup>30</sup> Esta información estuvo publicada en la página web del SNR hasta junio de 2018.

<sup>31</sup> Ver más detalles sobre la distribución territorial de las instituciones para el cuidado de las PCD en Alonso y Marzonetto (2019).



dificultades para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria. No obstante, en cuanto a limitaciones que afecten a la autonomía en actividades básicas y que por lo tanto impliquen la necesidad de cuidados directos, los servicios estatales se muestran restringidos y se profundizan las brechas en las provincias con mayor prevalencia de PCD.

### **3. Continuidades y rupturas en la atención pública del cuidado directo de personas dependientes**

El objetivo de este artículo es presentar una síntesis del panorama general de población en la primera infancia, adulta mayor y con discapacidad con dependencia severa en el país, y la oferta de servicios estatales que buscan atender su cuidado directo. Nos centramos principalmente en el análisis de los marcos normativos e institucionales, así como en la oferta de programas a nivel nacional, puesto que sistematizar toda la oferta a nivel subnacional escapaba a nuestro objetivo dada la compleja trama de relaciones entre los niveles locales, provinciales y nacionales y la heterogeneidad estructural de la Argentina.

Los resultados de este paneo nos permiten entrever aspectos constitutivos de las poblaciones que aquí estudiamos y de la oferta programática estatal a nivel nacional. Pero en la elaboración de este documento también nos encontramos con las falencias que presentan las fuentes estadísticas oficiales, así como información referida a evaluaciones de los programas que nos permitan dar cuenta de la situación en términos de cobertura, calidad y rendimiento.

Con la información accesible se puede señalar que de los tres grupos poblacionales que requieren cuidado directo, el de los niños y niñas en la primera infancia parece ser el grupo al que desde el Estado se le da más prioridad. Si bien la cobertura de los servicios educativos y de cuidado para la primera infancia es aún insuficiente, y la mayor parte del cuidado se resuelve en el ámbito privado de los hogares, principalmente por el trabajo de las mujeres (no remunerado o remunerado en condiciones de precariedad), existe una preocupación al menos discursiva desde la política pública y cierta prioridad para avanzar en la extensión de la cobertura, siguiendo un legado institucional marcado por la relevancia histórica de la educación básica. Sin embargo, todavía persisten déficits sustantivos expresados en la baja

asistencia escolar de los niños y niñas de menor edad (0 a 3 años), muy reducida oferta de establecimientos de doble jornada y segmentación jurisdiccional y socioeconómica. Por otro lado, la actual gestión de gobierno nacional viene imponiendo una impronta propia para la atención de dichos déficits que se sustenta en la expansión de los EPI, con su oferta focalizada en la población en situación de vulnerabilidad social. Aun así, aquella resulta insuficiente, segmentada, y por lo mismo reproduce las desigualdades en la garantía del derecho al cuidado de los niños y niñas de menor edad.

La situación es mucho más frágil en relación con la atención del cuidado de la población adulta mayor y con discapacidad en condición de dependencia severa. Los déficits de información para poder evaluar la situación son para estas poblaciones todavía más profundos. En el caso particular de la población con discapacidad o con algún tipo de limitación permanente, la información que se presenta es difusa, proveniente de diversas fuentes que no en todos los casos dialogan entre sí. Asimismo, el cambio de institucionalidad parece haber afectado al proceso de publicación de la información sobre las políticas destinadas a este grupo de personas.

Más allá de los marcos, encontramos que las políticas efectivas para las personas con discapacidad y adultas mayores se muestran insuficientes, restringidas y residuales, revelando que el Estado solo está presente si todas las otras formas de protección (sean estas familiares, comunitarias o de mercado) se agotan o no son una opción viable para la persona que transita esta situación. Esto resulta contradictorio con el paradigma de derechos, que aboga por la universalidad en el acceso a los servicios sociales. A su vez, se muestra excluyente, pues dependiendo de la situación económica familiar o de los lazos sociales de la persona, serán distintas las posibilidades de recibir cuidados directos. Esto nuevamente abona la reproducción de las desigualdades, que es uno de los aspectos centrales de la continuidad de este tipo de políticas.

Finalmente, es posible intuir que las reformas económicas recientes y en particular la profundización de un paradigma de política de austeridad fiscal, con la promoción de las soluciones mercantiles a las necesidades sociales y la focalización extrema en las respuestas de política pública, profundizarán los aspectos problemáticos de la actual OSC, en particular la insuficiencia y segmentación de las políticas públicas de cuidado directo. Para convalidar esta percepción, presentamos aquí una muestra en

materia de manejo presupuestario para estas áreas. Como se mencionó, la primera infancia aparece, al menos discursivamente, como una de las prioridades del actual gobierno nacional, y una de las respuestas de política necesaria es la extensión de la cobertura de la educación inicial. Para ello, la ampliación de la infraestructura es imprescindible. Sin embargo, según la información presupuestaria oficial, el presupuesto destinado a la construcción de nuevos jardines entre 2018 y 2019 se redujo en términos nominales de \$1600 millones a \$470 millones. Esto se traduce en una disminución de las metas físicas de aulas construidas para jardines de infantes de 3043 en 2018 a apenas 768 en 2019.

Por su parte, la evolución de las metas físicas para el Programa 46 del Ministerio de Desarrollo Social (Promoción y Protección de los Derechos de los Adultos Mayores) muestra una evolución en las metas físicas para sus distintos componentes que revelan una tendencia general a la baja, especialmente marcada para el último período presupuestario.

**Tabla 3. Evolución de las metas físicas presupuestarias del Programa de Promoción y Protección de los Derechos de los Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación**

	2015	2016	2017	2018	2019
Atención de adultos mayores en residencias - Persona Asistida	470	300	302	255	255
Capacitación para la atención y cuidados de adultos mayores - Persona Capacitada	9528	10650	6408	6420	3700
Fortalecimiento de Organizaciones de Atención de Personas Mayores - Organización Asistida	23	23	62	60	38
Tasas de Variación		2016 vs 2015	2017 vs 2016	2018 vs 2017	2019 vs 2018
Atención de adultos mayores en residencias - Persona Asistida		-36,2	0,7	-15,6	0,0
Capacitación para la atención y cuidados de adultos mayores - Persona Capacitada		11,8	-39,8	0,2	-42,4
Fortalecimiento de Organizaciones de Atención de Personas Mayores - Organización Asistida		0,0	169,6	-3,2	-36,7

Fuente: elaboración propia sobre la base de los proyectos de presupuesto de la Oficina Nacional de Presupuesto.

Como se ve, la política de ajuste de la actual gestión de gobierno implica un recorte en áreas sustantivas para el derecho al cuidado de los niños, niñas, adolescentes, personas mayores y con discapacidad que deriva en una retracción del Estado de sus obligaciones en la materia. Es probable que esto a su vez tenga como consecuencia una profundización en la familiarización de los arreglos de cuidado para la mayoría de hogares con menos recursos económicos, y una profundización de la mercantilización para aquellos hogares (muchos menos en proporción) que cuentan con recursos suficientes para comprar soluciones mercantiles de cuidado.

Esta situación no hará más que emporar el carácter injusto de la OSC como vector de reproducción de desigualdad. Los impactos serán evidentes para las mujeres,

dados los mencionados sesgos de género en los arreglos de cuidado. Como señaláramos ya en trabajos anteriores (Rodríguez Enríquez, 2013), una asignación insuficiente de recursos presupuestarios para atender las necesidades de cuidado, aun cuando se percibe como un ahorro, en realidad profundiza los costos socioeconómicos por las consecuencias que tiene en términos de subutilización de la fuerza de trabajo de las mujeres y la profundización de la desigualdad y los problemas sociales. Este fenómeno entra en contradicción con el discurso de aparente sensibilidad a las desigualdades de género que viene promoviendo el actual gobierno, a través de la presentación de proyectos legislativos específicos (como el proyecto de ley de Equidad de géneros e igualdad de oportunidades en el trabajo y de la reforma al régimen de licencias especiales), o del propio lanzamiento del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos.

Mientras la cuestión del cuidado de los niños y niñas y de las personas dependientes no sea asumido como una política de Estado, atendida a través de un conjunto integrado de políticas que conformen un sistema integral de cuidados que busque simultáneamente atender el derecho al cuidado y construir una OSC sustentada en la corresponsabilidad social, con la asignación adecuada de recursos presupuestarios, la aspiración por reducir las brechas de desigualdad y desarmar las dinámicas que las reproducen permanecerá inalcanzable.

## Bibliografía

- Alonso, V. y Marzonetto, G. (2019). El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales para adultos mayores y personas con discapacidad en la Argentina. *Documentos de Trabajo CIEPP*, 102.
- Amarante, V. y Rossell, C. (2018). Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America. *Feminist Economics* 24(1), 1-34.
- Arias, C. (2009). Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina”. En UN-Cepal. *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago: Cepal.
- Batthyány Dighiero, K. (2015). “Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales”. *Asuntos de Género*, 124.
- Bloch, C., y Schuster, P. (2015). El problema de la dependencia en las personas mayores en la Argentina: el caso de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires:

- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Tercera Edad.
- Blofield, M. y J. Martínez Franzoni (2014). Una década de cambios en las relaciones entre vida familiar y laboral en América Latina: mayor corresponsabilidad estatal, incipiente corresponsabilidad paterna”. *Revista Cepal*, 114, 107-125.
- Borgeaud-Garciandía, N. (comp). (2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2013). En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras “cama adentro” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Pautassi, L. y Zibecchi, C. (coords.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (273-316). Buenos Aires: Biblos.
- Esquivel, V., Faur E. y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES/Unfpa/Unicef.
- Faur, E. (2018). Repensar la organización social y política del cuidado infantil. El caso argentino. En: Arango, L. G., Urquijo, A, Pérez Bustos, T. y Pineda Duque, J. (eds.). *Género y cuidado. Teorías, escenarios y políticas*. Bogotá: Unal-Javeriana.
- Faur, E. y F. Pereyra (2018). Gramáticas del cuidado. En: Piovani, J. I. y Salvia, A. (coords.). *La Argentina en el siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta nacional sobre la estructura social* (pp 497-534). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Filgueira, F. y C. Aulicino (2015). *La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia*. Buenos Aires: Cippec.
- Gascón, S., y Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. (2013). *Los derechos de las personas mayores. Aspectos teórico-conceptuales sobre los derechos humanos de las personas mayores*. Santiago: Cepal.
- Indec (2018). *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad: resultados definitivos*. Buenos Aires: Indec.
- Indec (2014). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Población con Dificultad o Limitación Permanente*. Buenos Aires: Indec.
- Lupica, C. (2010). *Trabajo decente y corresponsabilidad de los cuidados en Argentina*. Buenos Aires: OIT.
- Marco, F. y Rico, M. N. (2013). Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional. En Pautassi, L. y Zibecchi, C. (coords.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 27-58). Buenos Aires: Biblos.

- Marzonetto, G. (2016.) *Educación Inicial y servicios asistenciales para la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires: derechos universales, servicios estratificados*. Buenos Aires: CIEPP.
- Marzonetto, G., y Rodríguez Enríquez, C. (2017). La coordinación institucional de políticas de cuidado infantil en la Argentina: desafío necesario para el abordaje de las desigualdades. *Cuadernos de Economía Crítica* 4(7), 43-69.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Anuario Estadístico Nacional 2016*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- OIT, Unicef, PNUD y Cippec (2018). *Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos*. Buenos Aires: OIT/Unicef/PNUD/Cippec.
- ONU Mujeres (2018). *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. México: ONU Mujeres.
- Pautassi, L. (2013). El trabajo de cuidar y el derecho al cuidado ¿Círculos concéntricos de la política social? *Cátedra Paralela*, 10, 65-92.
- Razavi, S. (2011). Rethinking Care in a Development Context: An Introduction. *Development and Change*, 42(4), 873-903.
- Redondo, N., Manzotti, M. y De la Torre, E. (2013). *¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en personas mayores? Un estudio en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Del Hospital.
- Repetto, F., Veleza, C., Mezzadra, F., Díaz Langou, G. y Aulicino, C. (2014). *Primera infancia*. Documento de apertura de Argentina Debate. Buenos Aires.
- Rico, M. N. y Robles, C. (2016). Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad. Serie Asuntos de Género, 140. Santiago de Chile: Cepal/ONU.
- Rodríguez Enríquez, C. (2018). Organización social del cuidado, reproducción de la desigualdad y derechos de las mujeres. *Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 8(14), 64-72.
- Rodríguez Enríquez, C. (2013). Organización social del cuidado y políticas de conciliación: una perspectiva económica. En Pautassi, L. y Zibecchi, C. (coords.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: ELA/Biblos.
- Rodríguez Enríquez, Corina. (2012). La cuestión del cuidado ¿el eslabón perdido del análisis económico? *Revista de la Cepal*, 106, 23-36.
- Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8), 103-134.
- Rodríguez Enríquez, C. y Pautassi, L. (2014). *La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*. Buenos Aires: ELA/Ciepp/ADC.
- Roqué, M. y S. Amaro (2016). La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Argentina. En Huenchuan, S. (ed.). *Envejecimiento e*

*institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos.* Santiago de Chile: Naciones Unidas.

- Rossel, Cecilia. (2013). *Políticas para las familias en América Latina: Panorama de políticas de reducción de pobreza y conciliación entre trabajo-familia.* Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/family/docs/FAMILYPOLICIESINLATINAMERICA.pdf>.
- Rozengardt, A. (2014). *Estudio sobre el rol de los servicios no formales de cuidado y educación de la primera infancia como dispositivos de inclusión social.* Buenos Aires: Flacso.
- Sanchís, Norma. (2007). *Actividades del cuidado en Argentina: cambios en las responsabilidades del estado, el sector privado, los hogares y por género, a partir de las reformas de los 90.* Red Internacional de Género y Comercio. Montevideo, Uruguay.
- Senaf (2013). *Documento de Programa Creciendo Juntos.* Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Vega, C. y Gutiérrez Rodríguez, E. (2014). *Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado.* Debates latinoamericanos. Presentación del Dossier. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 9-26.
- Zibecchi, C. (2015). *Cuidando el territorio: El espacio comunitario como proveedor de cuidado.* Documento de Trabajo 3, Políticas públicas y derecho al cuidado. Buenos Aires: ELA/ADC/Ciepp. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Adjunto%20PDF.pdf>.
- Zibecchi, C. (2013). *Organizaciones comunitarias y cuidadoras: reconfiguración de responsabilidades en torno al cuidado infantil.* En Pautassi, L. y Zibecchi, C. (eds.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 317-352). Buenos Aires: Biblos.