

CELEBRAR EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN ARGENTINA. DESAFÍOS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Enrique Peláez*

Malena Monteverde**

Laura Acosta***

Resumen. El envejecimiento de la población conforma uno de los principales fenómenos demográficos mundiales, debido a que el incremento de la cantidad de adultos mayores, así como la prolongación del ciclo de vida, suponen nuevos retos para las sociedades e importantes desafíos en términos de políticas públicas, especialmente en materia de servicios de salud, seguridad social y cuidado a largo plazo. Tales desafíos han impulsado la discusión y celebración de acuerdos internacionales entre los países de la región a los que la Argentina ha adherido: el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, originado en el ámbito de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) ; y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDPM). En este contexto, en el presente estudio se analizan y discuten los retos que enfrenta la Argentina en materia de servicios de salud, de cuidados a largo plazo y de seguridad social, dadas las particularidades del proceso de envejecimiento en este país. Para celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina, es necesario que este logro de la humanidad se vea acompañado de un Envejecimiento Saludable en un sentido amplio (OMS, 2015). Resulta imprescindible para ello comenzar a pensar y diseñar las reformas en los sistemas de salud, de cuidados a largo plazo y de seguridad social, tan vinculados con el bienestar de este colectivo de personas.

Palabras clave: Sistema de Salud; Sistema de Cuidados; Seguridad Social

* CIECS-CONICET, Argentina; Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina.

Contacto: epelaez@eco.unc.edu.ar

**CIECS-CONICET, Argentina; Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina.

Contacto: montemale@yahoo.com

*** CIECS-CONICET, Argentina; Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina.

Contacto: laudeac@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS: Un especial agradecimiento a Silvia Gascón, constante investigadora e incansable luchadora por los derechos de las personas mayores en especial de la Argentina, quien con su guía y comentarios ha permitido mejorar la versión original del apartado sobre Cuidados a Largo Plazo.

CELEBRATING POPULATION AGING IN ARGENTINA. CHALLENGES FOR PUBLIC POLICIES

Abstract. The aging process is one of the main global demographic phenomena. The increase in the number of older people, as well as the prolongation of life cycle, pose new challenges for societies and important challenges in terms of public policies, especially in health services areas, social security and long-term care. These challenges have led to the discussion of international agreements among the countries of the region to which Argentina has adhered: the Montevideo Consensus on Population and Development, originated in the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC); and the Inter-American Convention on the Protection of the Human Rights of Older People (CIDPM). In this context, the present study analyzes the challenges facing Argentina in terms of health services, long-term care and social security access, given the particularities of aging process in this country. To celebrate the aging population in Argentina, it is necessary that this achievement of humanity is accompanied by a Healthy Aging in a broad sense (WHO, 2015). It is essential to begin to think and design the reforms in health systems, long-term care and social security systems, so linked to the welfare of this group of people.

Keywords: Health System; Care System for older people; Social Security

Original recibido el 07-04-2017.

1.Introducción

El aumento de la esperanza de vida constituye uno de los fenómenos más importantes del siglo XX y lo que va del XXI. La humanidad ha conseguido el logro de que sus ciudadanos vivan más años y en mejores condiciones de vida. En 1950 la esperanza de vida masculina mundial se situaba en 45,4 años para los hombres y 48,3 para las mujeres mientras que para el año 2015 la esperanza de vida masculina era de 69,5 años y la femenina 73,9 (Naciones Unidas, 2015). Según la misma fuente, la tasa global de fecundidad pasó de 5,04 hijos por mujer en 1950 a 2,49 hijos por mujer en 2015. Es decir, en el mundo como un todo en 65 años se ganaron más de 24 años de esperanza de vida y se redujo casi en más de la mitad el número de hijos por mujer. Por su parte, Argentina pasó de una esperanza de vida en ambos sexos de 61,4 años en 1950 a 76,5 en 2015. La fecundidad, para el país, pasó de 3,2 hijos por mujer en 1950 a 2,3 en 2015. Si bien los cambios en el país fueron importantes han sido menos abruptos que en el promedio mundial. El ritmo de disminución tanto de la fecundidad como de mortalidad ha sido más lento que en muchos otros países de la región. En términos absolutos, la población adulta mayor pasó de 0,7 millones a 4,2 millones entre 1950 y 2010 y ascendería a 10 millones en 2050.

Estas modificaciones de la dinámica demográfica trajeron como consecuencia el surgimiento del proceso de envejecimiento poblacional, es decir, un aumento de la proporción de personas mayores con respecto al total de la población. En 1950 la población mayor de 60 años¹ constituía el 8% de la población mundial, en 2015 ese porcentaje se elevaba al 12,2 % de la población, y está previsto que supere el 21% en el 2050.

Desde un inicio, la civilización humana ha luchado para combatir la mortalidad y en ese sentido, su reducción constituye un importante hito a celebrar. Este gran logro implica profundos cambios cuantitativos y cualitativos en las formas en que se organizan nuestras sociedades, que generan importantes desafíos para la formulación de políticas públicas. Por ende, es relevante que los estudios de población aborden elementos para analizar dichos desafíos. Si este gran logro se convierte en tragedia, habremos fracasado como civilización (UNFPA, 2012).

El envejecimiento de la población conforma uno de los principales fenómenos demográficos mundiales debido a que el incremento de la cantidad de adultos mayores, así como la prolongación del ciclo de vida, suponen nuevos retos para la definición de políticas públicas, sobre todo en temas de salud, acceso a seguridad social y políticas de cuidado. Esta situación ha derivado en la discusión y celebración de acuerdos internacionales dirigidos a su atención. Entre ellos, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CM) (CEPAL, 2013), originado en el ámbito de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos

¹ En la mayoría de los países de América Latina en sus respectivas legislaciones, se considera que la vejez se inicia a los 60 años. En países desarrollados, el criterio cronológico suele ser los 65 años. Esta diferencia se debe a que se toma como referencia la edad de retiro laboral en cada país (Gavrilov y Heuveline, 2003).

de las Personas Mayores (CIDPM) (2015), redactada en el seno de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

En particular, el CM considera a la población adulta mayor un tema prioritario, de manera que insta a los Estados Parte a emprender medidas “tendientes a garantizar la calidad de vida, el desarrollo de las potencialidades y la participación plena de las personas mayores atendiendo a las necesidades de estímulos (intelectuales, afectivos y físicos)” sin ningún tipo de distinción (CEPAL, 2013). De manera complementaria, la CIDPM reconoce explícitamente que todas las personas, a medida que envejecen, deben “seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades” (OEA, 2015), por lo que resultan necesarias políticas orientadas a alcanzar este objetivo sin discriminación.

Dos medidas concretas para cumplir con los propósitos aludidos refieren a las prestaciones y servicios de salud y a la seguridad social. Ambas prestaciones son especialmente contempladas en los citados acuerdos, habida cuenta del “incremento significativo de la demanda de cuidados por razones de salud” y el desfase “entre esta demanda y los marcos institucionales disponibles para atenderla” como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y los cambios operados en el perfil epidemiológico de las jurisdicciones (sintetizados en el aumento de la participación de las enfermedades crónicas no transmisibles y las degenerativas en detrimento de las transmisibles; y la creciente importancia de las causas externas de discapacidad y muerte) (CEPAL, 2013).

Específicamente y en razón de las mismas, el CM establece que los Estados Parte deben “ajustar las políticas de salud a los desafíos del variado y cambiante perfil epidemiológico resultante del envejecimiento y la transición epidemiológica” (CEPAL, 2013); como así también “promover el desarrollo de prestaciones y servicios en seguridad social, salud y educación en los sistemas de protección social destinados a las personas mayores que avancen en calidad de vida, seguridad económica y justicia social” (CEPAL, 2013). Además, éstos deben “incluir el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios sociosanitarios y beneficios económicos que maximicen la autonomía, en particular de las personas mayores, y garanticen los derechos, la dignidad y el bienestar de las familias y las personas mayores” (Medida 31).

El texto de la CIDPM reafirma los lineamientos anteriores. En este sentido, compromete a los Estados a:

Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social (OEA, 2015);

y a procurar:

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”, simultáneamente con “un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social (OEA, 2015).

Argentina se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, siendo uno de los países más envejecidos de la región de América Latina (CEPAL, 2008). Aunque este país cuenta actualmente con la mayor proporción de su población en edad de trabajar, simultáneamente cuenta con una proporción de personas mayores propia de las poblaciones consideradas como envejecidas. Durante la transición demográfica, hay un período en el que la proporción de personas en edad potencialmente productivas crece de manera constante en relación con la población en edades de inactividad (niños y adultos mayores). Durante dicho período, la relación de dependencia demográfica, es decir, el cociente entre el número de personas dependientes (menores de 15 años y mayores de 65 años) y la cantidad de personas en edades activas (15-64), alcanza sus valores mínimos. Esta etapa es conocida como “bono demográfico”, y se caracteriza por una menor presión sobre el gasto en educación y salud materno infantil. En Argentina, la tasa de dependencia ha alcanzado su valor mínimo en 2010 y se mantendrá cerca de ese nivel hasta 2040 (Grushka, 2014a).

Por otra parte, los datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del 2010 indican que el número de personas de 60 años o más es de 5.725.838, lo cual representaba el 14,3% de la población total (INDEC, 2012). Las proyecciones poblacionales indican que en el año 2025 el grupo de 60 años o más representará el 16,9% del total de la población, llegando en 2050 al 24,7% (CEPAL, 2009).

La tendencia creciente en el número y proporción de las personas de edad en nuestro país, sumado a la vulnerabilidad que presentan desde el punto de vista biológico y social hacen necesario el monitoreo de las necesidades de este grupo, a fin de evaluar las políticas existentes a la luz de los lineamientos establecidos en los acuerdos internacionales. Estudios previos indican que Argentina presenta diversas fuentes de datos que permiten, con ciertas limitaciones, construir un sistema de indicadores con una mirada desde los derechos humanos (Ribotta, Santillán Pizarro, Paredes y Peláez, 2014; Santillán Pizarro, Ribotta y Acosta, 2016), lo que permitiría analizar la adecuación de las políticas públicas para garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos en la CIDPM y el CM.

A partir de lo comentado, y dado que Argentina adhiere al CM y a la CIDPM, interesa conocer los retos que enfrentan los sistemas de salud, cuidado y seguridad social en el país, en relación a los lineamientos establecidos en tales acuerdos, indagando tanto sobre las características de tales sistemas como acerca de la situación de los adultos mayores en Argentina, relevantes para reconocer prioridades y demandas pendientes de los sistemas de protección.

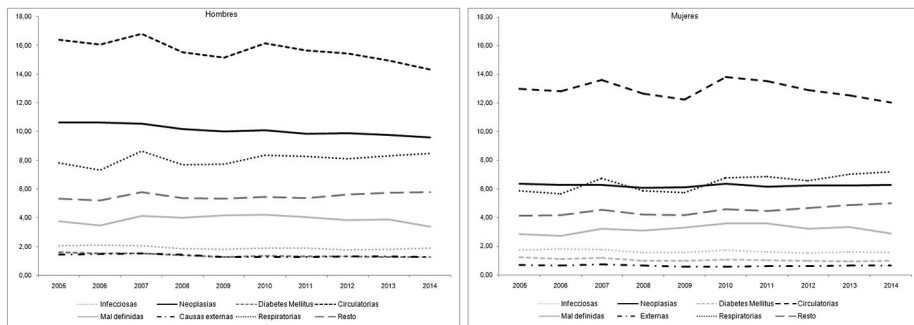
2.Sistema de Salud

2.1.Perfil epidemiológico y situación de la equidad en salud en la población mayor

Como se indicó, la esperanza de vida en Argentina se incrementó en las últimas décadas, sin embargo, la gran pregunta es si los años de vida adicionales se viven en buenas condiciones de salud. Si las personas viven más tiempo, pero una elevada proporción presenta limitaciones funcionales y mayor morbilidad, la demanda de asistencia sanitaria y social será considerablemente superior (OMS, 2015).

La transición demográfica y epidemiológica en las últimas décadas ha producido un incremento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y una disminución de las enfermedades infecciosas. En el gráfico 1 se observan las tendencias de mortalidad por grandes causas de muerte en los últimos 10 años en Argentina (enfermedades circulatorias, neoplasias, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, causas externas), entre las personas de 60 años y más, según sexo. En ambos, las tres principales causas de muerte han sido las enfermedades circulatorias, neoplasias y respiratorias. Respecto a la tendencia, tanto en hombres como en mujeres se ha observado una disminución de la mortalidad por enfermedades circulatorias, en hombres además se observa una disminución de la mortalidad por neoplasias, mientras que en mujeres se ha mantenido estable. En ambos sexos se destaca un incremento en la mortalidad por enfermedades respiratorias. La menor mortalidad por causas circulatorias y neoplasias (en el caso de los hombres) puede deberse tanto a una disminución de la incidencia de estas enfermedades o bien a los avances en el tratamiento, o ambos factores.

Gráfico N° 1: Tasas de mortalidad (por 1000 hab.) en personas de 60 años y más, por causa específica de mortalidad, según sexo. Argentina, 2005-2014.



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS, 2017) y datos de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (DEIS, 2017).

En el Gráfico 1 se analiza la tendencia de la morbilidad por algunas enfermedades no transmisibles y factores de riesgo relacionados en personas mayores, según los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2005, 2009 y 2013. Se destaca que existieron cambios significativos en la prevalencia de autoinforme

de hipertensión arterial, diabetes y colesterol, y se evidencia un aumento en la prevalencia de algunos factores de riesgo como el consumo regular de riesgo de alcohol, un aumento del consumo de tabaco (en especial las mujeres) y fundamentalmente del sobrepeso y la obesidad. Del análisis de la morbilidad podemos conjeturar que la disminución de la mortalidad por enfermedades circulatorias puede deberse a una mejora en los tratamientos de estas patologías. Sin embargo, una mayor sobrevida con enfermedades crónicas se traduce en un mayor riesgo de discapacidad y menor calidad de vida. Adicionalmente, el aumento en la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles no genera una expectativa de disminución de la incidencia y una mejora en el control de estas patologías.

Uno de los aspectos positivos que se ha logrado en los últimos años, es que gracias a la ampliación de jubilaciones y pensiones a personas que no han tenido empleos formales, existe una mayor cobertura salud. Los datos de las ENFR coinciden con los datos de los dos últimos censos que demuestran que la proporción de personas mayores sin cobertura de salud, pasó de 23,5% en 2001 a 9,8% en 2010 (INDEC, 2015a).

Tabla N° 1: Prevalencia de patologías crónicas autoinformadas y factores de riesgo seleccionados. Personas de 60 años y más, según sexo. 2005, 2009 y 2013. Argentina. Promedios Ponderados.

Indicador de salud en AM	2005			2009			2013		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Prevalencia Hipertensión Arterial##	58.3	56.4	59.8	60.7	58.8	62.2	60	59.1	60.7
IC	58.3-58.4	56.4-56.5	59.8-60.0	60.6-60.8	58.7-58.9	62.1-62.2	59.9-60.1	59.0-59.2	60.6-60.8
Prevalencia Diabetes Mellitus#	21.6	22.5	19.4	20.9	22.7	19.5	20.3	20.3	18.2
IC	21.5-22.7	22.4-23.6	19.3-19.5	20.8-20.9	22.6-22.7	19.4-19.6	19.0-19.1	20.3-20.4	18.1-18.3
Prevalencia Colesterol elevado #	39	36.3	41.1	40.9	37.5	43.4	39.1	34.5	42.3
IC	39.0-39.1	36.2-36.4	41.0-41.2	40.8-40.9	37.4-37.5	43.3-43.5	39.1-39.2	34.4-34.6	42.2-42.4
Consumo regular de riesgo de alcohol###	4.2	8.7	0.6	4.1	8.8	0.5	5.9	9.8	3.1
IC	4.1-4.2	8.7-8.8	0.5-0.7	4.0-4.1	8.7-8.9	0.46-0.47	5.9-6.0	9.8-10.0	3.0-3.1
Tabaco (fumador actual)	12.4	17.1	8.6	13.4	18.3	9.7	14.4	16.5	12.9
IC	12.3-12.4	17.0-17.2	8.6-8.7	13.4-13.5	18.2-18.3	9.6-9.7	14.3-14.4	16.4-16.5	12.8-12.9
Tabaco (ex fumador)	27.2	44.6	13.3	28.4	44	16.3	28.2	41.2	19
IC	27.1-27.2	44.5-44.7	13.2-13.3	28.4-28.5	44.0-44.1	16.2-16.3	28.1-28.3	41.1-41.2	18.9-19.0
Estado Nutricional (déficit) ###	17.4	11.8	22.3	17	12.2	20.9	14.5	7.8	19.6
IC	17.3-17.4	11.7-11.8	22.2-22.3	16.9-17.0	12.2-12.3	20.9-21.0	14.5-14.6	7.8-7.9	19.5-19.6
Estado Nutricional (exceso) ###	32.2	34.3	30.3	35.7	37.7	34	41	46.2	37
IC	32.1-32.3	34.2-34.3	30.2-30.4	35.6-35.8	37.6-37.8	33.9-34.1	40.9-41.0	46.1-46.2	36.9-37.1
Autopercepción de salud mala y regular	38.3	34.6	41.3	35.9	32.8	38.2	40.4	37.6	42.4
IC	38.2-38.4	34.6-34.7	41.2-41.4	35.8-35.9	32.8-32.9	38.2-38.3	40.3-40.5	37.5-37.7	42.3-42.5
% de personas mayores con necesidades de salud insatisfechas por falta de dinero ###	18.8	18.3	19.2	16.6	20.2	14.2	5.3	6.5	4.6
IC	18.7-18.9	18.2-18.4	19.0-19.3	16.5-16.7	20.0-20.4	14.0-14.3	5.3-5.4	6.3-6.6	4.5-4.6
% población sin cobertura de salud	16.5	18.5	14.9	8.1	10.6	6.1	7.9	10.6	6
IC	16.4-16.5	18.4-18.5	14.8-14.9	8.0-8.2	10.5-10.7	6.0-6.1	7.9-8.0	10.6-10.7	5.9-6.0

Notas:

Prevalencia de las personas que se han medido la presión arterial, la glucemia o el colesterol en los últimos dos años.

Consumo regular de riesgo de alcohol: más de dos tragos promedio por día para hombres y más de un trago promedio por día para la mujer.

Se utilizaron los puntos de corte definidos por la OPS (2002) para adultos mayores: <23 déficit, 23-27 eutrófico, ≥28 exceso.

Prevalencia sobre el total de personas de 60 años y más que presentaron algún problema de salud en los últimos 30 días.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENFR 2005 (n=8799), 2009 (n=7947) y 2013 (n=7482).

Otro de los aspectos a analizar respecto a la situación de salud de los adultos mayores en Argentina es la equidad en salud. La equidad se refiere a que todas las personas puedan desarrollar su mayor potencial en salud y ningún grupo esté en desventaja para lograrlo; mientras que, la inequidad, son todas aquellas desigualdades de salud evitables e injustas (Commission on Social Determinants of Health, 2008). La situación en salud de las personas mayores puede deberse a las condiciones de inequidad actuales, como así también al efecto acumulativo de las inequidades a lo largo de su vida (Dannefer, 2003). En este sentido, resulta de particular importancia que las políticas de salud tiendan a superar las inequidades en todas las etapas de la vida.

En la Tabla 2 se presentan las prevalencias de algunas patologías crónicas seleccionadas y factores de riesgo en personas de 60 años y más, en base a la ENFR² 2009 según condición de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), estrato de ingresos y región geográfica. Se puede apreciar que la prevalencia de algunas patologías crónicas y factores de riesgo son mayores en la población con NBI o con menores ingresos. Además, existen diferencias regionales relacionadas tanto con las diferencias en las condiciones de vida, como en las diferencias en las condiciones de los sistemas de salud establecidos en cada provincia que conforma cada región. Se destacan las desigualdades existentes en el indicador “autopercepción de salud”. Este indicador se asocia a un mayor riesgo de mortalidad en la ancianidad (Jylhä, 2009).

Se observa el porcentaje de personas con necesidades insatisfechas de salud, indicando que la proporción de población mayor con necesidades de salud insatisfechas es mayor cuando existen condiciones de NBI, aumenta cuando disminuyen los ingresos y es mayor en las regiones más desfavorecidas. Además, si observamos la proporción de población mayor sin cobertura de salud, se destacan amplias diferencias según las regiones y las condiciones de pobreza. Estos datos reflejan que a pesar que la cobertura en salud ha llegado a una mayor proporción de la población mayor, existen aún importantes problemas en lograr la equidad en la atención sanitaria.

En síntesis podemos afirmar que, frente a un escenario de envejecimiento poblacional y transición epidemiológica que implicará una mayor demanda de servicios de salud, los principales desafíos a afrontar son, por una parte, establecer estrategias destinadas a disminuir los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles; y en segundo lugar, lograr una mayor equidad en la atención en salud y disminuir los condicionantes sociales de la salud a lo largo de la vida en general y en las personas mayores en particular.

2 Se utilizan los datos de 2009, debido a que en 2013 no se relevó la variable “Necesidades Básicas Insatisfechas” (NBI).

Tabla N° 2: Prevalencia de patologías crónicas autoinformadas y factores de riesgo seleccionados. Personas de 60 años y más, ambos sexos, según condición de Necesidades Básicas Insatisfechas, región e ingresos. 2009. Argentina. Promedios ponderados.

Indicador de salud	Total		Condición NBI					Región					Ingresos	
	Sin NBI	Con NBI	CAB	PAM	NOA	NEA	CUYO	PAT	Menor 1750	1750 o más				
											56	60.9*	58	62.9*
Prevalencia HTA#	60.7	61.8	56	60.9*	58	62.9*	64.9*	61.9*	62.9*	59.1				
Prevalencia DBT#	20.9	20.7	24	15.4	19.5	24.4*	24.3*	25.3*	22.3	21.4				
Colesterol #	40.9	39.5	40.4	38.3	44.1	37	40.9	44.6	39.4	41.9				
Alcohol (Abuso)#	4.1	3.8	7.3*	1.4	3.5	5.8*	5.1*	4.0*	4.1	4.4				
Tabaco (Fumador actual)	13.4	12.8	21.4*	12.5	12.9	13.4	11.6	13.7*	14.2*	13.9				
Tabaco (Ex fumador)	28.4	28.9	21.4*	34.5	25.9	23.8*	23.2*	28	30.9	30.3				
Estado Nutricional (déficit) ###	17	16.7	21.5*	20.8	16.8*	16.2*	16.3*	15.6*	13.4*	15.5				
Estado Nutricional (exceso) ###	35.7	35.7	35.5	31.7	36*	35.1*	35.9*	38*	41*	37.5				
Autopercepción de salud (mala y regular)	35.9	34.5	54.7*	25.3	35*	42.8*	47.8*	43.8*	35.3*	27.4				
% de personas mayores con necesidades de salud insatisfechas por falta de dinero	16.6	13.6	37.5	2.9	17.1	22	18.3	18	11.7	23.5*				
####	8.1	7	21.8*	2.6	8.3*	10.9*	12.4*	8.3*	8.3*	3.6				
Sin cobertura de salud	8.1	7	21.8*	2.6	8.3*	10.9*	12.4*	8.3*	8.3*	3.6				

Notas:

Prevalencia de las personas que se han medido la presión arterial, la glucemia o el colesterol en los últimos dos años. ## Abuso: Más de dos tragos promedio por día para hombres y más de un trago promedio por día para la mujer. ### Se utilizaron los puntos de corte definidos por la OPS (2002) para adultos mayores: <23 déficit, 23-27 eutrófico, ≥28 exceso. #### Prevalencia sobre el total de personas de 60 años y más que presentaron algún problema de salud en los últimos 30 días.

NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas. CABA= Ciudad Autónoma de Buenos Aires. PAM =Región Pampeana, incluye Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Santa Fe y resto de la provincia de Buenos Aires. NOA= Región Noroeste, incluye las provincias de Catamarca, La Rioja, Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero. NEA= Región Noreste, incluye las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco y Formosa. CUYO= Región Cuyo, incluye las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. PAT Región Patagonia, incluye las provincias de Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Se aplicó Prueba de Chi Cuadrado para diferencia de proporciones (*) Nivel de significación <0,01, (+) Nivel de significación < 0,05. Categoría de referencia en región: CABA.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENFR 2005 (n=8799), 2009 (n=7947) y 2013 (n=7482).

2.2.Desafíos que plantea el envejecimiento poblacional para el sistema de salud argentino.

Más allá de los desafíos que plantea el proceso de envejecimiento en el aumento de recursos sanitarios para la población mayor, y los problemas de equidad explicados en el punto anterior; la Argentina presenta un sistema sanitario particular que profundiza la necesidad de establecer un debate en términos de políticas de salud de cara hacia el futuro.

En la Argentina, el sistema de salud está dividido en tres subsistemas: el público a cargo de la Nación, provincias y municipios y que cubre a toda la población; el privado que rige a través de seguros de salud, medicina prepaga, cooperativas y mutuales; y el subsistema de obras sociales que cubre a los trabajadores formales nacionales, provinciales, municipales y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados-PAMI-. Esta fragmentación del sistema de salud de la Argentina funciona sin una debida coordinación y articulación de cada subsistema, e incluso al interior de cada uno de los mismos; por lo que atenta con el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad (Cetrángolo, 2014).

En efecto, a pesar que el gasto en salud³ de la república Argentina es elevado y se ha incrementado en los últimos años, no se ha reflejado en una mejora en las condiciones de salud de la población y equidad en el sistema. Según datos de Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (2017), el gasto público consolidado en salud ha pasado de 3,96% del PBI en 2004 a 7,10% en 2015. Sin embargo, según estimaciones de la OMS (2015), el gasto privado⁴ en 2008 fue de 4,92% del PBI, constituyendo el 48% del gasto total en salud, valor muy superior a los observados en países desarrollados, donde el gasto privado no supera el 25% (Cetrángolo, 2014).

Los sistemas con elevados niveles de gasto privado en salud incrementan el riesgo de los hogares de caer en situaciones de gastos catastróficos o empobrecedores, además de ser sistemas más regresivos en general.

Una de las causas atribuidas a la falta de eficiencia en el sector salud es la múltiple cobertura a la que tienen acceso los habitantes. Otro factor es el proceso de descen-

3 El gasto en salud está compuesto por el gasto público consolidado en salud, que incluye las erogaciones del Sector Público No Financiero correspondientes a los tres niveles de gobierno -Nación, provincias, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipios-. Las erogaciones públicas incluyen los gastos presupuestarios pero además aquellos que no aparecen presupuestados íntegramente en el presupuesto de todas las jurisdicciones: erogaciones de las Obras Sociales Nacionales, Sistema de Asignaciones Familiares, de las Sociedades y Empresas Públicas Nacionales, de otros entes (AFIP, INSSJP, etc), el gasto público correspondiente a los Sistemas Provinciales de Previsión Social y las Obras Sociales Provinciales (Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, 2011).

4 El gasto privado está conformado por las erogaciones directas de la familia orientadas al pago de medicamentos, coseguros, abonos y el pago de los seguros de salud y medicina prepaga (Maceira, 2014).

tralización. En los últimos años, los procesos de descentralización en el sistema de salud pública en Argentina han tenido resultados negativos en términos de equidad y eficiencia, ya que la usencia de coordinación desde el nivel central permite una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que, en muchos casos lejos de responder a las necesidades locales, han contribuido a agudizar las inequidades, debido a las deficiencias previas de sus sistemas de salud y las políticas de salud adoptadas en cada lugar como respuesta al propio proceso descentralizador (PNUD, 2011).

El subsector de obras sociales constituye un grupo heterogéneo de obras sociales nacionales y provinciales, algunas con un número que no superan los 3.000 afiliados y otras que superan el millón. Dentro de este grupo, se destaca el Programa de Atención Médica Integrada (PAMI), destinado a asegurar la cobertura de salud a personas mayores jubiladas y/o pensionadas. El mismo fue creado a partir de la Ley 19.032 de 1971. Los recursos para su financiación provienen en parte de los aportes de los trabajadores formales y de los pasivos, de acuerdo a su nivel de ingresos (PNUD, 2011). La institución cuenta actualmente con 4,5 millones de afiliados, jubilados y pensionados, sus familiares y veteranos de la Guerra de Malvinas. Como se indicó anteriormente, en los últimos años se ha incrementado su cobertura, debido a la incorporación de personas sin historia contributiva al sistema de seguridad social, como amas de casa y trabajadores informales (Maceira, 2014), lo cual ha producido un aporte sustancial a un amplio sector de personas mayores que no poseían cobertura de salud. Datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, indican que, en los últimos años, alrededor de un tercio del gasto consolidado nacional es destinado al PAMI.

Frente a este escenario, las políticas en salud de la población en los años venideros, deberían enfocarse en los siguientes aspectos:

- a) Monitoreo de situación en salud y equidad en personas mayores: resulta necesario contar con fuentes de información sobre la situación de las personas mayores. Santillán et al. (2016) indican que Argentina cuenta con información suficiente para construir un sistema de indicadores para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores, en base a las estadísticas oficiales de los últimos 15 años. Las fuentes disponibles permiten analizar la situación de salud de la población mayor, aunque existen algunos ejes temáticos con escasa información, salud mental, acceso a servicios de salud y muy especialmente, la salud sexual. Además, se requiere profundizar sobre indicadores de procesos y estructura del sistema de salud.
- b) Establecer políticas que tiendan a favorecer el Envejecimiento Saludable, entendiendo al mismo como el proceso de “fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2015,p. 30) en este punto resulta particularmente importante establecer políticas intersectoriales, con programas que atiendan las necesidades de vivienda de los adultos mayores y a proteger a los mayores de la pobreza, fomentando la participación social y la equidad de género con entornos adaptados y promoviendo la inclusión en los ambientes de trabajo (OMS, 2015). Asimismo, las medidas que tiendan a mitigar

la pobreza y las desigualdades de salud, repercutirán en un envejecimiento saludable de la población en el futuro.

c) Coordinar el trabajo entre subsistemas e instituciones del sistema de salud: frente a la fragmentación e ineficiencia del sistema de salud argentino, se requiere una acción más coordinada entre el gobierno nacional, provincias y municipios (colaboración intergubernamental vertical), como entre diversos organismos de un mismo nivel de gobierno (colaboración intergubernamental horizontal). Asimismo, se requiere de una acción coordinada entre el estado y el sector privado, familias y comunidad.

En lo que respecta al PAMI, Maceira (2014) indica que:

podría ser utilizado como una herramienta para la regulación de la oferta privada. Dada su amplia red de prestadores, con capacidad de fijar categorizaciones de calidad e incentivos a la articulación de redes, podría aumentar la eficacia en el uso de recursos en el tramo etario con mayores demandas de financiamiento (p. 207)

d) Crear y garantizar el acceso a servicios que presten atención integrada y centrada en las personas mayores: implica organizar servicios en torno a las preferencias y necesidades de las personas mayores en coordinación con los adultos mayores, familia y miembros de la comunidad (OMS, 2015).

e) Promover planes para la prevención de factores de riesgo: la reducción de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta y en los adultos mayores en particular debería enfocarse en las estrategias de prevención de ENT y promoción de la salud ya que han demostrado ser las más costo-efectivas (INDEC 2015a).

3.Sistema de Cuidados

3.1.Cuidados a largo plazo: definiciones y contexto internacional.

Otro desafío que impone el aumento de longevidad asociada al proceso de envejecimiento, es la creciente demanda de “Cuidados a largo plazo” (CLP), denominación que proviene del término en inglés *Long-Term Care*.

La “revolución de la longevidad” (Kalache, 2015) y los cambios al interior de las familias, con un número cada vez menor de hijos y con una creciente inserción en el mercado laboral de las mujeres, están presionando hacia una mayor demanda de CLP externos a los tradicionalmente brindados por el núcleo familiar.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2015) los CLP son:

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 (p.135)

La disminución de la capacidad intrínseca o funcional a medida que la edad avanza eleva sustancialmente el riesgo de caer en una situación de dependencia, la cual es definida en el presente estudio como la necesidad de ayuda que tienen las personas mayores con limitaciones funcionales o discapacidades para la realización de ciertas

actividades consideradas como fundamentales para el desarrollo de la vida diaria.

Las actividades usualmente consideradas en los estudios que buscan medir dependencia entre las personas mayores son las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD).

Las ABVD son las actividades relacionadas con los cuidados personales como bañarse, alimentarse, ir al baño o preparar las comidas. Las restricciones para la realización de las mismas determinan una mayor necesidad e intensidad de la ayuda requerida. Por su parte, las restricciones en AIVD limitan la capacidad de las personas para desenvolverse normalmente dentro de su comunidad o de su hogar afectando actividades tales como hacer las compras, limpiar la casa, lavar la ropa o manejar las finanzas del hogar. Estas actividades, si bien también son necesarias para llevar a cabo una vida normal, requieren ayudas menos intensivas que las restricciones en ABVD (McDowell, 2006).

La concepción de “Envejecimiento Saludable” de la OMS (2015, p. 136) establece dos mecanismos posibles para la consecución de dicho estado desde el punto de vista de la capacidad intrínseca o funcional: 1) la optimización de la trayectoria de la capacidad intrínseca de la persona; 2) la compensación de la pérdida de capacidad mediante el suministro de la atención y el apoyo del entorno necesarios para mantener la capacidad funcional en un nivel que garantice el bienestar.

Los CLP constituyen por lo tanto las ayudas formales e informales de terceras personas a ABVD y en AIVD para que los individuos en situación de dependencia continúen desarrollando su vida con la mayor calidad posible. Dichos cuidados se caracterizan por ser requeridos por periodos prolongados de tiempo e incluir un amplio rango de servicios entre los que se incluyen: 1) la atención en residencias de larga estadía; 2) los servicios con base comunitaria, que permiten que la persona en situación de dependencia continúe viviendo en su hogar, dentro de los que se incluyen los servicios en el domicilio, en centros de día y servicios de apoyo a distancia mediante el uso de tecnologías (como teléfono, internet); 3) las transferencias monetarias a las personas mayores en situación de dependencia o a sus familiares, para que satisfagan la necesidad de cuidados ya sea de manera directa (el propio familiar brinda la ayuda) o para contratar ayudas externas (profesionales o no profesionales).

Los programas de prevención y promoción de la autonomía se incluyen dentro de este tipo de ayudas dado que constituyen un pilar clave para el logro del objetivo de Envejecimiento Saludable, pero dada la amplitud de este tipo de acciones en el marco de la salud pública no siempre es posible clasificarlas como cuidados de largo plazo de forma exclusiva (Matus-López, 2015).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) ha desarrollado una guía conceptual sobre CLP que busca sentar las bases para los estudios sobre gasto en este tipo de servicios (OECD, 2007). La guía de la OECD distingue dos componentes de los CLP: los Cuidados de Largo Plazo en Salud (CLPSa) y los Cuidados de Largo Plazo Sociales (CLPSo) (p. iii). La definición de los límites para esta clasificación resulta el mayor desafío metodológico, dada la existencia de diferentes criterios y por aspectos operativos que muchas veces dificultan la distinción incluso dentro de los mismos países de la OECD. Más allá de lo anterior, la guía

recomienda utilizar una definición de los límites basada en los Tipos de Servicios Recibidos, distinguiendo entre los servicios de ayuda en ABVD y los de ayuda en AIVD (OECD, 2007, p. iv). Según este criterio, los servicios relacionados con las ABVD se consideran CLPSa, mientras que los segundos se consideran CLPSo. Esta distinción obedece al hecho de que las ayudas para las ABVD, al implicar cuidados más complejos, habitualmente son prestados o supervisados por enfermeras profesionales que pertenecen al sector de servicios de salud, mientras que las ayudas en AIVD suelen ser provistos dentro de los sistemas de servicios sociales. Sin embargo, en la práctica esta división no es tan clara en el contexto de otros países (como en Argentina) donde las ayudas en ABVD aun formales, muchas veces son provistas por personal específicamente capacitado, pero no necesariamente por profesionales médicos u enfermeros.

La mayor necesidad y demanda de CLP ha impulsado que un número de países implementen Sistemas de Cuidados a Largo Plazo (SCLP), conformados por políticas orientadas a prevenir y cubrir el riesgo de Dependencia de manera amplia a partir de garantizar un conjunto de prestaciones de cuidados de largo plazo a las personas en tal situación. Se trata entonces de políticas que buscan “socializar” el riesgo individual o familiar del estado de dependencia, dado el aumento de la población afectada y las crecientes restricciones de las familias para brindar la ayuda necesaria, al menos de forma exclusiva.

Los países que actualmente cuentan con SCLP consolidados son relativamente pocos (alrededor de treinta), todos ellos miembros de la OECD y la mayoría perteneciente a la Unión Europea. Aún dentro de estos países los SCLP no son homogéneos, ni en su diseño (prestaciones que incluyen, magnitud de recursos, fuentes de financiación, condiciones de las transferencias monetarias, etc.) ni en el grado de cobertura efectiva. En estos casos, la mayor cobertura correspondería a los modelos de países de muy altos ingresos como son Suiza, Holanda y los países escandinavos (Noruega, Dinamarca y Suecia), donde algo más del 15% de la población de 65 años y más resulta beneficiaria de estos sistemas. Los menos generosos en este sentido serían los sistemas de Italia, Irlanda, Canadá, Eslovaquia y Polonia, con valores por debajo del 5% (Matus-López, 2015).

Cabe resaltar aquí, que más allá de la importancia que alcanzan los servicios formales de CLP en algunos países, existe evidencia que muestra que las familias siguen constituyendo la fuente de apoyo más importante. En la práctica, el cuidado en el entorno informal se estima representa entre un 70% y un 90% de la carga de trabajo de los CLD, aun en los países con sistemas de cuidados consolidados (Fujisawa y Colombo, 2009).

En América Latina está creciendo la preocupación por la temática lo cual queda reflejado en los apartados específicos sobre cuidados incluidos como se mencionara anteriormente, en el CM y la CIDPM. Si bien se observan avances en los últimos años en cuanto a la implementación de políticas de CLD en algunos países de la región, como el Sistema de Cuidados de Uruguay en fase de implementación en la actualidad, o programas específicos en línea con las nuevas concepciones de CLP, en la mayor parte de los países aún no se evidencian avances sustantivos y, en

ningún caso se observan sistemas de cuidados formales bien consolidados que se traduzcan en una cobertura social amplia al riesgo de Dependencia. En los países de la región en general prima la oferta fragmentada y parcial de prestaciones (Gascón y Redondo, 2014), el andamiaje institucional de los servicios existentes es débil y no existen fondos específicos que financien la extensión universal de su cobertura (Huenchuan, 2011) y falta adaptar el diseño de las políticas, los programas y los servicios a las nuevas concepciones basadas en el enfoque de derechos y la perspectiva de género (Gascón, 2016).

3.2.Necesidades de Cuidados a largo plazo en la Argentina.

Las necesidades de CLP entre las personas mayores pueden variar significativamente entre diferentes poblaciones, lo cual en gran parte es un reflejo las diferencias de morbilidad asociadas a los procesos de envejecimiento entre los países con diferentes niveles de ingresos: de acuerdo a la OMS (2015) la prevalencia de discapacidades en ABVD oscilaría desde menos del 5% de la población de entre 65 y 74 años en Suiza hasta más del 50 % de las personas de la misma edad en países como India, Ghana o la Federación de Rusia.

¿Cuál es la magnitud de la población mayor en situación de Dependencia en la Argentina? En un trabajo reciente se estima que la población mayor a 64 años⁵ con necesidad de ayuda para la realización de la ABVD o AIVD sería del 26% de la población de ese grupo etario, lo cual representaba 1,1 millón de personas en el 2012 año de realización de la encuesta ENCaViAM, que por primera vez permite estimar la magnitud de la población en situación de dependencia en dicho país (Monteverde, Tomas, Acosta y Garay, 2016). Por su parte, si se calcula la prevalencia considerando exclusivamente las ABVD (de forma similar a las estimaciones de la OMS antes mencionadas), ascendería al 12% para todo el grupo de 64 años y más, y al 6% para el rango de 64 a 74 años.

De la comparación de las prevalencias para los mayores de 64 años entre Argentina, México y España (en Monteverde et al. 2016), en la que se considera exclusivamente un grupo de actividades comunes en los tres países y se estandariza por edad y sexo, se observan prevalencias algo mayores en los dos países de América Latina respecto a España: 25,2% en Argentina, 27,8% en México y 21,3% en España.

Esto se encuentra en línea con los resultados de los estudios que encuentran una asociación inversa entre los niveles de dependencia y los ingresos de las poblaciones (OMS, 2015, p. 71-74).

Las estimaciones anteriores pueden considerarse conservadoras o incluso que subestiman las necesidades totales de CLP bajo la concepción de la OMS (que hace énfasis en la optimización de la “capacidad intrínseca” de las personas), ya que estos cálculos “suponen que la necesidad surge cuando la pérdida de capacidad ha llegado a un punto en que la persona tiene dificultad para realizar tareas básicas” (OMS, 2015, p. 137).

Dada la magnitud de la población mayor en situación de dependencia de la Argenti-

⁵ En esta investigación se comparó la situación de dependencia de Argentina con México y España, por lo cual se realizó con la población mayor a 64 años a los fines que sea comparable.

na, ¿en qué medida este colectivo cuenta con la ayuda necesaria para el logro de un Envejecimiento Saludable bajo la concepción de la OMS?

De acuerdo a lo resultados de un trabajo en el que se analiza la vulnerabilidad de la población mayor en situación de dependencia en la Argentina, existe una elevada necesidad de ayuda insatisfecha entre este colectivo (tanto formal como informal), a la vez que enfrentan mayores niveles de vulnerabilidad socio-económica respecto a las personas mayores no dependientes reflejadas en una mayor proporción de individuos con bajos niveles de instrucción (primaria incompleta o menos) e ingresos per cápita familiares más bajos (Acosta y Monteverde, 2016).

Un aspecto muy relevante a la hora de comprender la dificultad que implica atender la creciente demanda de CLP, es el hecho de que dichos cuidados suelen ser costosos, tanto para los presupuestos de los propios individuos, de sus familiares e incluso de los Estados, ya que se trata de servicios intensivos en mano de obra y que suelen requerirse por períodos prolongados de tiempo. De hecho, en muchos países, los debates sobre los CLP se centran justamente en la sostenibilidad de los mecanismos de financiamiento actuales ante el rápido crecimiento de la demanda (OMS, 2015, p. 140). Experiencias recientes muestran que la combinación de fuentes y sistemas progresivos de copagos (en el que contribuyen más las personas con mayores ingresos) pueden ser una alternativa solidaria y sostenible de financiación de estos sistemas. En Japón por ejemplo, los beneficios de las personas se determinan en virtud de la necesidad pero la financiación se distribuye de la siguiente forma: un 10% son pagos de bolsillo de los usuarios con un tope para las personas de bajos ingresos (componente solidario) y el resto en partes iguales con contribuciones de un seguro y de ingresos fiscales.

Estimaciones del Costo individual esperado de CLP no médicos a personas mayores en situación de dependencia de Buenos Aires para el año 2006, muestran que dichos costos representan una elevada proporción de los ingresos familiares per cápita esperados: con niveles que oscilarían entre el 30% y el 90% en el caso de las mujeres y entre el 20% y el 50% en el caso de los hombres (según el tipo de cuidados, formales o informales en residencias o en el hogar). Los mayores costos en el caso de las mujeres obedecen a las mayores prevalencias y duraciones del estado de dependencia, lo cual es una regularidad que se observa en todas las poblaciones (Monteverde, Noronha, Palloni y Angeletti, 2008; Monteverde, 2013).

Otro aspecto de especial importancia son las inequidades de género asociadas a esta problemática, ya que las mujeres son quienes más cuidados no remunerados brindan, mayores costos en términos de su propia salud asumen y mayores necesidades insatisfechas de CLP enfrentan.

3.3. Servicios de CLP: enfoque actual y estado de situación en Argentina.

En la Argentina sigue prevaleciendo un sistema de CLP basado casi exclusivamente en la familia, aun cuando la realidad parece mostrar que este modelo ya no está dando respuesta a las necesidades del colectivo creciente de la población mayor y las recomendaciones internacionales urgen a un cambio de modelo y de la propia concepción en el diseño de programas y servicios de CLP.

La OMS (2015) enfatiza:

En el siglo XXI, ningún país puede darse el lujo de no contar con un sistema coordinado de cuidados a largo plazo. No obstante, esto no implica que haya un único sistema que se ajuste a todos los ámbitos. Lo ideal es que cada país evalúe su situación para identificar el mejor sistema para su contexto (p. 136-137).

Este organismo ha definido los principios generales que cualquier sistema de CLP integrado debe cumplir, más allá de las variaciones que deben hacer los países para adaptarlo a la disponibilidad de sus recursos, infraestructura y preferencias culturales. Tales principios son: 1) el CLP debe ser asequible y accesible (en especial para las personas pobres y marginadas); 2) debe defender los derechos humanos de las personas mayores dependientes de cuidados (para lo cual tiene que respetar la dignidad de la persona, posibilitar su autoexpresión y, cuando sea posible, su capacidad de tomar decisiones); 3) siempre que sea posible, debe mejorar la capacidad intrínseca de la persona mayor; 4) debe estar centrado en la persona; 5) el personal que brinda el cuidado, remunerado y no remunerado, debe ser tratado con justicia y tener el prestigio social y el reconocimiento que merece; 6) los gobiernos nacionales deben asumir toda la responsabilidad (OMS, 2015, p. 144-145).

Aunque la Argentina cuenta con programas y servicios de CLP que no son recientes, es posible afirmar que aún está lejos de contar un Sistema Integrado de CLP que cumpla con los principios generales mencionados en el párrafo anterior.

En primer lugar, los programas de CLP en la Argentina constituyen un conjunto no integrado de políticas y servicios a cargo de instituciones públicas de diferentes niveles de gobierno: nacionales, provinciales y municipales y organizaciones privadas (Repetto, Potenza, Marazzi y Fernández, 2011; Barbieri, 2014; Gascón y Redondo, 2014, Gascón, 2016, Roque y Fassio, sf). Lo anterior es así, a pesar de que en el país existe el Consejo Federal de Adultos Mayores, creado por decreto en el año 1997 (cuya función es la de coordinar acciones entre las diferentes instituciones) y una Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Sin embargo, estas instituciones en la práctica no desempeñan funciones rectoras de un sistema en el que se asignen responsabilidades y funciones claras en materia de CLP, lo cual puede ser producto (al menos en parte) de la falta una ley o leyes específicas que definan las directrices de dicho sistema.

En segundo lugar, los servicios en general no cumplen con los requisitos previstos en los puntos 1 a 5. Es posible afirmar que en la Argentina la falta de acceso de gran parte de la población mayor en situación de dependencia a servicios formales de ayuda, las graves deficiencias de los cuidados que se brindan en las residencias para mayores e incluso de los cuidados en el hogar, la falta de consentimientos informados por parte de las personas mayores usuarias de las residencias de larga estadía, la falta de capacitación, contención y reconocimiento al personal cuidador, la inexistencia de servicios basados en las personas y la falta de programas orientados a potenciar la capacidad interseca de las personas mayores, son la regla más que la excepción (Lloyd-Sherlock y Redondo, 2009; Roque; 2016, Lloyd-Sherlock, 2017; Gascón, 2017).

Avanzar hacia un sistema integrado de CLP, basado en las nuevas concepciones, buenas prácticas y financieramente sostenible (para los presupuestos de los individuos, las familias y el sector público), no resulta un desafío fácil para ningún país y mucho menos para los países de la región. Sin embargo, los cambios demográficos y sociales imponen la urgencia de esta discusión no solo porque el envejecimiento poblacional continuará profundizándose y es probable que el contexto de morbilidad no sea el más favorable en los países de la región, sino por los “enormes costos sociales y económicos (costos médicos evitables y costos de oportunidad de los cuidados informales, entre otros) que supone no enfrentar este desafío”(OMS, 2015, p.143).

4.Seguridad Social

Otro importante debate asociado al proceso de envejecimiento poblacional está relacionado con la cobertura y el acceso a los sistemas previsionales. El aumento en el número absoluto de personas en edades inactivas interpela los paradigmas en los cuáles los sistemas de seguridad social han sido concebidos. Por tal motivo, la calidad y equidad en el acceso a estos sistemas son un tema esencial al analizar el derecho a la seguridad económica de las personas mayores.

En las economías capitalistas predominan sistemas de transferencias de ingresos en los que el derecho a la protección de la vejez está mediado por la participación en el mercado de trabajo formal. En estos sistemas los beneficiarios no son todas las personas mayores, sino sólo aquellas que contribuyeron con una contribución/cotización durante su vida laboral. Esta premisa, sumada a la creciente informalidad del mercado laboral determinan que los sistemas previsionales exclusivamente contributivos (es decir basados en una cotización de trabajadores formales), constituyen sistemas excluyentes y segmentados, dejando de lado a las personas con historias laborales informales y discontinuas. Los sistemas previsionales contributivos tienen también un gran sesgo de género, originado en la tradicional división sexual del trabajo que les asigna a las mujeres dedicación total o parcial a actividades no remuneradas que dificultan su acceso al sistema laboral mercantil. (Minoldo et al, 2015).

La dinámica demográfica actual que genera el proceso de envejecimiento poblacional interpela a los sistemas de previsión social contributivos acerca de las posibilidades de garantizar equidad y cobertura universal a las personas mayores como sujetos de derechos. De no modificar el paradigma de acceso a estos sistemas enormes cantidades de personas mayores quedarán al margen del acceso a un ingreso que garantice su seguridad económica.

Si los sistemas de seguridad social sólo se financian con contribuciones salariales de empleados formales el cambio en el tamaño relativo de la población de edad avanzada y aquella en edad de trabajar afectará sin lugar a dudas su financiamiento. En Argentina en 2010 había cerca de seis personas en edad de trabajar por cada adulto mayor, la misma relación se prevé que disminuya a tres en 2050 y a dos en 2100. Cuanto más tiempo se posponga una reforma, mayor es la necesidad de la misma y más drástica sería su implementación (Grushka, 2014a).

Acuerdos internacionales como el CM y CIDPM hacen hincapié en desarrollar me-

canismos de acceso universal al derecho a la seguridad económica de los mayores. Estos instrumentos instituyen a la previsión social como un derecho, no sólo de los trabajadores formales, sino de todas las personas mayores, evitando la exclusión de trabajadores informales y no mercantiles. El trabajo no mercantil se relaciona mayoritariamente con tareas destinadas a la reproducción social, y es desarrollado generalmente por mujeres. En general las fuentes de información estadística adolecen de instrumentos adecuados para captar este importante aporte a la economía (OIT, 2012, p. 52). De acuerdo a datos de INDEC (2016) la diferencia entre la tasa de participación económica masculina y femenina era de 22,5 puntos porcentuales (69,7% hombres y 47,2% mujeres) mientras que la tasa de desocupación era de 9,2% para mujeres y 8% para hombres. Según datos de la EPH (INDEC, 2016) de cada 4 ocupados, 1 era no asalariado y de cada 3 asalariados 1 no hacía aportes jubilatorios. De esta manera se refleja que 1 de cada 2 trabajadores es un trabajador informal. En el marco de sistemas contributivos, la informalidad laboral implica que no se realicen aportes a la seguridad social y que por lo tanto no se acceda al derecho a una pensión contributiva.

En los sistemas de pensiones contributivas se sostiene que debe haber una relación entre los beneficios previsionales y los ingresos laborales durante la vida activa, calculada mediante fórmulas actuariales que relacionan la contribución con los aportes realizados durante la vida laboral. Esta característica concentra los recursos de los sistemas de previsión social en los sectores menos vulnerables de la sociedad. Esta situación también repercute de forma contundente en las mujeres ya que las brechas salariales entre hombres y mujeres en América Latina son de alrededor del 40% (Abramovich y Pautassi, 2009).

El enfoque de derechos, al que adhieren el CM y CIDPM supone promover la desmercantilización de los derechos sociales, con el fin de garantizar los derechos con independencia de la participación en el mercado (Minoldo, et al., 2015). Los mercados laborales de la región no han logrado transformarse en la puerta de entrada universal y dinámica a los esquemas de protección social. Por ese motivo, ni a corto ni a mediano plazo podrán constituir el mecanismo exclusivo para proteger al grueso de la población frente a riesgos relacionados con la falta de ingresos, la salud y el envejecimiento, entre otros (CEPAL y ONU, 2010, p. 191, citado por Minoldo, et al., 2015). El universalismo básico sostiene que la cobertura de los sistemas de previsión “sea universal y que alcance a categorías de población definidas a partir de atributos que todas las personas cumplan” (Molina, 2006, p. 40).

Argentina forma parte del grupo de países denominado “pioneros” en América Latina en el desarrollo de sus sistemas de protección social, junto con Chile, Cuba y Uruguay. Tales países desarrollaron sistemas de protección social para algunos grupos de trabajadores organizados desde principios del siglo XX. El desarrollo de la protección social se realizó en forma gradual y vinculada al empleo formal, excluyendo a trabajadores desocupados e informales (Apella y Troiano, 2014).

Argentina tiene un régimen de pensiones contributivas que exige un historial de 30 años de aportes. Este sistema funciona como sistema de reparto en el que monto de las pensiones está relacionado con los aportes realizados. Este sistema reemplazó

en el año 2008 al de capitalización que se había instaurado en 1994 (Bossio, 2014). El haber jubilatorio contributivo argentino se determina en función del promedio salarial de los últimos 10 años de actividad, y el porcentaje de éste que corresponde al haber es proporcional a la cantidad de años de aportes. El sistema se financia con los aportes de los asalariados, contribuciones de los empleadores y con aporte del estado.

Convive con el sistema contributivo algunos sistemas no contributivos con un menor monto de prestación como es el caso de las Pensiones no Contributivas, que otorgan pensiones asistenciales (por edad avanzada, para mayores de 70 años sin ingresos ni familiares con solvencia o por invalidez) y beneficios graciables otorgados por el Congreso. El monto de estos beneficios es considerablemente inferior a las prestaciones contributivas.

La cobertura previsional de la población de 65 años y más pasó del 70% en el Censo 2001 al 95% en el Censo 2010, siendo esta una de las coberturas más altas de América Latina. Estos niveles de cobertura no se explican por altos niveles de empleo formal, sino en gran medida por el impacto que ha tenido entre 2004 y 2014 la implementación de mecanismos de acceso no contributivos. Estos mecanismos consistieron en la aplicación de planes de moratorias previsionales que permitieron acceder al sistema previsional a personas mayores que no contaban con un historial de aportes completo, e incluso que nunca habían realizado aportes en absoluto. Además del incremento general de la cobertura, estas medidas tuvieron un impacto significativo en la reducción de la brecha de género en el acceso a la protección, lograda sobre todo por la incorporación de las amas de casa al sistema, y especialmente en el incremento los niveles de cobertura de los sectores de menores ingresos de la población (Calabria y Rottenschweiler, 2015, citado por Minoldo et al., 2015). Sin embargo, a pesar de la cuasi universalidad de acceso a la protección que se produjo de facto, el sistema no fue reformado de manera estructural, dejando en la incertidumbre la situación de las próximas cohortes de adultos mayores. En este sentido, Grushka (2014b) calcula una vertiginosa caída de la cobertura previsional futura (del 90 al 50% entre 2010 y 2035), asumiendo que los mecanismos de inclusión no contributivos no vuelvan a ser implementados.

Además de los cambios en la cobertura se tomaron medidas que impactaron en la redistribución de los beneficios. Se aumentó en mayor grado las jubilaciones mínimas que el resto, mientras que con el proceso inflacionario el resto de las prestaciones perdía valor real (Danani y Beccaria, 2011; OISS, 2012).

La aplicación de mecanismos de acceso no contributivos y la distorsión de la pauta distributiva típica de sistemas contributivos hacen de Argentina un caso clave para observar el potencial impacto que tiene sobre la equidad de la protección previsional la implementación de mecanismos de acceso y distribución distanciados del paradigma contributivo, tendientes a la universalización y disminución de las brechas de calidad de protección. Sin embargo, se trata de logros sujetos a medidas de coyuntura y no a un cambio estructural en las condiciones del sistema y en los criterios de distribución diferenciada de beneficios. Queda aún pendiente, por tanto, el debate sobre la relevancia de modificar los criterios de acceso en el diseño del sistema

público de protección social de la vejez, para el cual la experiencia de los cambios 2004-2014 puede constituir un excelente precedente (Minoldo et al.,2015).

El proceso de envejecimiento poblacional con el consiguiente aumento del número absoluto de personas mayores, sumado a una creciente informalidad laboral hacen necesario revisar la lógica de acceso a los sistemas de pensiones, así como la distribución de los recursos de los mismos. Es urgente e indispensable la revisión de los sistemas previsionales, con una activa intervención del Estado en el problema de acceso al derecho de la seguridad económica de los mayores.

5.Reflexiones finales

Como mencionábamos al inicio del artículo el proceso de envejecimiento de la población constituye un gran logro de la humanidad. Si este gran logro se convirtiera en tragedia, habremos fracasado como civilización (UNFPA, 2012). Perez Díaz (2016) indica que:

No son la elevada esperanza de vida, la baja fecundidad o la nueva pirámide de población los que deben provocar sensación de peligro; es el miedo al cambio demográfico lo que resulta erróneo y peligroso. Las sucesivas generaciones de personas mayores están cambiando el mundo para bien, desde que nacieron, y lo harán todavía más en las próximas décadas. A las sociedades contemporáneas les urge apoyar y aprovechar estas novedades, en vez intentar revertirlas (p. 9).

Para que en los países de la región y específicamente en Argentina, este logro de la humanidad se vea acompañado de un Envejecimiento Saludable en un sentido amplio (OMS, 2015) resulta imprescindible avanzar en el cumplimiento de los objetivos planteados en el CM y la CIDPM.

En el acceso a la seguridad económica es imprescindible rediscutir el paradigma que los sistemas de pensiones contributivas tienen que llevar a una cobertura segmentada, con gran número de personas mayores excluidas en un contexto de envejecimiento poblacional e informalidad en el mercado laboral. Analizar la implementación de sistemas universales, en donde el acceso a derechos sea de las personas y no sólo de los trabajadores es una necesidad imperante para no caer en grandes cantidades de personas excluidas del acceso a este derecho.

En el caso de los sistemas de Salud y de Cuidados, la consecución de tales objetivos, necesariamente conduce a iniciar reformas basadas en los nuevos preceptos basados en el enfoque de derechos, la perspectiva de género, la organización de servicios centrados en las personas y todas las recomendaciones realizadas por la OMS (2015) para los sistemas específicos, adaptados a las particularidades de la realidad de las personas mayores en Argentina.

La optimización de la trayectoria de la capacidad intrínseca de la persona en la concepción del “Envejeciendo Saludable” de la OMS hace énfasis justamente en el “desarrollo de las potencialidades y la participación plena de las personas mayores” (CEPAL, 2013), para que puedan “seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma” (OEA, 2015). La CIDPM, el CM y la OMS urgen a los países a diseñar sus propios Sistemas Integrales de Cuidados con miras al logro de tales objetivos.

Celebremos entonces el envejecimiento poblacional de Argentina.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, L. D. y Monteverde M. (2016). Vulnerabilidad de la población mayor en situación de dependencia en la Argentina: análisis en base a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM 2012). En Celton, D. y Peláez, E. (Ed.) *Cambios demográficos y vulnerabilidad social*. Buenos Aires: CONICET
- Apella I. y Troiano S. (2014). El mercado de trabajo argentino en un contexto de transición demográfica. En Gragnolati, M., Rofman, R., Apella, I. y Troiano, S. (Ed.) *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDPM)*. Disponible en http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf (accedido el 15/03/2017).
- Banco Mundial (2015). *Base de datos online*. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/> (accedido el 30/01/2017).
- Barbieri, M. E. (2014). Cuidados a largo plazo en Argentina. En Gragnolati, M., Rofman, R., Apella, I. y Troiano, S. (Ed.) *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Beccaria, L. y Maurizio, R. (2014). Hacia la protección social universal en América Latina: Una contribución al debate actual. *Problemas del desarrollo*, 45 (177), 37-58.
- Bossio, D. (2014). Creación del sistema integrado previsional argentino. En OISS. *Estudios sobre seguridad social 60 años de la Organización Iberoamericana de la seguridad social*. Disponible en http://www.oiss.org/IMG/pdf/Libro_OISS_60_aniversario_web.pdf (accedido el 20/6/2015).
- Calabria, A. y Rottenschweiler, S. (2015). Análisis del impacto distributivo del sistema previsional argentino: estudio del aumento de la cobertura. Disponible en http://mpira.ub.uni-muenchen.de/64017/1/MPRA_paper_64017.pdf (accedido el 20/6/2015).
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Economía Política*, 13, 145-183.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Disponible en http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso-montevideo_pyd.pdf (accedido el 30/01/2017).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2009). Proyección de

- Población. *Observatorio Demográfico*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2008). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo de América Latina y el Caribe*. Santo Domingo: CEPAL.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.
- Danani, C. (2012). Procesos de reformas y configuración de un nuevo régimen de política social: el trabajo, la seguridad social y los planes sociales en Argentina. *Revista Ciencias Sociales*, (135-136), 59-72.
- Danani, C. y Beccaria, A. (2011). La (contra) reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político-culturales del proceso de transformación de la protección. En Danani, C. y Hintze, S. (coords.). *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Dannefer D. (2003) Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 58(6). 327–337.
- Devaux, M. (2015). Income-related Inequalities and Inequities in Health Care Services Utilisation in 18 selected OECD Countries. *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 21.
- Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (2011). *Serie de Gasto Público Consolidado*. Buenos Aires: Ministerio de Economía.
- Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (2017). *Gasto Público Consolidado 2004-2015*. Buenos Aires: Ministerio de Economía.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2017). *Estadísticas Vitales. Información Básica. 2005-2014*. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/> (accedido el 28 de marzo de 2017).
- Fujisawa R. y Colombo F. (2009). The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand. *OECD Health Working Papers*, N° 4. Disponible en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-long-term-care-workforce-overview-and-strategies-to-adapt-supply-to-a-growing-demand_225350638472?crawler=true(accedido el 19/03/2017).
- Gascón, S (2017). No hay normas que les fijen criterios de calidad. 2017 Disponible en <http://www.eldia.com/nota/2017-3-22-56-31-no-hay-normas-que-les-fijen-criterios-de-calidad>. (accedido el 28 de marzo de 2017).
- Gascón, S. (2016). Políticas sociales y adultos mayores en Argentina. En Faur, E. (comp). *Repensar la inclusión social. Políticas públicas y sociedad civil en la*

Argentina (1991-2016). Buenos Aires: Capital Intelectual.

Gascón, S. y Redondo, N. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. *Serie Políticas Sociales*, 207.

Gavrilov L. A. y Heuveline, P. (2003). Aging of Population. En Demeny, P. y McNicoll, G. (Eds.). *The Encyclopedia of Population*. New York: Macmillan. Disponible en: <http://www.galegroup.com/servlet/ItemDetailServlet?region=9&imprint=000&titleCode=M333&type=4&id=174029> (accedido el 3/03/2017)

Grushka, C. (2014a). Panorama demográfico en Argentina. En Gragnolati, M., Rofman, F., Apella, I. y Troiano, S. (Ed.). *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Banco Mundial

Grushka, C. (2014b). Evaluación y perspectivas del Sistema Integrado Previsional Argentino. En Danani, C. y Hintze, S. (coords.) *Protecciones y desprotecciones (ii) problemas y debates de la seguridad social en la Argentina*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Huenchuan, S. (2011). Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores. En Nieves Rico, M. y Maldonado Valera, C. (eds.) *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Santiago: CEPAL.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2012). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010, Censo del Bicentenario: resultados definitivos*. Serie B nº 2. Buenos Aires. Disponible en http://www.censo2010.indec.gov.ar/archivos/censo2010_tomo1.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2015b). *Base de microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)*. Disponible en <http://www.indec.gov.ar/bases-de-datos.asp>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) 2012. Documento de utilización de la base de datos usuario*. Disponible en http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/encaviam/doc_utilizacion_ENCaViAM%202012.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2015a). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2013. Documento de utilización de la base de datos usuario*. Disponible en http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr/doc_base_usuario_enfr2013.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2016). Encuesta Permanente de Hogares, EPH. Datos disponibles en <http://www.indec.gov.ar>. (accedido el 15/11/2016).

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). (2012). Informe Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y

- Pensionados – PAMI. *Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica, 8-11 de mayo de 2012. Disponible en http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/argentina_inssjp.pdf
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science Med*, 69(3), 307-316.
- Kalache, A. (2015). *Envejecimiento Activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad*. Río de Janeiro: International Longevity Centre Brazil.
- Kye, B., Arenas, E., Teruel, G. y Rubalcava, L. (2014) *Demographic Research*, 30, 753-794.
- Lloyd-Sherlock, P. (2017). Advierten que los geriátricos de La Plata dejan en general bastante que desear. Disponible en <http://www.eldia.com/nota/2017-3-26-3-10-31-advierten-que-los-geriatricos-de-la-plata-dejan-en-general-bastante-que-desear>. (accedido el 28 de marzo de 2017).
- Lloyd-Sherlock, P. y Redondo, N. (2009). Institutional Care for Older People in Developing Countries: The Case of Buenos Aires, Argentina. *Population Ageing* 2.
- Maceira, D. (2014). Envejecimiento y desafíos para el sistema de salud Argentino. En Gragnolati, M.; Rofman, R.; Apella, I. y Troiano, S. (Ed.). *Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Matus-López, M. (2015), Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina, *Salud Colectiva*, 11(4), 485-496.
- McDowell, I. (2006), *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Nueva York: Oxford University Press
- Minoldo M. S., Zavatiere, C., Pelaez, E., y Féliz J. (2015). La equidad como asignatura pendiente de la previsión social contributiva. Reflexiones desde Argentina, Paraguay y República Dominicana. *Revista Latinoamericana de Población*, 16(9), 75-108.
- Molina, C. G. (1998). *Modelo de protección para pobres. Alcance y limitaciones de un nuevo modelo de política social para la región*. Disponible en www.ciesu.org.uy/universalismo/molina.pdf (accedido el 20/6/2015).
- Molina, C. G. (ed.) (2006), *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*. Ciudad de México, México: BID-Planeta.
- Monteverde, M. (2013). Envejecimiento Poblacional y Medición del Costo de la Dependencia. Aportes de la Demografía y la Economía de la Salud. Ponencia en las *XXIII Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Economía de la Salud*, 2013.
- Monteverde, M, Noronha, K, Palloni, A. y Angeletti K. (2008). Costos Individuales Esperados de Cuidados de Larga Duración en Buenos Aires, México y Puerto

- Rico. En Peláez, E. (Coord.) *Sociedad y Adulto Mayor en América Latina: Estudios sobre Envejecimiento en la Región*, Serie Investigaciones N° 5, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Río de Janeiro: ALAP.
- Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. y Garay, S. (2016). Envejecimiento Poblacional y Magnitud de la Dependencia en Argentina y México: Perspectiva comparada con España. *RELAP*, 10(18), 135-154.
- Neffa, J. C. (2003). *El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece*. Disponible en http://www.oei.org.ar/edumedia/pdfs/T10_Docu4_Eltrabajohumano_Neffa.pdf (accedido el 20/6/2015).
- Naciones Unidas (2013). *National Transfer Accounts Manual. Measuring and Analysing the Generational Economy*. Disponible en http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/development/Final_March2014.pdf (accedido el 20/01/2017).
- Naciones Unidas (2015). *World Population Prospects*. Disponible en <https://esa.un.org/unpd/wpp/> (accedido el 3/03/2017).
- National Transfers Accounts (NTA) (2015). Base de datos del National Project Accounts projet. Disponible en <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/> (accedido el 20/01/2017).
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2003). *Evaluación actuarial del régimen de jubilaciones y pensiones administrado por el Instituto de Previsión Social (IPS) de la República del Paraguay. Proyecciones 2000-2050*. Santiago de Chile: OIT. Disponible en http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/Paraguay_evaluac_actuarial_proyec.pdf (accedido el 20/6/2015).
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2006). *Panorama Laboral 2006*. OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_186248.pdf (accedido el 20/6/2015).
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2011). *Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones*. Buenos Aires: OIT.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2012). La equidad como asignatura pendiente de la previsión social contributiva. *Panorama Laboral 2012*, OIT/ Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_195884.pdf (accedido el 20/6/2015).
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) (2012). *La situación de los adultos mayores en la comunidad iberoamericana*. Disponible en <http://www.oiss.org/oiiss/> (accedido el 20/6/2015).
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores*. Washington DC: OPS/OMS.

- OECD (2007). *Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-Term Care Expenditure: Final Report*. Disponible en <https://www.oecd.org/els/health-systems/Conceptual%20Framework%20and%20Methods%20for%20Analysis%20of%20Data%20Sources%20for%20Long-Term%20Care%20Expenditure.pdf> (accedido el 17/03/2017)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Disponible en <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> (accedido el 12/02/2017).
- Pérez Díaz, J. (2016). El temor al envejecimiento demográfico. En Joan Subirats Humetet. al. *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona: Ariel.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.
- Repetto, F., Potenza, F., Marazzi, V. y Fernández J. P. (2011). *Políticas y acciones orientadas a los adultos mayores*. Documento de trabajo n° 75, CIPPEC.
- Ribotta, B., Santillán Pizarro, M. M., Paredes, M. y Pelaez, E. (2014). Adultos mayores y monitoreo de derechos. Alcances y limitaciones de las fuentes de información en Argentina y Uruguay. *Población y Salud en Mesoamérica*, 11(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44629877004>
- Roqué, M. (2016). Residencias de larga estadia para adultos mayores en Argentina. Relevamiento y evaluación. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social.
- Roqué, M. y Fassio, A. (sf). *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento*. Santiago: FLACSO.
- Santillán Pizarro, M. M., Ribotta, B. y Acosta, L. D. (2016). Las posibilidades de las fuentes de información sociodemográficas para el monitoreo del derecho a la salud en personas mayores en Argentina. *Notas de Población*, 102, 95-121.
- Torres, R. (2015). *Política sanitaria en el país de los argentinos*. Buenos Aires: ISALUD.
- UNFPA (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. Nueva York: UNFPA