

# Sistema de Indicadores de Cuidado de la Ciudad de Buenos Aires.

## Marco de referencia

Ciudad de Buenos Aires. Año 2021

Noviembre de 2021



*Medalla de oro a la calidad  
en la Gestión Pública 2017*



R.L. 9000-2482

IRAM-ISO 9001:2015



**Buenos  
Aires  
Ciudad**



## Presentación SICCABA

### ¿Qué es el Sistema de Indicadores de Cuidados de la Ciudad de Buenos Aires?

El Sistema de Indicadores de Cuidados de la Ciudad de Buenos Aires (SICCABA), de la Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC) tiene por objetivo brindar información confiable y actualizada sobre la organización del cuidado en la Ciudad de Buenos Aires.

Se trata de una selección de datos estadísticos y de registros administrativos que busca visibilizar el modo en que se organiza el cuidado en la Ciudad de Buenos Aires; es decir, la configuración (y sus cambios en el tiempo) que surge de la articulación entre las instituciones que proveen servicios de cuidado y los modos en que los hogares y personas que necesitan cuidados (en particular niños, niñas y adolescentes, población adulta mayor y población con discapacidad) se benefician de ellos.

La información se organiza según el marco conceptual del diamante del cuidado (Rvazzi, 2007) agrupando los indicadores en cada uno de sus vértices: Estado, Hogares, Organizaciones de la sociedad civil y sector privado. También se incluyen indicadores de contexto referidos a la población y los hogares con personas potencialmente demandantes de cuidados.

Toda la información se presenta para los años 2016, 2018 y 2020, con el propósito de homogeneizar los datos de los distintos indicadores acorde a la disponibilidad de las fuentes utilizadas. A saber, en 2016 se realizó la Encuesta de Uso del tiempo en la Ciudad de Buenos Aires y en 2018 se implementó el Módulo de Discapacidad<sup>1</sup> en la Encuestas Anual de Hogares, ambas realizadas por la Dirección de Estadística y Censos de la Ciudad.

Al ingresar se podrá visualizar los indicadores que integran el sistema y los últimos datos disponibles para cada uno, así como un conjunto de gráficos que muestran las tendencias o estructura de los principales indicadores para distintos periodos y zonas.

Cada indicador cuenta con su ficha técnica, la cual contiene definiciones, fuentes y metadata complementaria. Además,

<sup>1</sup> Para la medición de la población con discapacidad y de los hogares en los que habite alguna persona con discapacidad, se incluyó en el cuestionario de la EAH 2018, una batería de 15 preguntas de identificación de la población con discapacidad. Además, se incorporó un Módulo de Discapacidad con preguntas específicas para las personas con discapacidad previamente identificadas, con el objeto de establecer las barreras y los obstáculos que ellas encuentran en su vida cotidiana.

ingresando en cada indicador se pueden ver tablas con la serie completa de datos y distintos niveles de desagregación. Las tablas pueden exportarse a Excel y, cuando está disponible, visualizarse en gráficos.

El sistema fue construido por el equipo de la Subdirección de Estadísticas Sociodemográficas de la DGEyC, bajo el asesoramiento principal de la Doctora María Ángeles Durán. Además, la Doctora Valentina Perrota capacitó al equipo de la DGEyC en la construcción de indicadores de cuidado de y para personas mayores. Asimismo, el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género organizó una serie de consultas con expertas de la sociedad civil, la academia y funcionarios de la Comisión para la Plena Inclusión de Personas con Discapacidad COPIDIS, el Ministerio de Desarrollo Humano, la Secretaría de Bienestar, la Secretaría de Igualdad de Género y el Ministerio Educación que permitieron enriquecer el sistema.

La Open Data Charter, en el marco de un proyecto de colaboración con el Open Data Institute y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) posibilitaron la contratación de las expertas.

### ¿De dónde proviene la información publicada?

El sistema se nutre de información estadística generada por la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad, como son las encuestas a hogares o las proyecciones de población, y de registros administrativos provenientes de otros organismos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como el Ministerio de Educación (Relevamiento Anual, Censo Docente), el Ministerio de Salud (Encuesta de Factores de Riesgo) y el Ministerio de Desarrollo Humano (registros de programas o relevamientos específicos).

### ¿Con qué periodicidad se actualizan los datos?

Los datos se actualizan anualmente, momento en el que, además, se incorporan nuevos indicadores. Teniendo como referencia la Ley N.º 6442 sancionada por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en agosto de 2021 que establece el mes de julio como “Mes del derecho a cuidar y ser cuidado”.

## Referencias

Razavi S. (2007) [The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options en Gender and Development Programme Paper Number 3](#)

## El Sistema de Indicadores de Cuidado de la Ciudad de Buenos Aires

María Ángeles Durán,

Doctora en Ciencias Políticas y licenciada en Ciencias Políticas y Económicas. Ha sido catedrática de Sociología en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Zaragoza y encargada de cátedra en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Autónoma de Madrid. Profesora de Investigación en el Centro de Ciencias Sociales y Humanas

### Introducción

A medida que las sociedades logran satisfacer las necesidades primarias de seguridad física y alimentación, ponen entre sus objetivos nuevas metas. La educación y la cobertura de servicios mínimos sanitarios, así como el acceso a infraestructuras básicas de agua, energía y drenajes son logros en la mayoría de las ciudades de los países desarrollados desde el siglo XX. Desde comienzos del siglo XXI, un nuevo término aparece en las agendas políticas. Se trata del cuidado, un concepto relativamente difuso para el que todavía no hay un acuerdo estricto entre los investigadores que trabajan sobre él ni entre las entidades administrativas, empresariales o entidades sin ánimo de lucro que afirman ocuparse de los cuidados.

Desde hace una década el término “cuidado” aparece de manera regular en las reivindicaciones del 8 de marzo. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce que el trabajo de las personas que cuidan sin recibir remuneración por ello, también es trabajo. Además, numerosas entidades locales se han declarado “ciudades cuidadoras”. De los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), trece están claramente relacionados con los cuidados. ¿A qué se debe este reconocimiento del cuidado o, con otras terminologías habituales en América Latina, “el cuidado” o “los cuidados”?

En la acepción más restringida del cuidado, que es característica del sector sanitario, significa ayudar a una persona que no puede realizar por sí misma las Actividades de la Vida Diaria (AVD), tales como caminar, alimentarse, realizar sus actividades higiénicas, o llevar a cabo alguna gestión sencilla. En el sector educativo, el cuidado se emplea en un sentido más amplio, desde la atención a los niños de muy corta edad, el mantenimiento de la disciplina durante las horas de estudio y recreo, o la guía para que los estudiantes desarrollen todas sus capacidades, incluso en actividades fuera de la escuela.

En el ámbito de los servicios sociales, el cuidado fue tradicionalmente una actividad de sustitución del hogar para huérfanos, viudas, asilados, perseguidos u otros grupos de población especialmente vulnerables.

En los hogares, en donde se produce la inmensa mayoría del cuidado, cuidar no sólo significa ayudar a los dependientes -fundamentalmente niños/as, enfermos/as y ancianos/as- sino también generar identidades estables, proporcionar las condiciones para el bienestar a través de la limpieza, la elaboración de alimentos, la gestión y el mantenimiento de relaciones sociales con otros grupos y entidades. En otras palabras, refiere tanto al cuidado activo como al cuidado pasivo.

Lo que es novedoso y característico del siglo actual es que el cuidado empieza a entenderse de un modo más extenso y profundo abarcando a toda la población y no solo a los grupos más frágiles. Por ejemplo, se habla del derecho a recibir cuidado y del derecho a proporcionarlo.

Las causas de esta emergencia de la necesidad de cuidado son varias: el cambio en las estructuras demográficas que ha traído consigo hogares de tamaño reducido en los que hay pocas personas disponibles para cuidar; la incorporación de las mujeres a actividades extra domésticas como el estudio y el empleo, ampliamente refrendadas como derecho e incluso como condición necesaria para el progreso de los países; y la transición demográfica, que ha permitido un aumento considerable de la longevidad, lo que en su cara positiva significa el aumento de la esperanza de vida y en su cara negativa conlleva el aumento de los años vividos en discapacidad y dependencia. Tampoco es ajeno a este fenómeno la generación de nuevos valores y estilos de vida con alta movilidad territorial y avance del valor del individualismo frente al familismo u otras formas de vida comunitaria.

El cuidado carece por ahora de una buena base de indicadores estadísticos porque el interés por esta actividad es relativamente reciente, pero esta deficiencia va camino de resolverse. La Conferencia de la Mujer de Naciones Unidas (Pekín, 1995) supuso un hito porque afirmó la incapacidad de muchos indicadores macroeconómicos y laborales para comprender realmente la estructura social y económica en la que gran parte de los recursos humanos no se dedican a la producción de mercancías, sino a servicios autoconsumidos de cuidado dentro de los hogares. Por ello, la Plataforma de Acción que se aprobó en esa conferencia mundial recomendó el desarrollo de las encuestas de empleo del tiempo y de nuevos instrumentos estadísticos que permitieron aprehender tanto la demanda como la oferta de actividades no monetizadas, entre ellas el cuidado producido en los hogares.

El estudio estadístico del cuidado no es sencillo, requiere voluntad y recursos para resolver tres tipos de desafíos.

- El primero es desarrollar una teoría del cuidado, especialmente de conceptos tan esenciales como cuidador y receptor de cuidado, autocuidado, cuidador principal y secundario, cuidado de responsabilización y de ejecución, cuidado remunerado y no remunerado, familiar e institucional, permanente o esporádico etc. Cada uno de estos conceptos requiere modos de observación diferentes y da lugar a indicadores asimismo diferentes. Para la eficacia de esta fase es imprescindible el logro de consenso entre productores de información y usuarios, así como el logro del mayor consenso posible a efectos de comparabilidad entre territorios dentro de un mismo país y con otros países.
- El segundo desafío consiste en realizar las observaciones, generalmente a través de trabajo de campo y encuestas, pero asimismo a través de registros y otras fuentes útiles. En este caso, las mayores dificultades a resolver son las de financiación, sostenibilidad, solución de la dispersión institucional, logro de alianzas o coordinación entre instituciones, etc. Los indicadores suelen clasificarse en dos grandes grupos, indicadores de demanda e indicadores de oferta, pero también son importantes los indicadores económicos, los legales y los indicadores subjetivos. Entre los indicadores económicos son importantes los referidos a salarios de los cuidadores, niveles de pobreza de los demandantes, presupuestos públicos asignados, salario sombra establecido, etc. Los indicadores legales no son fácilmente cuantificables, pero miden el grado en que los derechos y obligaciones del cuidado son reconocidos por las leyes, los sujetos cubiertos o excluidos y los límites de la cobertura.
- Entre los indicadores subjetivos destacan los que expresan el sentimiento de necesidad de cuidado, sobrecarga, confianza en los sistemas establecidos, aspiraciones, expectativas, etc.
- Finalmente, otro grupo de indicadores se refieren a la evaluación del cuidado. Este es actualmente el menos desarrollado y el que plantea mayores dificultades metodológicas. Por una parte, conviene basarse en estudios repetidos para poder observar las tendencias. Por otra, precisamente los casos más extremos son los más difíciles de acceder y es frecuente la autocensura y el rechazo a expresar opiniones negativas, tanto dentro de los hogares como respecto a las entidades públicas o las entidades sin ánimo de lucro. Resulta de la creencia de que será inútil, del temor a reacciones negativas o incluso por la humillación de manifestar la propia dependencia.

Los indicadores dicen poco por sí solos, por lo que el objetivo de la investigación es generar sistemas complejos de indicadores que sirvan de base para la adopción de políticas públicas o para la mejora de la toma de decisiones de los sectores privados. También son imprescindibles para crear opinión pública, de modo que el cuidado comience a formar parte de las expectativas y requerimientos de la ciudadanía.

Aunque la producción de indicadores requiere un esfuerzo sistemático en el que han de colaborar tanto las instituciones como los ciudadanos a título individual, es un esfuerzo necesario. El trabajo de cuidar afecta

directa o indirectamente a toda la población y no lo hace de forma homogénea, sino sumamente desigual. Recae principalmente en las mujeres y en los sectores de rentas bajas. El cuidado intensivo y prolongado genera inducción a la pobreza del cuidador/a.

El cuidado es transversal y tanto su producción como su carencia afecta a los sectores de salud, empleo, educación, transporte, vivienda, alimentación, desarrollo, cultura, etc. Su relevancia ha sido puesta de manifiesto con mayor intensidad durante la pandemia, cuando gran parte de los servicios de sanidad, educación, ocio y alimentación que se producían fuera de los hogares fueron clausurados debido al confinamiento. Eso se tradujo en una sobrecarga de trabajo de cuidado dentro de los hogares, especialmente para las mujeres, como han atestado numerosos estudios en todo el mundo, y especialmente en América Latina.

La relación entre cuidadores y quienes reciben el cuidado es individual, y se basa habitualmente en principios de solidaridad familiar y razones morales; pero además, se enraíza en una estructura social y económica que asigna el cuidado a grupos específicos de la población que no obtienen modos alternativos de cumplir con este deber solidario. Frecuentemente los cuidadores sufren, al final de su vida, situaciones sumamente precarias de pobreza y dependencia porque no pudieron incorporarse al empleo ni generar sus propias rentas y sistemas de protección social.

Los cuidadores remunerados forman, en general, los estratos más bajos del mercado laboral, y trabajan en situación de informalidad, precariedad, irregularidad administrativa, falta de reconocimiento social y salarios discontinuos o por debajo de la media del mercado de trabajo.

Las proyecciones de población realizadas en Buenos Aires permiten prever una transformación de la demanda de cuidado, así como del número de cuidadores potenciales disponibles. El proceso de envejecimiento va a generar mayores demandas de cuidado por la población anciana, insuficientemente cubierta por un sistema de pensiones. En algunos distritos, aumentará fuertemente la demanda infantil, lo mismo que la demanda específica de los grupos de inmigrantes. Por todo ello, para anticiparse a la solución de problemas y para generar condiciones de bienestar para todos, es preciso conocer al detalle la oferta y demanda de cuidados en la ciudad, sus tendencias y puntos débiles.

El Sistema de Indicadores de la Ciudad de Buenos Aires puesto a disposición de los lectores es un meritorio avance en esta dirección. No puede cubrir, por ahora, todas las expectativas respecto a un sistema complejo, estable y con tradición histórica de indicadores de cuidado, pero es un paso gigantesco en este sentido.

## El cuidado de niñas, niños y adolescentes.

Carolina Aluicino,  
Politóloga. Oficial de Políticas Sociales de UNICEF

Sebastián Waisgrais,  
Economista. Especialista en Inclusión Social y Monitoreo

La discusión sobre el cuidado ha ido ganando terreno y se ha instalado fuertemente en la agenda pública del país, no solo como un derecho sino también como una herramienta para reducir desigualdades socioeconómicas y de género (UNICEF y ELA, 2020).

El cuidado puede ser entendido como “aquellas actividades 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” (Rodríguez Enríquez & Pautassi, 2014, p. 11). Es decir, todas aquellas actividades indispensables para sostener y desarrollar la vida.

La Convención sobre los Derechos del Niño, que en nuestro país adquiere jerarquía constitucional en 1994, establece que todos los chicos y chicas, sin importar donde nazcan o crezcan, tienen derechos que deben ser respetados, promovidos y protegidos, entre ellos, el derecho a un cuidado de calidad. Sin embargo, a más de 30 años de su firma, el ejercicio de estos derechos en la práctica sigue dependiendo del lugar donde nace un niño o niña y de las condiciones socioeconómicas del hogar en el que crece.

Los últimos datos oficiales muestran que sólo el 19% de los niños y niñas entre 0 y 3 años de edad acceden a espacios de cuidado y educación en el país y que quienes acceden pertenecen en mayor medida a sectores socioeconómicos más favorecidos que pueden recurrir a diversos formatos provistos por el mercado (UNICEF; CNCPS; MDS; SENNAF, 2021). Esta situación, de ausencia de sistemas públicos de cuidado de calidad, reproduce las desigualdades y vulnera derechos. Genera, al menos, dos efectos que deben ser abordados por las políticas públicas. Por un lado, sobre el desarrollo infantil y la calidad de los cuidados que reciben niñas y niños: de acuerdo a los últimos datos el 6% de los chicos y chicas de menos de 5 años se queda solo o al cuidado de otro niño o niña (generalmente niña) de menos de 10 años de edad durante más de una hora al menos una vez a la semana, situación que se denomina “cuidado inadecuado” (UNICEF; CNCPS; MDS; SENNAF, 2021). Por el otro, en términos de equidad de género, al dificultar las posibilidades de las mujeres de terminar su formación y/o acceder a empleos formales a tiempo completo generando significativas brechas en las tasas de participación laboral e ingresos. Además, tiene efectos sobre las adolescentes, quienes en muchos casos se hacen cargo de las responsabilidades de cuidado de sus hogares,

abandonando su escolaridad o afectando sus trayectorias.

Abordar estos desafíos requiere del compromiso de distintos actores. En particular, es posible identificar cuatro grandes actores con responsabilidades en la provisión de cuidados: el Estado (garante último de los derechos de niñas y niños), el mercado, la comunidad y las familias. Juntos conforman lo que se denomina el “diamante del cuidado” (Razavi, 2007). Sin embargo, históricamente las responsabilidades de cuidado han recaído y siguen recayendo en mayor medida sobre las familias y, dentro de ellas, sobre las mujeres.

La pandemia del COVID-19 profundizó estas desigualdades y expuso la crisis de cuidados que atraviesan nuestras sociedades. Los efectos se sintieron particularmente en los hogares liderados por mujeres con niñas y niños a cargo, donde las dificultades para conciliar las demandas de cuidado y laborales impactaron en sus niveles de empleo, en su capacidad de generación de ingresos y hasta en su salud mental (UNICEF y DNEyG-MECON, 2021) (UNICEF, 2021).

En países desiguales como el nuestro, dejar las posibilidades de cuidado de las niñas y niños librada solamente a las capacidades y los recursos de las familias supone negar derechos básicos y reproducir la desigualdad. Por eso, resulta central avanzar en políticas y acciones que promuevan una organización social del cuidado más justa que contribuya, a la vez, al ejercicio pleno de los derechos de niñas y niños y a la equidad de género.

Sabemos que existen desafíos en distintos niveles para avanzar en esta tarea. Generar y sistematizar información actualizada y desagregada sobre esta situación, que permita basar en evidencia la toma de decisiones y promueva una organización social más justa de los cuidados de niñas, niños y adolescentes, es uno de ellos. Por eso, desarrollar un Sistema de Indicadores de Cuidado como el que aquí se presenta resulta clave para contar con información de contexto de los hogares y los niños y niñas que en ellos habitan, así como de la oferta de cuidados provista por el Estado, el mercado y la comunidad. El Sistema de Indicadores desarrollado parte de entender la importancia del rol de los distintos actores del diamante del cuidado y permite identificar los desafíos que persisten para orientar la política pública: como las brechas de cobertura a nivel de los servicios de educación y cuidado de la primera infancia, los retos de calidad y fragmentación, la participación de niñas y niños en el trabajo de cuidados, entre otros. Además, los datos incluidos permiten visibilizar el valor del trabajo no remunerado de cuidado.

Sin embargo, contar con esta información es una condición necesaria pero no suficiente para modificar la actual organización social del cuidado. Dos factores adicionales deben tenerse en cuenta. Por un lado, que la información constituya realmente una fuente de consulta permanente

y sea efectivamente utilizada para generar cambios concretos en las políticas públicas. En segundo lugar, este Sistema de Indicadores de Cuidado puede constituirse en un punto de partida central para que la Ciudad diseñe y lleve a la práctica una política integral de primera infancia, que plasme todos los esfuerzos que se vienen realizando para integrar acciones, generar mecanismos, políticas y servicios que permitan acompañar a las familias desde el embarazo hasta la inserción de los niños y niñas en el sistema educativo formal. La Ciudad tiene el potencial para lograr que esta herramienta, el Sistema de Indicadores, constituya realmente un primer paso hacia este objetivo.

Los desafíos que persisten son muchos y diversos, pero vale la pena abordarlos. El Estado, junto a todos los actores que conforman el diamante del cuidado, tienen el potencial de revertir la situación actual a través de sus intervenciones: hacerlo implica cambiar el presente de los niños y niñas y sus cuidadoras y cuidadores, así como el futuro de toda la sociedad.

## Referencias

Razavi, S. (2007). [The Political and Social Economy of Care in a Development Context. United Nations Research Institute for Social Development \(UNRISD\).](#)

Rodríguez Enríquez, C., & 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 y ACD.](#)

UNICEF. (2021). [Encuesta de percepción y actitudes de la población. El impacto de la pandemia COVID-19 en las familias con niñas, niños y adolescentes - 4ta ronda. Buenos Aires.](#)

UNICEF y DNEyG-MECON. (2021). [Desafíos de las políticas públicas frente a la crisis de los cuidados. El impacto de la pandemia en los hogares con niñas, niños y adolescentes a cargo de mujeres. Buenos Aires.](#)

UNICEF y ELA. (2020). [Apuntes para repensar el esquema de licencias de cuidado en Argentina. Buenos Aires.](#)

UNICEF; CNCPS; MDS; SENNAF. (2021). [Encuesta nacional de niñas, niños y adolescentes 2019-2020 - Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia ECOVNA II - MICS. Buenos Aires.](#)

## Cuidados y Personas con discapacidad en la Ciudad

Leonardo Ruiz,

Licenciado en Terapia Ocupacional Presidente de la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad

Desde el año 2008, nuestro país ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N° 26.378), la cual adquirió jerarquía constitucional. Allí, se define a la discapacidad como el producto de la interacción entre el déficit de la persona y las barreras de la actitud y el entorno que limitan el pleno ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas. Dichas barreras se determinan por factores culturales y tienen que ver con cómo se diseña la información y se comunica, cómo construimos espacios y cómo operan diferentes prejuicios y preconcepciones en contra de la real inclusión de las personas con discapacidad. De esta manera, se deja de lado un enfoque que fundaba las causas de la inequidad y la exclusión social de las personas con discapacidad en argumentos médicos, para pasar a focalizar en los obstáculos construidos por la sociedad.

En la mencionada Convención, también se introducen los conceptos de apoyos y ajustes razonables para definir las estrategias, los recursos y las herramientas para garantizar la inclusión educativa, laboral, recreativa y el real acceso a una vida independiente. Dichos conceptos cambian la perspectiva desde la cual las personas con discapacidad eran consideradas sujetos de cuidado y asistencia, para ser percibidas como sujetos de derecho, que deciden acerca de sus propios proyectos de vida. Por este motivo, los apoyos deben diseñarse según la singularidad de cada persona y con el fin único de promover su autonomía y autodeterminación.

La Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS) se crea en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través de la Ley N° 447, para la prevención, rehabilitación, equiparación de posibilidades y oportunidades para la participación e inclusión plena en la sociedad de las Personas con Discapacidad. Nuestra función es promover el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, generar políticas públicas tendientes a la promoción de la inclusión comunitaria, familiar, educativa y laboral de las personas con discapacidad desde la perspectiva de derechos humanos.

Para ello, brindamos capacitaciones, asesoramiento, acompañamiento e información sobre herramientas y recursos para que las personas con discapacidad puedan contar con los apoyos que requieren, según sus intereses y necesidades.

Desde esta perspectiva, se comprende que no toda persona con discapacidad es una persona que requiera cuidados y no hay que dejar de contemplar que muchas personas con discapacidad son personas que cuidan.

Por ello resulta fundamental contar con información rigurosa y actualizada que nos permita dimensionar cuales son, en el caso que requieran, las necesidades de cuidado de las personas con discapacidad para luego poder utilizar esa información para el diseño, seguimiento y evaluación de políticas de apoyo y cuidado a las personas con discapacidad. Tal como lo indica la Asamblea General de Naciones Unidas, las estadísticas sobre discapacidad son fundamentales para poder planificar políticas que garanticen derechos, permitan alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y no dejar a nadie atrás<sup>2</sup>.

Es importante destacar que muchas de las prácticas que se llevaron adelante en relación a las personas con discapacidad a lo largo de la historia, se posicionan en paradigmas antiguos, lejanos a la perspectiva de derechos humanos.

Nuestro contexto actual nos invita a repensar la categoría de “cuidados” hacia este colectivo, para poder transformarla en un enfoque de apoyos centrados en la autonomía de la persona, para garantizar su plena inclusión en la comunidad.

En ese sentido, es que desde COPIDIS hemos participado activamente en la creación del Sistema de Indicadores de Cuidado de la Ciudad de Buenos Aires, aportando en su conceptualización, con datos generados por nosotros y co-construyendo información con las organizaciones de la sociedad civil. Apostamos a que la información que se publica, y que seguimos construyendo juntos, nos ayude a mejorar la eficiencia de las políticas públicas y los servicios brindados.

<sup>2</sup> <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/la-discapacidad-y-la-estadistica.html>

## Las personas mayores como sujetos de un sistema de cuidados.

Dra. Valentina Perrotta,

Investigadora del grupo Sociología de Género, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Fui Directora de Fortalecimiento y Estudios del Instituto Nacional de las Personas Mayores, Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay.

Definir a las personas mayores como población objetivo de un Sistema de Cuidados, tanto en su calidad de personas cuidadas como de proveedoras de cuidados, requiere de un abordaje que las conciba como sujetos de derechos humanos. En 2017 Argentina ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) y asume el compromiso de adoptar medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas violatorias de sus derechos, tales como el aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor. Sumado a ello, el estado argentino asume el compromiso de recopilar información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que le permitan formular y aplicar políticas, a fin de garantizar estos derechos. También se compromete a promover el desarrollo de un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Esta concepción de vanguardia dista mucho de las actuales representaciones y prácticas estatales, sociales y familiares hacia las personas mayores y sus derechos, lo que impacta fuertemente en su condición de receptoras y proveedoras de cuidado. Países con un envejecimiento poblacional significativo como los del Cono Sur, asumieron en la década del 80 y 90 una concepción hegemónica centrada en la visión de las personas mayores como económicamente pasivas en términos del gasto. La política pública hacia este colectivo se centró en los sistemas de seguridad social y las políticas sanitarias.

En contraste con esta perspectiva, desde hace algunos años se está comprendiendo al envejecimiento poblacional como un logro de las sociedades y como muestra de sus indicadores de desarrollo humano y calidad de vida. Esto implica superar las visiones economicistas y catastróficas del envejecimiento por una mirada de derechos humanos que reconozca a las personas mayores como sujetos de derechos que demandan inversión del Estado, pero también como personas que contribuyen a la sociedad, que

cuidan, que consumen, que trabajan, que participan social y políticamente, entre otros valiosos aportes.

Definir a las personas mayores como población objetivo de un Sistema de cuidados es un gran paso para este reconocimiento, pero resulta fundamental distinguir la noción de vejez de la de dependencia. No todas las personas mayores son dependientes, de hecho, la mayoría no lo son. La dependencia refiere a un estado ligado a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual que implica que las personas tengan necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades de la vida cotidiana. Si bien existe una estrecha relación entre la edad y la dependencia, aumentando las limitaciones funcionales con la edad, esta no es lineal. La dependencia no puede estar asociada directa y linealmente a la vejez. Los cuidados no son un problema sólo de las personas mayores, ni todas las personas mayores requieren cuidados. La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida y también no aparecer hasta una edad muy avanzada. Por tanto, un sistema de indicadores de cuidados que incluya a las personas mayores debe poder distinguir cuál es exactamente su población objetivo, y cómo genera conocimiento para las demandas de cuidado reales y futuras que sirvan de evidencia para la planificación de los distintos servicios y prestaciones que mejor se adecúen a los diversos grados de dependencia de la población mayor.

Por último, diseñar un Sistema de Cuidados que asuma a las personas mayores como población objetivo y sujetos de derechos implica asumir las desigualdades de género en la vejez. Las trayectorias laborales discontinuas o inexistentes de las mujeres, por haber asumido el trabajo no remunerado de cuidados, las inequidades de género en el mercado laboral, su menor tendencia a contraer parejas en la vejez, el doble estándar del envejecimiento (mayor reconocimiento y valoración a los hombres que envejecen que a las mujeres) entre otros factores, lleva a que las mujeres viejas vivan en peores condiciones, con menor autonomía económica, con menores recursos y redes de cuidados, y, en general brindando cuidados a sus familiares en forma no remunerada. Por tanto, un sistema de cuidados debe asumir que las mujeres viven más años, pero en peores condiciones de salud, que son la amplia mayoría entre la población mayor de ochenta años -que es la que más requiere de cuidados- para de esta forma poder garantizar adecuadamente y en base a sus especificidades su derecho al cuidado.

Celebramos la creación del Sistema de Indicadores de Cuidado de la Ciudad, que se construye sobre una sana tradición de producir y publicar información oficial, que permitirá informar sobre el avance de la política para alimentar la conversación pública y la toma de decisiones basadas en evidencia. De esta manera, se podrá abordar con mayor precisión y desde una mirada de derechos y

con perspectiva de género cómo el gobierno de la ciudad aborda la cuestión del cuidado en la población mayor. Este colectivo representa el 21 por ciento de la población total, son personas que reciben y brindan cuidados y que aumentarán su peso relativo en los próximos años.

---

También es posible  
acceder a información estadística  
sobre la Ciudad de Buenos Aires

Para consultas diríjase al  
Departamento Documentación  
y Atención al Usuario

Nuestras  
redes