

# Estrategias de cuidado con personas centenarias en Argentina

## *Care Strategies for Centenarians in Argentina*

Fecha recepción: marzo 2025 / Fecha aceptación: mayo 2025

DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num34.975>

ISSN en línea 0719-7721 / Licencia CC BY 4.0.

RUMBOS TS, año XX, N° 34, 2025. pp. 9-32

**rumbos TS**

### María Julieta Oddone

Doctora en Antropología y Licenciada en Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Principal de la Carrera del Investigador Científico. CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) Argentina. Directora del Programa Envejecimiento y Sociedad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO | Argentina.

 [julietaoddone9@gmail.com](mailto:julietaoddone9@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-2908-0046>

### Paula Pochintesta

Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Asistente de la Carrera del Investigador Científico. CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) Argentina. Programa Envejecimiento y Sociedad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO | Argentina.

 [ppochintesta@gmail.com](mailto:ppochintesta@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-1455-8852>

### Resumen

Este artículo analiza cómo se construyen las estrategias de cuidados en un grupo de personas centenarias de Argentina. A partir de un diseño cualitativo, que incluyó veinte entrevistas en profundidad, se identificaron cinco formas en que las personas centenarias y sus familias resuelven el cuidado: apoyo familiar para actividades instrumentales y avanzadas; cuidado familiar permanente; cuidados pagos y teleasistencia en el hogar; cuidados domiciliarios de alta complejidad; y residencias de larga estadía. El análisis combinó los aportes del diamante de cuidado y las modalidades de cuidados progresivos. Sin dudas, es la familia la principal proveedora de cuidados, ya sea porque los realiza en forma directa o porque busca apoyo en instituciones del mercado que financia y supervisa. Así, el envejecimiento de las familias y la convivencia entre cuidadores y personas cuidadas, de varias generaciones, no es considerado en el diseño de políticas y acciones que busquen una resolución con responsabilidades compartidas.

### Palabras clave

Centenarios; cuidados progresivos; diamante de cuidado; longevidad; Argentina.

## Abstract

This article analyses how care strategies are constructed in a group of centenarians in Argentina. Based on a qualitative design, which included twenty in-depth interviews, five ways in which centenarians and their families resolve care were identified: family support for instrumental and advanced activities; permanent family care; paid care and telecare in the home; highly complex home care; and long-stay residences. The analysis combined the contributions of the care diamond and progressive care modalities. Undoubtedly, it is the family that is the main caregiver, either by providing care directly or by seeking support from market institutions that it finances and supervises. Thus, the ageing of families and the coexistence between caregivers and cared-for persons, of several generations, is not considered in the design of policies and actions that seek a resolution with shared responsibilities.

## Keywords

Centenarians; progressive care; care diamond; longevity; Argentina.

## Envejecimiento poblacional y demanda de cuidados

El rápido proceso de envejecimiento poblacional que transitan muchos países es un indicador de las presiones que se producirán en el sistema de cuidados a largo plazo para las personas de mayor edad en las sociedades. En efecto, para 2050, las personas de 60 años y más alcanzarán el 22 % de la población mundial (Magnus, 2009). Argentina se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada (Sala y Olmos, 2022) y, según el INDEC (2023), en la estructura de la población se evidencia una composición por sexo más feminizada y de edad más envejecida. La pirámide es de base angosta y cúspide ensanchada, producto del descenso de la natalidad y de la mortalidad, y de la mayor sobrevivencia femenina.

Por su parte, el índice de dependencia potencial, que mide la carga de dependencia económica de una población, muestra que, en 2022, el correspondiente a personas jóvenes descendió 17,3 puntos porcentuales respecto de 1991 y que el envejecimiento demográfico ha generado un aumento de la relación de dependencia de personas mayores, que se incrementó en 3,4 % en el mismo período.

Por otra parte, el índice de envejecimiento de la población argentina, definido por la cantidad de personas de 65 años y más por cada 100 personas de entre 0 y 14 años, ha pasado de un valor de 22 en 1970 a 53 en 2022, como consecuencia del aumento de la expectativa de vida y la disminución de la natalidad.

En este contexto, el indicador de relación de dependencia de cuidados deviene importante en la programación de políticas sociales, debido a que produce información sobre las necesidades de cuidado de la población y de sus capacidades para satisfacerlas. Se trata del indicador de mayor utilidad para captar demográficamente el contexto social donde las hijas e hijos se encargan del cuidado en relación con las necesidades requeridas por las personas mayores de la familia. En efecto, el índice de dependencia potencial de padres expresa la relación entre las personas de 80 años y más (demandantes de cuidados) y sus potenciales hijas e hijos: las personas entre 50 y 64 años (potenciales cuidadores).

La medición realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos indica que, en 1970, este índice era de 8 y, en 2022, pasó a ser de 18. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento poblacional expone una creciente demanda potencial de cuidados a largo plazo y, al mismo tiempo, una disminución de potenciales cuidadores en relación con los cambios producidos por la denominada verticalización de las familias.

Muchas son las implicancias que estos cambios generan en las sociedades, pero destacamos la referida a los intercambios entre las generaciones en términos de cuidados dados y recibidos, ya que, debido a la situación demográfica, las configuraciones familiares mutan mostrando una coexistencia de dos, tres o más generaciones, donde son pocos los miembros de una misma generación que se encuentran en condiciones de cuidar.

A nivel estructural, la evolución de las necesidades de cuidado por edad indica una disminución para con los niños y un incremento por parte de las personas mayores. Esto implica un cambio en la mirada de las políticas sociales, que no pueden desatender a las infancias, pero que, al mismo tiempo, deben atender las nuevas demandas sociales que estos cambios producen. En este contexto, la crisis de los cuidados se refiere a un proceso de cambio social que influye en la capacidad de garantizar y proveer los cuidados necesarios a una parte importante de la población objetivo y, al mismo tiempo, pone en discusión el trabajo de cuidar (Acosta et al., 2018).

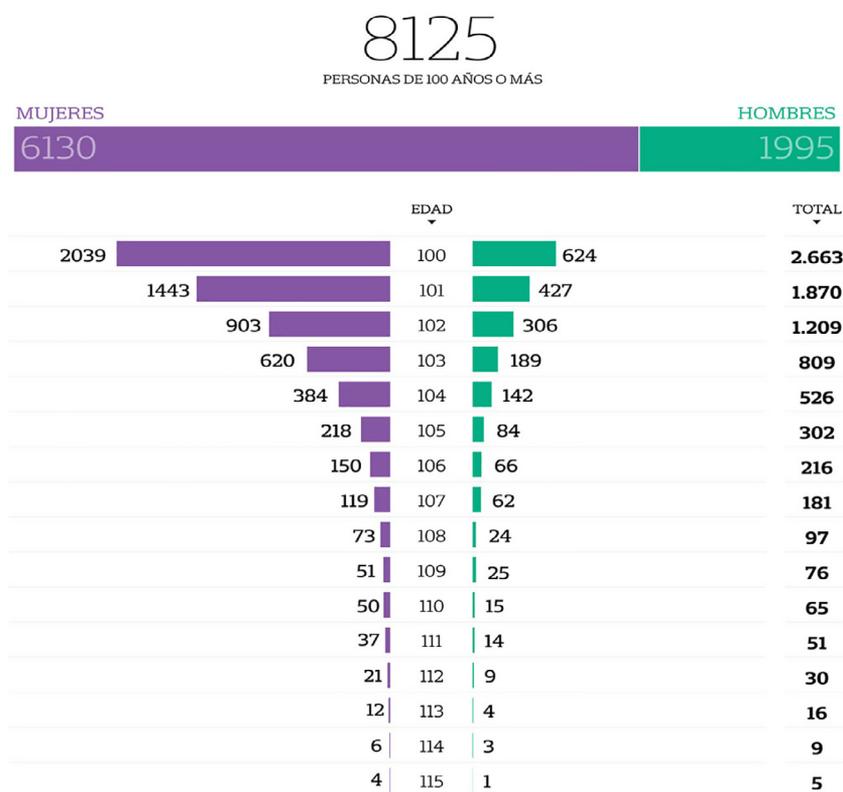
El envejecimiento de la población comprende, además, dos características clave: por un lado, se incrementa el envejecimiento interno, es decir, el aumento del grupo de personas mayores de 80 años; y, por otro lado, se observa una mayor esperanza de vida femenina, donde muchas mujeres viven con enfermedades crónicas durante más cantidad de años (paradoja de los géneros). En este escenario demográfico, los intercambios de cuidados entre las generaciones suelen ser entre mujeres.

En virtud del envejecimiento poblacional y de la llamada crisis del cuidado, este trabajo se propone analizar cómo intervienen los distintos actores del cuidado (familias, Estado, mercado y organizaciones de la sociedad civil) en los casos estudiados de personas centenarias de Argentina.

De acuerdo con estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, en 2021 vivían en el mundo cerca de 621.000 personas de 100 años y más (Duarte, 2022). El perfil de las personas centenarias las muestra con una gran capacidad de adaptarse a situaciones adversas y desarrollar vínculos de calidad con las personas cercanas (Scelzo et al., 2018). Algunas investigaciones longitudinales, realizadas en las llamadas zonas azules (Okinawa, Cerdeña, Loma Linda, Nicoya), evidencian que las personas centenarias tienen una actitud optimista ante la vida, poseen bajos niveles de estrés, conservan creencias espirituales, reciben apoyos de calidad en forma continua y mantienen una buena integración comunitaria (Ailshire et al., 2015; Willcox et al., 2007; Jopp y Rott, 2006; Todoriki et al., 2004; Bernstein et al., 2004; Vaillant y Mukamal, 2001; Vaupel y Jeune, 1995).

Según datos aportados por el Renaper, en Argentina hay 8.125 personas de 100 años y más, de las cuales 6.130 son mujeres y 1.995 son hombres (Vallejos, 24 de agosto de 2024; Registro Nacional de las Personas, 2024). Corresponde al grupo de 100 a 105 años un total de 7.379 y al grupo de 106 a 115 años, 746 personas (Vallejos, 24 de agosto de 2024; Registro Nacional de las Personas, 2024). El perfil de las personas centenarias argentinas muestra que se trata mayormente de mujeres, con necesidades básicas satisfechas, que suelen convivir con tres o más personas en grandes ciudades, cuyo entorno inmediato presenta niveles altos de educación formal y reciben cuidados de terceros (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - Programa de Asistencia Médica Integral, 2019).

Figura 1  
 Población de 100 o más años con residencia en Argentina según DNI (Documento Nacional de Identidad).



Fuente: Vallejos, Agosto 24, 2024.

En un trabajo previo se evidenció que, justamente, las personas centenarias cumplen un papel de sostén en sus redes familiares, por lo que interesa analizar cómo se construyen las estrategias de cuidados en este grupo particular (Oddone y Pochintesta, 2023).

## Acerca de los cuidados

La conceptualización del cuidado fue cambiando desde las décadas de 1970 y 1980, donde primaba una perspectiva moral y filosófica, hacia una mirada social y política que logró alcanzar un lugar en la agenda pública durante los últimos años (Borgeaud-Garciandía, 2020). De este modo, el cuidado ya no refiere sólo a tareas formales que se realizan en instituciones sanitarias o que lleva a cabo el personal de salud, sino que se trata de algo propio de la especie humana. En efecto, consiste en una “actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos en vistas de mantener, sostener o reparar nuestro ‘mundo’ de manera tal que podamos vivir en él lo mejor posible” (Tronto y Fisher, 1990, p. 40).

El papel del cuidado familiar se fue haciendo cada vez más visible, conforme se fue transformando la estructura poblacional con el consecuente aumento de la población envejecida, que tracciona mayor demanda de cuidados. Al mismo tiempo, se hizo más evidente el aporte del trabajo doméstico no remunerado y la carga que implica para las mujeres realizarlo.. Así, aun cuando las brechas de género persisten, hay una mayor inserción femenina tanto en el ámbito educativo como en el mercado de trabajo, lo que incide sobre la provisión de cuidados en los hogares (Ceminari, 2021).

La crisis en el sistema de cuidados, asociada al envejecimiento poblacional, constituye un problema social que implica el abordaje de las dimensiones subjetivas y simbólicas que favorecen los procesos de colectivización del cuidado, así como las condiciones estructurales de los regímenes de bienestar que coloquen el cuidado como un derecho universal.

Batthyány y Genta (2020) coinciden con Guimarães e Hirata (2020) en que el concepto de cuidado no cuenta con la suficiente solvencia teórica. Se reconocen dos grandes líneas: una, de origen inglés, ubica las acciones de cuidado en el entorno de lo doméstico y destaca la veta afectiva en el cuidar; y otra, que vincula el concepto del cuidado con la política social, según lo planteado por Daly Lewis (en Batthyány y Genta, 2020).

En este contexto, el cuidado social es entendido como “el conjunto de las actividades y las relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas dependientes y de las niñas y niños, y los marcos normativos, económicos y sociales en los que se asignan y se desarrollan” (Batthyány y Genta, 2020, p. 223).

A partir de este enfoque, adquiere especial relevancia la discusión sobre los agentes del bienestar: el Estado, el mercado, la comunidad y la familia, pilar este último que sostiene, casi de manera exclusiva, las demandas de cuidado de los distintos miembros que conforman los hogares, en este caso y con especial interés, de las personas mayores.

Las investigaciones sobre el cuidado han estado también vinculadas con los debates sobre el trabajo doméstico y extradoméstico. Desde esta óptica, el núcleo de debate está en la división sexual del trabajo y en las formas en que las

dinámicas de género permiten una distribución no equitativa de las acciones de cuidado entre mujeres y hombres (Batthyány y Genta, 2020).

Para Rocío Enríquez et al. (2023), interesa cómo estas relaciones de género influyen en las formas en que son cuidadas las personas mayores y cuál es el perfil de quien cuida, así como las carencias en el despliegue de las prácticas de cuidado cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios o con los apoyos sociales por parte de las instituciones gubernamentales y de la sociedad en general.

De acuerdo con Lamaute-Brisson (2013), la rigidez en la distribución sexual del trabajo es una problemática central, ya que las mujeres participan cada vez más en el mercado laboral y los hombres participan insuficientemente en las labores domésticas y de cuidado. Los estudios de Robles (2007) sobre la invisibilidad del trabajo de cuidado femenino son centrales para la comprensión de esta problemática. Se trata entonces de evidenciar los estereotipos de género y favorecer la redistribución de las tareas de cuidado al interior de los hogares, además de promover nuevos roles y actitudes en los procesos de socialización de las nuevas generaciones frente al incremento de las tareas de cuidado.

De esta manera, señala Provoste (2013), lo que está en el centro es avanzar hacia una concepción de cuidado como derecho universal, responsabilidad del Estado, de las instituciones y de ambos sexos. Redistribuir el cuidado es una necesidad urgente, impulsada tanto por las tendencias político-culturales sobre la igualdad de género como por otras transformaciones sociales, tales como el envejecimiento, el incremento de niveles de educación, el aumento del trabajo remunerado femenino y los nuevos perfiles de morbilidad.

Se trata de un cambio en los arreglos familiares, las formas de coresidencia y las pautas de cuidado tradicionales. Si bien se observa que la necesidad de cuidado es cada vez más apremiante, las políticas sociales han avanzado poco o nada en su provisión. En efecto, las políticas de cuidado dirigidas a distintos grupos sociales han estado desarticuladas entre sí. Son pocos los avances sobre los apoyos de cuidado en el ámbito doméstico y la necesidad de nuevos arreglos dentro del hogar, y también aquellos comunitarios o colectivos (Enríquez et al., 2023).

En este sentido, a pesar de que se ha reconocido en muchos estudios el valor del trabajo doméstico y de cuidado, no ha habido suficiente impacto en el diseño de políticas, que siguen considerando el cuidado como un problema exclusivo de las mujeres y ajeno a las responsabilidades del Estado. Es preciso que el cuidado sea reconocido como un derecho humano universal. El maternalismo se reproduce en un sistema en el que el Estado necesita la figura de la madre para vincular a las familias con las instituciones. El cuidado es, desde este punto de vista, un espacio de articulación entre las familias, el Estado y el mercado. Las propuestas para la redistribución del cuidado pueden entonces sustentarse en la igualdad de género y también en una redistribución de cargas entre los pilares del bienestar a nivel macro: Estado, familias, empresas y comunidades u organizaciones de la sociedad civil (Provoste, 2013).

Flores (2013) buscó analizar los efectos del envejecimiento poblacional y la disponibilidad para el cuidado desde una perspectiva interdisciplinaria, que considere aspectos emocionales. Esta mirada integradora pone de relieve la importancia de las dimensiones simbólicas del cuidado y las transferencias emocionales que se dan entre quien cuida y quien es cuidado.

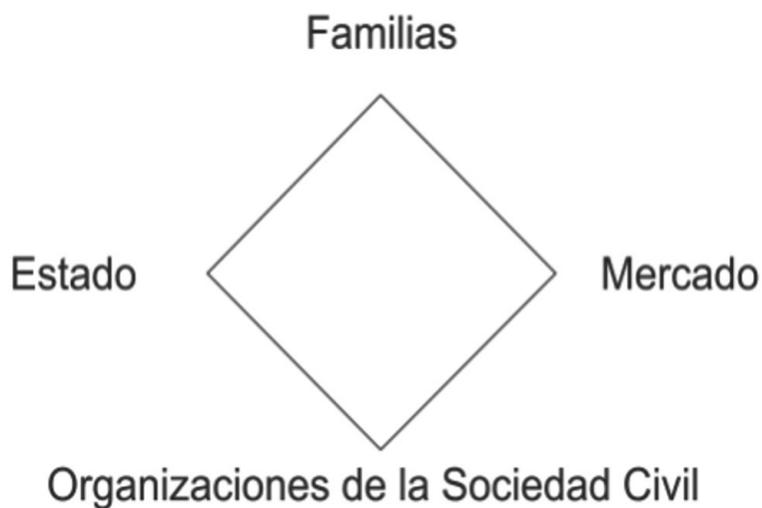
La problemática del cuidado hacia las personas mayores tiene una doble dimensión de género, pues las mujeres son las principales encargadas de brindar cuidados y hay mayor cantidad de mujeres mayores que viven por más años. Además, el envejecimiento poblacional produce la reducción del tamaño de las redes de apoyo familiar con las que podría contar este grupo etario. En el caso de los países latinoamericanos, una parte importante de las personas mayores no tiene acceso a prestaciones de salud o seguridad social. El tema no se ha visibilizado completamente porque se ha pensado que es un problema del ámbito privado. Las políticas dirigidas a la vejez deben ser multisectoriales e integrales, para lograr una “sociedad para todas las edades” (Huenchuan, 2009).

En América Latina en general, y en Argentina en particular, la familiarización del cuidado es el modelo que predomina. Es decir, el sistema de protección social se basa en la presunción de que las familias se hacen cargo de las personas mayores que necesitan cuidados. Mientras que, en los sectores medios de los grandes centros urbanos, el Estado no ofrece servicios que sí están disponibles para las personas en situación de vulnerabilidad social, las clases con mayores recursos económicos recurren a los cuidados que pueden pagar, provenientes, en general, del sector privado (Huenchuan, 2018).

En la región se erigió hace algunos años el concepto de organización social del cuidado, noción que recupera aspectos del modelo del *social care* (Daly y Lewis, 2000). Este modelo aboga por la responsabilidad compartida entre los diferentes actores intervinientes en las relaciones de cuidado (Ezquível, 2015). Se busca, de este modo, lograr un equilibrio entre los recursos dispensados por todas las partes intervinientes: familias, Estado, mercado y organizaciones no gubernamentales (Razavi y Staab, 2010; Razavi, 2007). Cada uno de estos componentes conforma el diamante de cuidados, que busca, tanto en el nivel macro, distribuir equitativamente la carga de cuidado, como en el nivel micro, que la responsabilidad sea equivalente entre varones y mujeres (Figura 2). El peso relativo de cada vértice evidencia brechas en la región y en el país, donde son las familias las que cumplen, en mayor medida, la tarea de cuidado.

Razavi (2007) propuso el siguiente esquema con el propósito de analizar la participación de los pilares del bienestar que intervienen en la provisión de los cuidados. El entramado de estos componentes configura verdaderas redes de cuidado, conformadas por las personas que brindan los cuidados, aquellas que los reciben, los marcos normativos que regulan la provisión del cuidado, así como las instituciones y el papel del mercado junto a los actores de la comunidad (Pérez Orozco, 2006).

Figura 2  
*Diamante de cuidados*



Fuente: Elaboración propia con base en Razavi (2007).

En función de este esquema, el análisis se centra en el papel de cada uno de estos vértices en los casos de personas centenarias.

### **Sobre los cuidados a largo plazo**

Los cuidados a largo plazo son los servicios requeridos por una persona mayor de sesenta años. Se trata de cuidados que responden a la progresiva pérdida de la autonomía personal, lo que ocasiona diversos grados de dependencia con respecto a otros para poder realizar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (Huenchuan, 2009). Si bien el grupo de mayor edad es el que demanda más cuidados progresivos, este tipo de cuidado puede ser requerido por cualquier persona con discapacidades físicas, psíquicas y/o cognitivas.

La literatura sobre el tema indica que son aquellas personas que superan los ochenta años de edad, y las mujeres, quienes tienen más probabilidades de requerir este tipo de atención, y que la responsabilidad de llevarlo a cabo recae principalmente en las redes de apoyo informales, sobre todo en las familias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Los cuidados orientados a la población con capacidades disminuidas apuntan a minimizar y compensar las afecciones que van mermando la autonomía personal. Para ello, se deben establecer estrategias que ayuden a las personas a superar el posible deterioro a través de servicios que colaboren en detenerlo, moderarlo o revertirlo y, al mismo tiempo, ampliar el apoyo del entorno para facilitar la mejora de la capacidad funcional.

Es así que la respuesta para satisfacer las necesidades de las personas mayores que presentan alguna disminución de la capacidad, o tienen riesgo de presentarlas, se basa en los cuidados a largo plazo. Al respecto, resulta fundamental tener en cuenta que las personas pueden mantener la autonomía, a pesar de depender de cuidados, si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y pueden dirigir la ejecución de esas decisiones (Etxeberria, 2014).

En este contexto, según la OMS (2015), se define a estos cuidados como:

las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades y dignidad humana (p. 7).

El cuidado a largo plazo se ofrece en ámbitos que abarcan desde el domicilio de la persona hasta centros comunitarios, centros de vida asistida, hogares de personas mayores, hospitales y otras instituciones de salud. El alcance y la intensidad de la atención y el apoyo pueden diferir en cualquiera de estos ámbitos. En general, cubren desde personas con enfermedades crónicas, transmisibles o no transmisibles, hasta personas que presentan pérdida funcional, limitaciones sensoriales o mentales.

Estos servicios de cuidado pueden ser suministrados por cuidadores formales o informales, tanto en una institución como en el hogar. Cuando los cuidados son brindados en el hogar se clasifican como: formales, cuando están a cargo de una institución del sector salud, servicios sociales, entre otros posibles, pudiendo estar financiados por el Estado, organizaciones no gubernamentales o por el sector privado; e informales, cuando son realizados por un familiar o un conocido de la persona mayor (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2019, p. 15).

Se observa una tendencia a disminuir el uso de servicios en instituciones en favor de la atención en el hogar, debido al menor costo de estos últimos y a la preferencia de las personas de permanecer en sus casas. Sin embargo, los servicios institucionales tienen un rol importante en un sistema progresivo de atención y pueden ser los más adecuados para algunas personas con dependencia severa, llegando incluso a economías de escala que no se alcanzan con servicios en el hogar.

Según la categorización de Medellín et al. (2018) y la propuesta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2006; 2007), pueden distinguirse ocho categorías de cuidados a largo plazo, que a continuación se describen siguiendo un gradiente de menor a mayor complejidad:

1. Servicios de cuidados de día, lo que incluye traslados y asistencia para actividades sociales destinadas a las personas con limitaciones funcionales. Se

incluyen aquí los centros de día, instituciones que prestan un paquete integral de servicios durante algunas horas del día sin incluir alojamiento, por lo que son un complemento a la atención en el domicilio. Este tipo de servicio se enfoca en actividades preventivas y recreativas.

2. Servicios de teleasistencia, que consisten en la aplicación de tecnologías de información para monitorear de manera constante a la persona y asegurar una respuesta oportuna en caso de emergencia. Dado que no resuelven la necesidad de apoyo para realizar actividades de la vida diaria, la teleasistencia es un complemento a la atención en el domicilio.
3. Servicios residenciales, que incluyen desde el alojamiento hasta apoyos para las actividades de la vida diaria de baja complejidad. Se trata de residencias que ofrecen servicio de alimentos, limpieza y actividades recreativas, pero conservan un margen importante para la autonomía de las personas.
4. Apoyos y cuidados en el hogar para las actividades instrumentales de la vida diaria con baja complejidad.
5. Apoyo financiero al cuidado informal, lo que supone un aporte al cuidado que realizan las familias, que va desde subsidios hasta capacitaciones y servicios de asistencia a los cuidadores informales. Se enfoca en relevar de manera temporal al cuidador.
6. Apoyo a las actividades de la vida diaria de complejidad intermedia. Se trata de cuidadores que han recibido algún tipo de capacitación en cuidados. Se enfocan en personas con un nivel de dependencia medio o bajo y su eje suele ser un asistente personal, aunque también se pueden incluir otros aspectos de apoyo para quehaceres domésticos y entrega de alimentos.
7. Cuidados de enfermería de alta complejidad. Este servicio incluye administración de medicación y curación de heridas, por ejemplo. Se trata de servicios provistos por instituciones sociosanitarias, que también pueden realizarse en domicilios (internación domiciliaria). Este tipo de cuidados puede variar su frecuencia, desde una o dos veces por semana hasta más de una vez al día, o tener una duración de 24 horas.
8. Cuidados paliativos en el final de la vida. Esto incluye la atención brindada en hospicios (hogares de personas mayores o instituciones de características similares), por médicos, paramédicos y enfermeros para personas con enfermedades terminales.

En función de las particularidades que adquiere el cuidado de las personas mayores centenarias, a partir del análisis de sus trayectorias, se observaron diversas estrategias que este trabajo busca analizar en profundidad. Para ello, se consideran tanto el diamante del cuidado (referido a la organización social del cuidado) como los diversos tipos de cuidados a largo plazo previamente desarrollados.

## Metodología

La estrategia metodológica que permitió responder a los objetivos planteados fue de tipo cualitativa, combinando entrevistas en profundidad, historias de vida (Kaufmann, 2008; Bertaux, 1999) y estudio de casos (Flyvbjerg, 2006). El recorte de la muestra responde a los siguientes criterios teóricos: personas de 100 años o más, mujeres y varones, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, que puedan responder el guion de entrevista. Los criterios de exclusión fueron tener algún tipo de deterioro cognitivo o demencia diagnosticada.

Los temas que orientaron el guion de las entrevistas<sup>1</sup> fueron los siguientes: historia de conformación y composición familiar; trayectoria laboral y educativa; estrategias de organización y gestión de la vida cotidiana; sistema de apoyos y cuidados; tipos y frecuencia de actividades realizadas; percepción del estado de salud; pérdidas, eventos y transiciones importantes; concepciones sobre el envejecimiento y la longevidad.

Se incluyó, a su vez, un calendario de vida donde se consignaron diferentes dominios como: años, edades, salud, trabajo, familia, educación, movilidad residencial y eventos históricos que marcaron las trayectorias de vida. Se utilizó también la técnica de la síntesis vital, que consiste en solicitar a cada persona un resumen biográfico en el que indique cuáles fueron los momentos muy buenos, los no tan buenos y los períodos difíciles de su vida (Laborde et al., 2007).

La cantidad de casos es de 20 personas (3 varones y 17 mujeres), nacidas entre 1912 y 1924<sup>2</sup> (Tabla 1). Merece la pena destacar que la proporción de mujeres centenarias es mucho mayor que la de varones.

---

1 En todos los casos se respetó el consentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato de las personas entrevistadas. Se informó a las personas entrevistadas que la información recabada es exclusivamente con fines académicos. La participación fue voluntaria y libre, dejando abierta la posibilidad de interrumpir la entrevista cuando la persona lo desee. Los aspectos mencionados se ajustan a la Resolución N.º 2857 (11 de diciembre de 2006) sobre lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades destinados a los investigadores del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET, 2006).

2 Once personas nacieron en la Ciudad de Buenos Aires, cuatro en provincias de Argentina (Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires y La Pampa) mientras que otras tres en el exterior (Uruguay, España y Alemania). Respecto al lugar de residencia actual, trece residen en la Ciudad de Buenos Aires y el resto en diferentes jurisdicciones de la provincia de Buenos Aires. En cuanto a los arreglos residenciales, siete viven con cuidadores en forma permanente, seis son cuidadas por miembros de la familia, cuatro viven solas y tres viven en residencias de larga estadía (una pública, dos privadas). Respecto a las categorías de ocupación once personas fueron trabajadoras por cuenta propia, cinco asalariadas y cuatro trabajadoras familiares sin remuneración. Sobre el nivel de educación formal alcanzado, doce no han completado el nivel secundario mientras que ocho cuentan con secundario completo y más. Dentro de este último grupo, es de destacar que tres personas completaron sus estudios universitarios. Doce personas cobran jubilación y pensión, seis perciben sólo jubilación y dos sólo perciben ingresos de una pensión. En cuanto a la cobertura de salud la mitad de los entrevistados utiliza una obra social (principalmente PAMI, obra social específica) mientras que la otra mitad cuenta con un plan de medicina prepaga para la atención sanitaria. De acuerdo a la conceptualización de Lalive D'Épinay et al., (2008) once personas gozan de una situación de salud independiente, tres se encuentran en un estadio de fragilidad y dos de dependencia.

Tabla 1  
*Distribución por edad y género de las personas centenarias entrevistadas*

Edad <sup>3</sup>	Mujer	Varón
100	3	1
101	7	1
102	1	
103	1	
104	1	
106	1	1
107	1	
108	2	
Total	17	3

Fuente: Elaboración propia.

Para la búsqueda de los casos se contactó a diferentes profesionales del campo gerontológico y cuidadores formales, que oficiaron de informantes clave y permitieron coordinar la entrevista. A su vez, la justicia electoral, a través de un pedido formal que se inscribe en la investigación más amplia sobre curso de vida, cuidados y longevidad, nos proveyó un padrón de votantes activos de 104 años y más.

Una vez realizada la transcripción de las entrevistas, el análisis se orientó a partir de la codificación generada a través de la comparación constante de los diferentes casos estudiados (Coffey y Atkinson, 2003; Strauss y Corbin, 2002).

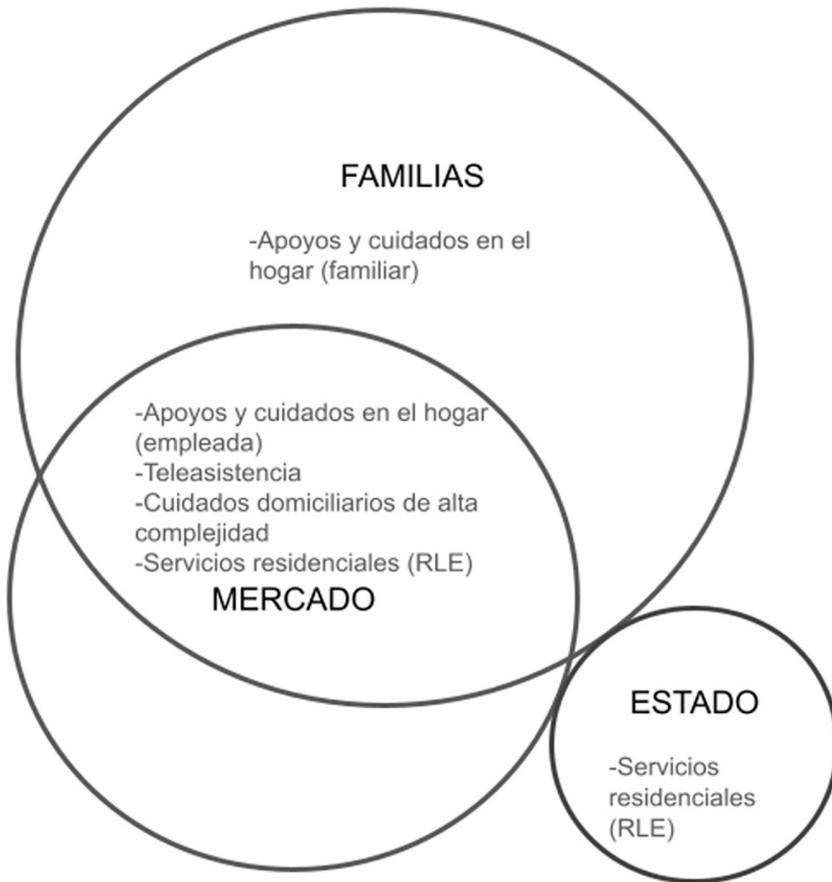
### **Estrategias y redes: cuidados progresivos y diamante de cuidados**

Las estrategias seguidas en los hogares de las personas centenarias, en relación con sus necesidades diferenciales, ligadas al sistema de cuidados a largo plazo, se organizan en función de las oportunidades de acceso a la ayuda en el cuidado que se describen en el denominado diamante de cuidados (Figura 3).

---

<sup>3</sup>Las edades consignadas corresponden al momento en que se realizó la entrevista.

Figura 3  
Estrategias y redes de cuidados



Fuente: Elaboración propia.

De este modo, relacionando las prácticas con los dos modelos expuestos en páginas anteriores —el diamante de cuidado y el sistema de cuidados progresivos—, identificamos en nuestro trabajo de campo las siguientes modalidades de resolución de los cuidados:

1. Personas centenarias que viven solas, pero que reciben ayuda y apoyos para las actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria.
2. Personas centenarias que viven con un familiar en forma permanente; por lo general, se trata de una hija o hermana, que reciben apoyos para actividades instrumentales y/o avanzadas, con el valor agregado de contar con alguien que puede asistir de forma inmediata frente a cualquier demanda.

En estas dos primeras modalidades, la presencia de las familias es central. En cambio, en las tres modalidades siguientes, el aporte del mercado toma mayor protagonismo:

3. Existe un caso en el que se combinan apoyos y cuidados pagos (empleada doméstica) con el monitoreo a través de cámaras (teleasistencia)<sup>4</sup>, que permite a la familia “controlar” de forma remota el cuidado recibido.
4. Personas que reciben cuidados domiciliarios de alta complejidad, a través de un sistema formal de apoyo e internación domiciliaria.
5. Personas centenarias que habitan en residencias de larga estadía, donde reciben cuidados tanto de baja como de alta complejidad, en lo referido a la administración de medicación, rehabilitación y tratamientos sociosanitarios<sup>5</sup>.

En esta última modalidad se observan tanto residencias privadas como una de dependencia estatal. En suma, lo que se observa es un entramado diverso, tanto de actores como de apoyos. No obstante, las familias gravitan como actor principal en todas las modalidades.

## El cuidado familiar informal

En concordancia con lo planteado por la literatura, en este trabajo se observa que la responsabilidad primaria sobre el cuidado de las personas centenarias recae, fundamentalmente, en las redes familiares, que implícitamente incluyen el intercambio de apoyos entre los miembros de la red (modalidades 1 y 2).

A través de los relatos de las personas entrevistadas se observa la significación que tienen estas redes de apoyo en la calidad y el modo de vida, tanto en lo material e instrumental como en el ámbito emocional. En efecto, la mayoría de las personas entrevistadas recibe asistencia por parte de un familiar directo que suele ser una mujer, siguiendo la línea descendente de hijas, nietas y bisnietas (matrifocalidad)<sup>6</sup>.

Por otra parte, es necesario destacar que, producto del envejecimiento de las estructuras familiares —típico de las familias de las personas centenarias—, son personas adultas mayores quienes llevan adelante la tarea de cuidar a otras personas de edad avanzada. Aquí podemos mencionar los casos de hijas que transitan sus setenta u ochenta años de edad, que se encuentran llevando adelante la tarea de cuidar a sus progenitores de 100 años y más, tal como sucede con las

---

4 La teleasistencia consiste en la aplicación de tecnologías de información para monitorear de manera constante a la persona con dependencia y asegurar una respuesta oportuna en caso de emergencia. Dado que no resuelve la necesidad de apoyo para realizar actividades de la vida diaria, la teleasistencia es un complemento a la atención en el domicilio.

5 Los cuidados residenciales de larga estadía se caracterizan por tener 24 horas de enfermería y población dependiente. Según la OMS (2000), los cuidados a largo plazo institucionales son provistos a tres o más personas no familiares en un mismo lugar. Se trata de residencias y hogares Geriátricos, públicos o privados.

6 La matrifocalidad se refiere a un complejo cultural donde las mujeres, en sus roles de madres, son el foco de las relaciones dentro de los hogares. Estos hogares encabezados por mujeres generalmente consisten en una madre, sus hijas adultas y sus hijos (Macfarlan, et al. 2019).

hijas de Beba (100 años), Rita (106 años) y Jazmín (108 años). La convivencia con hermanas, como es el caso de Azul (102 años), muestra otra arista del cuidado ejercido por personas de mayor edad, aun en edades que superan la novena década de vida. En estos casos, la red de cuidados se encuentra fragilizada debido a las limitaciones de su situación de salud.

Las características de estas redes de cuidado muestran una fuerte carga que recae en las cuidadoras, quienes cotidianamente emprenden esta tarea, caracterizada por ser una responsabilidad de tiempo completo. En efecto, el término *burden* se refiere a un estado subjetivo asociado a la incomodidad o molestia que produce la situación continua del acto de cuidado, e incluye también las situaciones objetivas, como la restricción del tiempo libre, el deterioro de la salud, los costos económicos y las erogaciones monetarias producto del acto de cuidar (Montgomery, 1989; Oddone, 2014).

En el estudio de casos que nos ocupa, muchas veces se trata de mujeres mayores que suelen tener padecimientos crónicos, quienes acompañan de forma permanente a otras personas aún más mayores. Si bien resultan un motivo de orgullo para la mirada social, en el ámbito privado generan tensiones entre las generaciones, que miden quiénes cuidan mejor y por quiénes se desea ser cuidado. Es decir, como obligación moral (*ética del cuidado*), desean cuidar, pero muchas veces sus limitaciones físicas muestran signos de agotamiento que impactan en su propia salud física y psíquica (calidad de vida) al llevar a cabo esta tarea. Es el caso de Jazmín (108 años), cuidada por su hija de 80 años.

Entrevistadora: ¿Cómo se arreglan con el cuidado? —Nieta de Jazmín: Bueno, está mi mamá, está todo el día mi mamá con ella. Después, bueno, cuando vengo yo a la tarde-noche, a veces soy más la que se encarga de cambiarla. Pero la que se encarga es mi mamá: de hacerle la comida, de levantarla a la mañana, de ayudarla a que venga a sentarse... o cuando ella... le gusta mucho ir ahí afuera a tomar sol, entonces mi mamá es la que la acompaña. Digamos, la cuidadora principal es ella.

Hija de Jazmín (80 años): No me queda otra, jajaja, no me queda otra.

Por otra parte, los arreglos familiares incorporan en sus estrategias de cuidado el aporte de personal doméstico, con la disponibilidad de un cuidador principal (familiar) que, en algunos casos, convive con la persona centenaria. Nilda (104 años), Luz (101 años), Lila (103 años), Dora (101 años), Rufina (100 años) y Manuel (101 años) son casos en los que la red de cuidados se estructura a partir de la supervisión familiar sobre una empleada que asiste en el domicilio.

En cambio, en los casos de Mecha (108 años), Rita (106 años), Beba (100 años), Abril (101 años) y Jazmín (108 años), conviven con un familiar que las asiste en forma permanente.

En estos casos, el cuidado informal suele combinarse con apoyos a las actividades de la vida diaria, encarnadas por personal doméstico pero con poca o ninguna formación específica. Se trata de complementar o aliviar la tarea del cuidador principal en las actividades domésticas o de acompañamiento cercano.

## El cuidado formal pago (mercado)

En el análisis de las redes de cuidado donde intervienen servicios ofrecidos por el mercado, identificamos las variantes 3, 4 y 5. Una de ellas es el acceso a un cuidador o cuidadora formal —acompañante, personal de enfermería o asistencia gerontológica— remunerado, en domicilio y a tiempo completo, como es el caso de Rodolfo (106 años), Lara (107 años) y Zulma (101 años).

Una segunda modalidad es la internación domiciliaria, que presta servicios de atención y cuidados en el domicilio diariamente, durante las 24 horas. Este programa es ofrecido por una empresa de medicina prepaga. Tanto Ciro (100 años) como Azul (102 años) y Gina (101 años) cuentan con cuidadores que rotan, a los que se suma un equipo interdisciplinario, coordinado por médicos geriatras, que incluye servicios de enfermería, kinesiología y estimulación, entre otros. Cabe subrayar que, en estos tres casos, se trata de personas centenarias que no tienen hijos, y son sus sobrinos, primos u otros familiares quienes se ocupan de administrar y satisfacer sus diversas necesidades (médicas, económicas, etc.). Este tipo de servicio tiene costos financieros elevados que, en los casos analizados, las personas pueden afrontar al momento de la entrevista.

Debemos señalar que la mayoría de las personas entrevistadas no podría realizar tal erogación para contratar un servicio de internación domiciliaria, por lo cual —en esos casos— continúa siendo la familia el principal actor de cuidado. Incluso en el caso de Gina (101 años), se encuentra en una coyuntura donde los ahorros comienzan a ser exiguos para la continuidad de su atención. Su sobrino segundo expresaba esta situación con preocupación, por lo cual analizaba la posibilidad de solicitar un amparo judicial para tramitar la continuidad de los servicios (*burden* económico).

La tercera modalidad en la que participa el mercado como proveedor es la de residencia de larga estadía privada. Este tipo de instituciones se caracteriza por proveer servicios de enfermería durante 24 horas, con altos porcentajes de población dependiente. Se trata de cuidados que son provistos a tres o más personas no familiares en un mismo lugar (Roqué et al., 2015). Por lo general, estos establecimientos están bajo la responsabilidad de su propietario y/o de una persona que tiene la función de director o encargado. Estas personas son responsables de la toma de decisiones sobre el establecimiento y los residentes en relación con las diferentes cuestiones de la vida diaria.

Los establecimientos cuentan con la asistencia sistemática de un médico, que completa los registros clínicos, revisa a los residentes y actualiza la prescripción de medicamentos. La mayoría de estas residencias muestra una planta física donde

dos o tres personas comparten una habitación y disponen de un espacio común para las actividades, que también suele ser el comedor.

El motivo de ingreso es la necesidad de cuidados específicos, como se observa en los casos de Patricia (100 años) y Lila (101 años).

Patricia (100 años) sufre una caída que determina la decisión de su ingreso a una residencia de larga estadía, modificando todas las esferas de su vida:

Hija de Patricia: Recién a los 95 se vino para acá [residencia privada] porque se cayó, y ahí es que le dije... No quería vivir con nadie en su casa. Eso no sé si te lo va a contar, pero... Mamá, ¿vos te acordás cuando te caíste en tu casa? Que yo te dije que vos tenías que vivir acompañada.

En lo que atañe a la salud, desde su ingreso a la institución se registró un avance sostenido en la fragilidad y una mayor vulnerabilidad, tanto motriz como cognitiva.

En la puerta de la casa de Lila (101 años) no existe ningún cartel que identifique ese lugar como una residencia de larga estadía. Ella vivió en esa casa —devenida hoy en residencia— hasta sus 97 años, edad en la que sufrió una caída, de la que afortunadamente no le quedaron secuelas. No obstante, a partir de aquel episodio decide no volver a su vivienda, razón por la cual sus hijos deciden su ingreso en un hogar para personas mayores, ubicado apenas a unos 100 metros de su casa. Luego de evaluar el alquiler de la casa materna, la dueña de la residencia donde se encontraba su madre le propone alquilarle la casa y transformarla en una residencia. La hija de Lila acepta, se hacen las adecuaciones necesarias y, luego de un año, Lila (101 años) regresa a la que fuera antes su casa, ahora devenida en una residencia compartida.

Como se observa, las caídas no solo limitan la movilidad, sino que llevan aparejados cambios en los arreglos residenciales, con el fin de poder cuidar y satisfacer las necesidades derivadas de una mayor fragilidad. Se convierten en verdaderos puntos de inflexión en las biografías de las personas centenarias.

En estas tres modalidades se trata de cuidados de complejidad intermedia y avanzada, donde el personal que cuida cuenta con una formación específica, ya sea en enfermería, cuidados domiciliarios y otros profesionales de la salud con formación en geriatría y gerontología.

## **El cuidado ofrecido por el Estado**

Entre las personas centenarias que conformaron la muestra, solo en un caso el cuidado es asumido plenamente por un ente estatal. Se trata de un hogar de dependencia municipal, ubicado en la zona norte del Gran Buenos Aires. Mónica (102 años) nació en Santa Fe, en la localidad de Venado Tuerto. Llegó a Escobar cuando tenía 4 años y se instaló allí definitivamente junto a su familia. Después

conoció a quien fuera el padre de su hija, que murió de pancreatitis cuando ella tenía apenas 4 años. Luego se separó del padre de su hija y conoció al gran amor de su vida. Su pareja padecía diabetes; ella lo cuidaba y advertía sobre los riesgos de no atender su salud, lo que finalmente derivó en su fallecimiento.

Cuando muere su esposo, Mónica atraviesa un proceso de crisis profunda que culmina con ella en situación de calle, sin un lugar fijo para vivir. Luego de permanecer un período de cuatro años en esa situación, ingresa a una residencia municipal donde mejora su estado general de salud y comienza a cursar estudios secundarios, que logra terminar a sus 102 años.

Mónica: salir del hogar ahora, me cuesta, me cuesta salir porque acá hay acompañamiento, porque hay enfermeras, hay médicos, y empezar a hacer una vida nueva totalmente, es difícil. Y volver a empezar, cada vez que a mí me dicen volver a empezar una cosa me cuesta, no sé si serán los años o qué será pero me cuesta mucho. Pero estoy bien, estoy muy bien.

Mónica (102 años) tiene una valoración positiva de los cuidados recibidos, por lo que se puede afirmar que “el Estado se ocupó de ella y no la olvidó”. En cuanto a los cuidados progresivos, se observa en este caso la participación de personal capacitado, abarcando una amplia gama de profesiones de la salud: psicólogos, kinesiólogos, trabajadores sociales, médicos y psiquiatras, entre otros.

## Discusión y conclusión

En este artículo se identifican las situaciones particulares que experimentan las personas centenarias y su entorno cercano en relación con las necesidades progresivas de cuidado y las estrategias esgrimidas con el fin de encontrar los apoyos para llevarlo adelante. En efecto, en el proceso de envejecimiento, estas personas han presentado diferentes grados de vulnerabilidad y dependencia —tanto en cuestiones de salud como sociales—, circunstancias que encuentran un correlato en las ofertas de lo que se denomina un sistema progresivo de atención, y hacia allí orientaron su accionar.

En este accionar puede observarse un gradiente que va desde situaciones de autocuidado por parte de las propias personas centenarias hasta la internación en una residencia de larga estadía. Observamos que las caídas, entre otras causales, han marcado un punto de inflexión en las biografías, generando —en la mayoría de los casos— una mayor vulnerabilidad que incidió en la demanda de cuidados específicos.

Siguiendo a Razavi (2007), quien focalizó la oferta de apoyos de cuidados en una red conformada por la familia, el Estado, el mercado y las organizaciones no gubernamentales (ONG), observamos que son las familias de las personas centenarias las principales proveedoras de cuidados, ya sea porque los realizan en forma directa o porque buscan apoyo en las instituciones del mercado, lo financian y supervisan.

Hemos constatado que muchas de estas cuidadoras informales son personas de mayor edad que cuidan a otras de mayor edad y que transitan situaciones de fuerte carga física, psíquica y económica. También observamos que esta responsabilidad por el cuidado familiar se basa en la consanguinidad como fundamento moral, donde los intercambios se miden en función de la historia de los vínculos familiares (Gomila, 2005).

En relación con los apoyos obtenidos fuera del núcleo familiar (mercado), encontramos que, de manera informal, se contrata personal doméstico. En cuanto al cuidado formal, hallamos diversas estrategias, como el cuidado en domicilio con personal idóneo, el apoyo con teleasistencia, la internación domiciliaria y la institucionalización en residencias de larga estadía. Todas ellas implican, para las personas involucradas en el cuidado, un costo económico oneroso, así como la necesidad de supervisión y acompañamiento de la persona centenaria.

Por último, en este estudio de casos, no hemos encontrado aportes significativos de ONG ni de políticas sociales públicas que apoyen a estos hogares en la resolución de los cuidados que requieren las personas mayores. El Estado solo se ha hecho presente a través de una residencia de larga estadía de dependencia municipal, en la resolución de un caso de alta vulnerabilidad marcado por la situación de calle y soledad. Podemos afirmar que la política pública se basa en el familismo y solo se presenta en forma subsidiaria.

En síntesis, el envejecimiento poblacional genera impactos en la sociedad que inciden directamente en el sistema de cuidados. Así, la verticalización de las estructuras familiares conlleva cada vez más al sostenimiento y apoyo entre pares o dentro del propio grupo generacional. Este fenómeno es un indicador de los cambios que inciden en la consolidación de la actual *crisis de los cuidados*.

En efecto, el envejecimiento de las familias y la convivencia entre cuidadores y personas cuidadas implican que la emotividad y el intercambio de apoyos y servicios adquieran relevancia en el sostenimiento ético de la función. La carga de cuidado, así como la pregunta sobre quién o quiénes deberían hacerse cargo del mismo, evidencia la manera en que el Estado, el mercado, la familia y las organizaciones de la sociedad civil se integran —o no— en la tarea de cuidar.

En este contexto, muchas políticas y acciones se diseñan en relación con una representación tradicional de la familia, sin observar sus transformaciones. Por ello, resulta imprescindible que las políticas públicas contemplen los cambios demográficos que impactan a nivel microsocioal.

Es necesaria una planificación integral de políticas públicas que provea mayor infraestructura en servicios de apoyo tanto a las personas mayores que brindan cuidados a otros, como a las propias familias en proceso de cambio. Lo que se observa actualmente es un modelo de cuidados familista, donde el afecto y las tareas que organizan los cuidadores superan ampliamente la oferta de servicios por parte de los programas sociales existentes.

## Fuentes de financiamiento

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina. Proyecto de Investigación Plurianual (CONICET) 11220210100804 KS9 *Curso de vida y cuidados. Un análisis de las transiciones y puntos de inflexión en las edades extremas de la vida.*

## Referencias bibliográficas

- Acosta, E., Picasso, F. y Perrotta, V. (2018). *Cuidados en la vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay.* SOPLA- Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Ailshire, J. A., Beltrán-Sánchez, H., Crimmins, E. M. y Kritchevsky, S. (2015). Becoming centenarians: Disease and functioning trajectories of older US Adults as they survive to 100. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 70(2), 193-201. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu124>
- Batthyány, K. y Genta, N. (2020). The Reconfiguration of Child Care Strategies across Three Generations: Challenges from a Gender Perspective. *Revue internationale des études du développement*, (2), 63-96. <https://doi.org/10.3917/ried.242.0063>
- Bernstein, A. M., Willcox, B. J., Tamaki, H., Kunishima, N., Suzuki, M., Craig Willcox, D., Kristen Yoo, J.-S. y Perls, T. T. (2004). First Autopsy Study of an Okinawan Centenarian: Absence of Many Age-Related Diseases. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(11), 1195-1199. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.11.1195>
- Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29, 1-23. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29458>
- Borgeaud-Garciandía, N. (2020). Cuidado y responsabilidad. *Estudios avanzados*, 34(98), 41-56. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.004>
- Ceminari, Y. (2021). *Incorporación del cuidado de personas mayores en la agenda de gobierno y desfamiliarización del cuidado. El caso del programa Centro de Día para adultos mayores en Argentina de 2003 a 2015.* Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – FLACSO.
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación.* Universidad de Antioquia.
- CONEVAL (2019). ¿Qué funciona y qué no en cuidados a largo plazo para personas adultas mayores? Guías prácticas en políticas públicas. Ciudad de México: CONEVAL 2019. [https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/ESEPS/Documents/Guias\\_practicas/Que\\_funciona\\_Adultos\\_Mayores.pdf](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/ESEPS/Documents/Guias_practicas/Que_funciona_Adultos_Mayores.pdf)

- Daly, M. y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), 281-298. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>
- Duarte, F. (11 de julio de 2022). ¿Por qué cada vez más personas superan los 100 años de edad? BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-62088962#:~:text=La%20Divisi%C3%B3n%20de%20Poblaci%C3%B3n%20de,personas%20hab%C3%ADan%20alcanzado%20ese%20hito>
- Enriquez Rosas, R, Maldonado Saucedo, M., Ramírez García, M., Espinosa Martínez, A., Camacho Gutiérrez, E., Mendo Gutiérrez, A., Vázquez-Garnica, E. y Gloss Nuñez, D. (2023). *Cuidado colectivo y personas mayores. Estudios de caso en México, España y Uruguay*. ITESO. <https://hdl.handle.net/11117/10834>
- Etxeberria Mauleon, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En S. Huenchuan y R. I. Rodríguez (Eds.), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (pp.61-70). CEPAL.
- Ezquivel, V. R. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Nueva Sociedad*; 256, 63-74.
- Flores Castillo, A. (2013). Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas* (pp. 423-454). Naciones Unidas. CEPAL.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Gomila, M. A. (2005). Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia. *Historia contemporánea*, 31, 505-542. <https://doi.org/10.1387/hc.4245>
- Guimarães, N. A. e Hirata, H. S. (2020). *O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades*. Ateliê Editorial.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados ¿oportunidad o crisis?* CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/fc669008-0625-4f37-af37-5863e0a9f6e4/content>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
- Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados (2019). *La población centenaria de PAMI: protagonistas de 100 años de historia, planteamiento y primeros avances de la investigación*. INSSJP-PAMI.

- Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados (2023). *Indicadores demográficos por sexo y edad / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC.
- Jopp, D. y Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266-280. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.266>
- Kauffmann, J. C. (2011). *L'enquête et ses méthodes: L'entretien compréhensif*. Armand Colin.
- Laborde, C., Lelièvre, É. y Vivier, G. (2007). Trajectoires et événements marquants, comment dire sa vie? Une analyse des faits et des perceptions biographiques. *Population*, 62(3), 567-585. <https://doi.org/10.3917/popu.703.0567>
- Lamaute-Brisson, N. (2013) Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas. En C. Calderón Magaña (Coord.), *Redistribuir el cuidado. Desafíos de las políticas* (pp. 69-125). Naciones Unidas, CEPAL.
- Macfarlan, S. J., Quinlan, R. J. y Post, E. (2019). Emergent matriliney in a matrifocal, patrilineal population: a male coalitionary perspective. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 374(1780), 20180073. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2018.0073>
- Magnus, G. (2009). La era del envejecimiento. En G. Magnus (Ed.), *La era del envejecimiento. Cómo la demografía está transformando la economía global y nuestro mundo* (pp. 49-70). Océano.
- Medellín, N., Ibararán, P., Matus, M. y Stampini, M. (2018). *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Nota técnica N°IDB-TN-1438* <http://dx.doi.org/10.18235/0001129>
- Montgomery, R. (1989). Investigating caregiver burden. En K.S. Markides y C. L. Cooper (Eds.), *Aging, stress, and health*. John Wiley & Sons.
- OCDE. (2006). *Guidelines for Estimating long-term care expenditure in the joint 2006 SHA data questionnaire*.
- OCDE. (2007). *Conceptual framework and methods for analysis of data sources for longterm care expenditure*.
- Oddone, M. J. (2014). Ancianas cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales. *Cadernos de Pesquisa*, 44(152), 354-377. <https://doi.org/10.1590/198053142871>
- Oddone, M. J. y Pochintesta, P. (2023). Trayectorias de personas centenarias en Argentina. Un análisis de las ganancias y pérdidas a lo largo del curso de vida. *PerCursos*, 24, e0113. <http://dx.doi.org/10.5965/19847246242023e0113>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Home-based Long-Term Care, Report of a who Study Group*.

- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, (5), 8-37. <https://revistaeconomicacritica.org/index.php/rec/article/view/388>
- Provoste Fernández, P. (2013). Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas. En C. Calderón Magaña (Coord.). *Redistribuir el cuidado. Desafíos de las políticas* (pp. 127- 170). Naciones Unidas, CEPAL.
- Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a *Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, Paper 3, Gender and Development Programme. UNRISD.
- Razavi, S. y Staab, S. (2010). Underpaid and overworked: A cross national perspective on care workers. *International Labour Review*, 149(4), 407-422. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2010.00095.x>
- Registro Nacional de las Personas de Argentina <https://www.argentina.gob.ar/interior/renaper>
- Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara, Jalisco. Editorial Universitaria.
- Roqué, M. L., Fassio, A., Arias, C. y Croas, R. (2015). *Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores en Argentina. Relevamiento y Evaluación*. Ministerio de Desarrollo Social, Argentina. [https://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS\\_LARGA-ESTADIA.pdf](https://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS_LARGA-ESTADIA.pdf)
- Sala, A. G. y Olmos, M. F. (2022). Cambio demográfico en la Argentina: Desafíos y Oportunidades. *Voces en el Fénix*, 12(87), 12-21. <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/cambio-demografico-en-la-argentina-desafios-y-oportunidades/>
- Scelzo, A., Di Somma, S., Antonini, P., Montross, L. P., Schork, N., Brenner, D. y Jeste, D. V. (2018). Mixed-methods quantitative-qualitative study of 29 nonagenarians and centenarians in rural Southern Italy: Focus on positive psychological traits. *International Psychogeriatrics*, 30(1), 31-38. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002721>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

- Todoriki, H., Willcox, D. C. y Willcox, B. J. (2004). *The effects of post-war dietary change on longevity and health in Okinawa* [Tesis de doctorado, Universidad de Ryukyus]. Repositorio Académico de la Universidad de Ryukyus
- Tronto, J. C. y Fisher, B. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En E. Abel y M. Nelson (Eds.), *Circles of Care* (pp. 36-54). SUNY Press.
- Vaillant, G. E. y Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-847. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
- Vallejos, S. (24 de agosto de 2024). Supercentenarios: cuántas personas de 100 o más años hay en el país y cuáles son las claves de una tendencia que se asienta en el mundo. *La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/supercentenarios-cuantas-personas-de-100-o-mas-anos-hay-en-el-pais-y-cuales-son-las-claves-de-una-nid24082024/>
- Vaupel, J. W. y Jeune, B. (1995). The emergence and proliferation of centenarians. En J. W. Vaupel y B. Jeune (Eds.), *Exceptional longevity: From prehistory to the present* (pp. 109-116). Odense University Press.
- Willcox, D. C., Willcox, B. J., Sokolovsky, J. y Sakihara, S. (2007). The cultural context of “successful aging” among older women weavers in a northern Okinawan village: The role of productive activity. *Journal of cross-cultural gerontology*, 22, 137-165. <https://doi.org/10.1007/s10823-006-9032-0>