

Servicios de Apoyo al Cuidado en Domicilio

Avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica

Patricia Jara Maleš
Alexander Chaverri-Carvajal

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-2031

Servicios de Apoyo al Cuidado en Domicilio

Avances y desafíos para la atención de la dependencia en
Costa Rica

Patricia Jara Maleš
Alexander Chaverri-Carvajal

Octubre 2020

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Jara Maleš, Patricia.

Servicios de apoyo al cuidado en domicilio: avances y desafíos para la atención de la
dependencia en Costa Rica / Patricia Jara Maleš, Alexander Chaverri-Carvajal.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2031)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Costa Rica. 2. Older people-Home care-Costa Rica. 3.
Home care services-Costa Rica. 4. Medical care-Costa Rica. I. Chaverri-Carvajal,
Alexander. II. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y
Salud. III. Título. IV. Serie.

IDB-TN-2031

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



Servicios de apoyo al cuidado en domicilio

Avances y desafíos para la
atención de la dependencia
en Costa Rica

Patricia Jara-Maleš
Alexander Chaverri-Carvajal



Servicios de apoyo al cuidado en domicilio: avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica

Patricia Jara-Maleš

Alexander Chaverri-Carvajal¹

Resumen

Este documento analiza los servicios de cuidados o de apoyo a los cuidados que reciben las personas con dependencia en sus domicilios. El propósito es comprender el potencial de iniciativas enfocadas en fortalecer las capacidades de cuidados en el hogar, ya sea apoyando a quienes forman parte de las redes informales de cuidado de las personas con dependencia, o a través de la provisión directa de servicios de auxilio o asistencia personal.

Además de ofrecer algunas distinciones conceptuales que son útiles para posicionar este tipo de servicios en la red de protección social, se analizan los recursos y posibilidades de expansión de estos servicios conforme a las instituciones de Costa Rica que tienen a su cargo el financiamiento y provisión de servicios a poblaciones en situación de dependencia funcional.

Este documento es el resultado de la cooperación técnica que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) mantiene con Costa Rica para el diseño de un sistema de atención a la dependencia en el país. Forma parte, además, de la serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia que se encuentra disponible en la página web del [Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia](#) del BID.

Clasificación JEL: I18, I31, I38, I39, J14, J18

Palabras clave: América Latina y el Caribe, asistentes personales, atención a la dependencia, auxiliares del cuidado, Costa Rica, cuidados de larga duración, cuidados en domicilio, dependencia, envejecimiento, envejecimiento de la población, servicios de cuidados.

¹ Alexander Chaverri-Carvajal es consultor de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Patricia Jara-Maleš es especialista líder de la División de Protección Social y Salud del BID. Sus correos electrónicos son alexander.chaverri@usal.es y pjaramales@iadb.org

Tabla de contenidos

<i>El reto de pensar un sistema de cuidados de larga duración</i>	3
<i>Cuidados formales e informales: distinción básica para el análisis de la oferta de apoyo a los cuidados</i>	7
<i>El apoyo a los cuidados familiares y el cuidado en el domicilio: algunas aplicaciones en la experiencia internacional</i>	10
El caso australiano.....	11
El caso danés.....	13
El caso español	16
Comunidad de Madrid	16
País Vasco (Euskadi)	18
El caso uruguayo.....	20
<i>El apoyo a los cuidados domiciliarios en Costa Rica: la oferta del sistema público.</i>	24
Alternativas de cuidado en el domicilio ofrecidas por el CONAPAM	24
Alternativas de apoyo y cuidado en domicilio del CONAPDIS	27
Alternativas de cuidado en el domicilio y la Junta de Protección Social	31
<i>Consideraciones de política</i>	34
Tomar en cuenta la diversidad que implica el cuidado en domicilio	34
Tomar en cuenta las necesidades y preferencias de los hogares con relación al cuidado	36
Diseñar un repertorio de apoyo a los cuidados centrado en la persona	38
<i>Bibliografía</i>	40
<i>Legislación y documentos oficiales</i>	45

El reto de pensar un sistema de cuidados de larga duración

Costa Rica ha logrado un sólido crecimiento económico y un alto nivel de bienestar de la población gracias a, fundamentalmente, un acceso casi universal a la educación, la salud y las pensiones. Sin embargo, todavía persisten importantes desafíos en materia de desarrollo social (OCDE, 2017). Uno de ellos es hacerse cargo del proceso de envejecimiento acelerado que caracteriza al país. En el año 2035 Costa Rica estará tan envejecida como los Estados que ya tienen desarrolladas políticas de Cuidados de Larga Duración (CLD) (CEPAL, 2017; OITa, 2017; Huenchuán, 2018).

Según proyecciones demográficas realizadas con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el año 2025 prácticamente uno de cada cuatro hogares tendrá entre sus integrantes una persona adulta mayor y en un 8,3% habrá más de una; en el año 2032, la proporción de mayores de 60 años será superior a la de los menores de 15 años. Para el caso costarricense, según estimaciones propias realizadas con datos del INEC, se estima que el año-frontera de esta transición será el 2032, mientras que para la región de América Latina y el Caribe (ALC) será el año 2037.

En Costa Rica no existe actualmente una ley específica que tenga por objeto facilitar la provisión de cuidados a las personas en situación de dependencia. Por ello, a falta de una cobertura estatal ajustada a las necesidades de cuidados de las personas dependientes, en particular de las más vulnerables socioeconómicamente, estas tareas siguen siendo asumidas íntegramente por los hogares y realizadas sin ninguna forma de apoyo o retribución.

Sin embargo, Costa Rica está cambiando en términos poblacionales y la carga del cuidado asumida exclusivamente por los hogares es insostenible. Por una parte, se ha reducido la oferta de cuidados en el entorno familiar debido a factores asociados al crecimiento del número de mujeres que se insertan en el mercado de trabajo, así como a la reducción del tamaño de los hogares. Por otro lado, los nuevos retos poblacionales provocan una mayor demanda de atención a la dependencia a consecuencia del envejecimiento acelerado y del aumento de personas mayores, así como de una mayor prevalencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidad severa.

Tomando como base los datos de la Encuesta Nacional de Discapacidad (2018), Medellín *et al.* (2019) estimaron que alrededor de 280 mil personas de 18 años o más podrían tener algún grado de dependencia, lo cual equivaldría al 8% de la población adulta del país. Si bien es cierto que la encuesta fue diseñada para medir la discapacidad, es hoy en día la mejor estimación del tamaño de este grupo de la población ya que en el país no hay una definición de dependencia que permita calcular su incidencia poblacional o realizar diagnósticos más específicos.

Esta falta de medición sistemática de la dependencia tiene su contrapartida en el plano de la oferta. Los servicios de atención a la dependencia, entendidos como apoyo a los cuidados de larga duración para la atención de condiciones crónicas que limitan la autonomía funcional de las personas, no se han ampliado conforme aumenta la presión de la demanda. Ello es debido a que no existen servicios públicos que tengan como objetivo a la población dependiente, básicamente porque el concepto no existe en las cartas de prestaciones de los servicios sociales.

Algunos estudios señalan que aproximadamente el 15% de las personas de poblaciones proximas a la dependencia estaría recibiendo actualmente algún servicio o prestación relacionada, principalmente a través de los programas que se focalizan en hogares en condición de pobreza, los programas del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

(CONAPAM) y del Consejo Nacional de la Persona con Discapacidad (CONAPDIS) (Acón, 2017). Sin embargo, no existe información sistematizada que dé cuenta del rol de otras instituciones públicas del sector social para las personas dependientes, ni tampoco del tipo de servicios brindados por las organizaciones de bien social, o de la configuración de su contenido, oferta y cobertura.

El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de la Organización Mundial de la Salud recomienda que cada país tenga una política de cuidados de larga duración sostenible y equitativa para las personas mayores (WHO, 2015) en respuesta al cambio poblacional que será tendencia en varias partes del planeta y que se avecina como un silencioso tsunami demográfico. Esto no es solo por el hecho de que la población envejezca sino, más bien, por las condiciones en las que las sociedades deberán hacer frente a los demás fenómenos ligados a la vejez.

En ese sentido, la región de ALC presenta condiciones comparativamente menos favorables a las que tenían países de altos ingresos y que comenzaron antes con el envejecimiento poblacional. Al igual que ocurrió en Europa desde la segunda mitad del siglo anterior (Spillman y Lubitz, 2000; Colombo *et al.*, 2011; Matus y Rodríguez, 2014; Gori *et al.*, 2016) actualmente América Latina envejece, pero con un historial de morbilidad comparativamente menos saludable (Palloni *et al.*, 2005), con recursos económicos más limitados, con menos cobertura en servicios y prestaciones sociales y, a una velocidad superior a la de Europa (Huenchuan, 2014; Sirodenko, 2014; CEPAL, 2017; Matus-López, 2019).

Esta transición demográfica en la región trae consigo cambios en la vida pública y privada de las familias, lo que inevitablemente está transformando la dinámica de los cuidados en los hogares y las necesidades de apoyo para desarrollar con eficacia esas tareas: “El envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia, debido a que las personas mayores experimentan con frecuencia deterioro de sus condiciones de salud y debilitamiento de sus redes sociales por pérdida de pareja, amigos y parientes” (Huenchuan, 2011:163).

El envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas y las malas condiciones de salud en la vejez traen consigo un aumento de la proporción de personas dependientes que está teniendo lugar al mismo tiempo que se reduce el número de personas por hogar y, paralelamente, se incrementa la proporción de mujeres insertas en el mercado de trabajo. Todo esto hace que surjan nuevos desafíos para subsanar la brecha entre la presión potencial de la demanda y la oferta existente de cuidados de larga duración. Por ello, los Estados latinoamericanos deben prepararse y tomar con celeridad medidas contundentes (Harper *et al.*, 2014), tal como recomienda la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina (CEPAL, 2018), que calcula que la cantidad de personas de 60 años y más en ALC se duplicará en 2030, cuando este grupo represente 16,7% del total poblacional. Este cambio demográfico supone actualizar, reorganizar y coordinar una oferta pública diferenciada de servicios sociales y sociosanitarios (Durán Heras, 2012; Fast *et al.*, 2020) que responda al nuevo perfil etario y epidemiológico de la población.

Para afrontar esta nueva realidad, es preciso conocer el camino que han recorrido otras sociedades que han pasado por contingencias similares y así tener una referencia de los mecanismos y políticas públicas desarrolladas para responder a las necesidades sobrevenidas de cuidados y apoyos. La experiencia internacional anticipa que las políticas de cuidados de larga duración requieren de servicios sociales organizados y articulados que, además de salud, incluyan una amplia gama de otros apoyos (ONU, 2018:76).

Este reto implica no solo repensar el contrato social de solidaridad intergeneracional (Cháves, 2014) sino, también, la actualización, adaptación y creación de políticas públicas en el ámbito de los servicios sociales y sociosanitarios que permitan complementarse para ayudar a las personas a enfrentar las dificultades generadas por el deterioro de su capacidad funcional a causa de la edad, la aparición de enfermedades crónicas o por discapacidad severa (Scheil-Adlung, 2015). Por ello, deben existir servicios diferenciados pero que se coordinen entre sí (Ibarrarán *et al.*, 2016) y que tengan por objeto proveer apoyos públicos o subsidiados a quienes requieran de otra persona para desarrollar su vida con autonomía, y también apoyar a las personas cuidadoras (Varik *et al.*, 2020).

En la mayoría de los países de ingresos altos con sistemas formales de cuidados de largo plazo, los servicios de cuidado en el hogar y los servicios de apoyo al cuidado en el domicilio están adquiriendo una relevancia creciente dentro de la oferta de asistencia sociosanitaria (Aranco e Ibarrarán, 2020). Las ofertas residenciales son adecuadas solo para cierto tipo de dependencia cuya severidad y complejidad requieren una atención permanente. Sin embargo, dado que las personas prefieren envejecer en su entorno, y cuando la necesidad de asistencia es menor, es mucho más conveniente ofrecer servicios de apoyo en el hogar de origen, lo cual, además, puede resultar más barato que las residencias de larga estadía. Como ha señalado el BID (2019), estas razones justifican que se dé mayor importancia a los servicios de apoyo en el domicilio sobre las residencias y, por lo mismo, se recomienda que la construcción de un sistema de atención a la dependencia empiece por consolidar esta oferta².

Las denominaciones de este tipo de servicios son variables entre países. Como se verá más adelante, suelen incluir desde los cuidados médicos o de enfermería, pasando por el apoyo al cuidado personal en todo lo que tiene que ver con ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, hasta el nivel de la asistencia personal, que es la forma más intensiva de apoyo al desenvolvimiento funcional de las personas con dependencia.

Para países que, como Costa Rica, han de hacer frente a un avanzado proceso de envejecimiento, se preparan para incluir como pilar de su sistema de bienestar social una red de atención a la dependencia, y se encuentran en proceso de actualización de su oferta de servicios, resulta fundamental entender las particularidades de este tipo de servicios, los beneficios que conllevan y las condiciones bajo las cuales pueden convertirse en un componente fundamental de su sistema de cuidados.

El presente documento ofrece una sección breve de revisión de los principales conceptos que ayudan a situar los servicios de cuidados en el hogar o de apoyo a los cuidados en domicilio, como parte de ese mapa mayor de intervenciones de atención a la dependencia. A continuación, se ofrece una selección breve de casos de la experiencia internacional que muestran diversidad de opciones para el desarrollo de esta oferta de servicios. En el capítulo siguiente se analizan los principales componentes de la actual oferta de programas de la carta costarricense, poniendo énfasis en los servicios de cuidado en el hogar para personas con dependencia. Y, en el capítulo final, se hace una discusión de opciones de política para la expansión y fortalecimiento de los cuidados domiciliarios como alternativa prioritaria para un sistema de cuidados de largo plazo.

² Para más detalles relacionados con la propuesta del BID sobre cómo avanzar en la construcción de sistemas de atención a la dependencia y cuidados de largo plazo, ver: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

El antecedente de este trabajo se encuentra en la serie de publicaciones sobre envejecimiento y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia disponible en la página web del [Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia](#) del BID.

Cuidados formales e informales: distinción básica para el análisis de la oferta de apoyo a los cuidados

La dependencia es un concepto polisémico y multifuncional (Durán-Heras, 2006; Morales y Leandro, 2009). En el marco de este trabajo, se entiende como una condición que hace referencia a cómo la salud, la enfermedad y sus consecuencias, afectan la capacidad de la persona para vivir de manera independiente, es decir, inciden en lo que el individuo puede o no puede hacer (Morales y Leandro, 2009: 51). En términos prácticos, se considera que una persona tiene dependencia funcional cuando no puede realizar actividades necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros y por un periodo prolongado de tiempo; por ende, los servicios de atención a la dependencia se refieren a las actividades que otros emprenden para que las personas con dependencia puedan mantener un nivel de desenvolvimiento funcional adecuado (Cafagna *et al.* 2019).

La terminología utilizada en inglés y en español plantea cierta confusión que va más allá de la traducción literal. En la literatura anglosajona se suele hablar de cuidados de larga duración (*Long-Term care* o LTC), denominación que incluye no sólo los cuidados que en español se refieren a dependencia sino, también, otro tipo de intervenciones. El motivo es que el concepto de LTC se refiere tanto a personas dependientes que reciben *servicios médicos* como a aquellos que perciben *servicios sociales*³.

Los primeros son ofrecidos en instituciones hospitalarias, como son los tratamientos de fin-de-vida y cuidados paliativos, mientras que los segundos se refieren a centros residenciales con alojamiento no hospitalario (centros de mayores, geriátricos, etc.), así como a una gama de servicios que permiten a las personas continuar la vida en sus hogares como, por ejemplo, los servicios de ayuda en el domicilio, los centros de día, la asistencia personal y la teleasistencia, entre otros (Matus-López, 2019:12).

Las expresiones *Long-Term Care* (LTC) en las publicaciones en inglés o “Cuidados de Larga Duración” (CLD), en español, suelen integrar en el mismo concepto prestaciones de carácter sanitario y social. En definitiva, el concepto abarca una serie de servicios médicos, de atención personal y de asistencia cuyo objetivo principal es aliviar el dolor y reducir o controlar el deterioro del estado de salud de las personas con cierto grado de dependencia a largo plazo, apoyándolas en sus actividades personales y ayudándolas a vivir de forma independiente. La asistencia puede consistir en ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como comer, lavarse o vestirse, o mediante el apoyo para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como cocinar, hacer compras y gestionar las finanzas (OCDE, 2019).

Por otra parte, cuando en español se investiga sobre “Servicios de Atención a la Dependencia” se acostumbra a restringirlo a las prestaciones de servicios sociales: “Es decir, son todos aquellos servicios de apoyo para la realización de ABVD que no se ofrecen en hospitales o centros médicos” (Jara-Maleš *et al.*, 2020).

³ Las responsabilidades de la prestación de LTC se dividen comúnmente entre los sistemas de atención de la salud y de bienestar. De esta forma, el sistema de asistencia sanitaria proporciona cuidados de enfermería, servicio de evaluación geriátrica, cuidados paliativos y cuidados de enfermería en casa. Por otra parte, el sistema de bienestar proporciona LTC en instituciones como teleasistencia, centros de día, servicios de guardería, atención domiciliaria y servicios sociales, asistente personal, así como otros servicios sociales (OCDE, 2011). Es importante mencionar que las cuentas de salud también suelen estar organizadas de esa forma a pesar de que muchas veces es difícil hacer esa división.

Como se ha dicho con anterioridad, existen diversas definiciones de lo que se considera dependencia aunque la mayoría coincide en que es un estado personal en el que convergen cuatro condiciones: a) que la persona sobrelleve pérdida y falta de autonomía física, mental, sensorial, psíquica o intelectual; b) que en razón de esa carencia la persona tenga problemas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria como desplazarse, comer y beber, levantarse, acostarse, permanecer de pie y llevar a cabo su aseo personal; c) que exista necesidad de ayuda de terceros para compensar este remanente de autonomía en el desarrollo de estas actividades, y d) que esta necesidad de apoyo sea permanente o necesaria durante un extenso período de tiempo (Rodríguez-Piñero, 2008; Fernández, 2008; OCDE, 2012, Matus-López, 2019; Leinonen, 2020).

El informe sobre la Salud del Mundo (OMS, 2004) y el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud (OMS, 2015) sostienen que las necesidades de cuidados de larga duración crecen en la etapa de la vejez, pues con el alargamiento de la esperanza de vida aumentan las limitaciones funcionales, surgen nuevas discapacidades y contingencias asociadas con la pérdida de autonomía producto de morbilidad así como de enfermedades crónicas (Aranco *et al.*, 2018:17); por tanto, el envejecimiento es la etapa del ciclo vital con más prevalencia de dependencia (Morales y Leandro, 2009).

Las personas dependientes son “(...) quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria” (Huenchuan, 2011:164). Es decir, la dependencia es aquella convergencia de la sumatoria aleatorizada de, como mínimo, dos factores: a) una o más limitaciones en la autonomía del individuo, que le impide(n) realizar al menos una determinada actividad básica de la vida diaria por sí mismo; y, b) la necesidad de apoyos y atenciones externos de manera prolongada en el tiempo por parte de otras personas, o de ayudas importantes para realizar las ABVD o para lograr un grado satisfactorio de autonomía en el seno de la comunidad; es decir, la necesidad de depender de otra persona para realizar actividades básicas que de otra forma no podrían realizarse (Quejereta, 2004; Pérez Bueno, 2010; OCDE, 2019).

En la legislación internacional también varía la forma en que se define la dependencia. Por ejemplo, en España la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia define en su artículo 2 la dependencia como⁴:

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

En Uruguay, en cambio, la definición es más acotada. La Ley N° 19.353, del 8 de diciembre de 2015, de creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados define en su artículo 3 inciso D) la dependencia como:

“... el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria”.

⁴ El Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) de España trabaja con tres categorías: (i) la dependencia moderada, en la que las necesidades de apoyo son limitadas y ocasionales; (ii) la dependencia severa, donde hay necesidades de apoyo extenso para lograr autonomía personal, pero no requiere apoyo permanente y, (iii) la gran dependencia, donde la necesidad de apoyo es generalizada o resulta indispensable (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2016).

La dependencia trae implícitos dos conceptos relevantes, los apoyos y los cuidados. En su acepción más amplia estos últimos corresponden a las acciones sociales que procuran garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia (Huenchuan, 2011:164). Por su parte, los apoyos son estrategias y recursos que se movilizan tanto para contribuir al bienestar de una persona como para propiciar su funcionamiento individual. Aunque la complejidad de la dependencia puede implicar que mientras más severa sea la condición, mayor será la necesidad de contar con cuidados y con apoyos simultáneamente, los primeros tienen más que ver con la dimensión relacional de la asistencia y la capacidad de proveer los satisfactores que las personas requieren, mientras que los segundos ponen más énfasis en la dimensión material de la ayuda. Sin embargo, la referencia a los cuidados suele incluir ambos aspectos.

La mayoría de los cuidados a personas dependientes son realizados de forma voluntaria no remunerada⁵. Aunque en ocasiones el Estado brinda algunos recursos económicos en reconocimiento a este servicio, ese importe no constituye un salario ni existe un contrato de trabajo, y es realizado generalmente por una persona co-residente, un familiar cercano o una persona colaboradora de la comunidad.

“...un requisito fundamental para considerarlo informal es que no está retribuido de la misma manera que un servicio comprado en el mercado, aunque esto no exime que el cuidador informal pueda recibir transferencias⁶ de renta condicionadas por sus cuidados e incluso algunos pagos informales de la persona a la que atiende, así por el contrario el cuidado formal es considerado aquel que está prestado por un profesional a cambio de una retribución” (Gálvez *et al.*, 2013:37).

De esta forma, los cuidados suelen categorizarse en dos grandes tipologías: se les denomina *informales* cuando se realizan en el entorno familiar y existe una relación de parentesco o amistad entre la persona que lo ejerce y la que lo recibe; además, comúnmente no existe capacitación profesional en cuidados y apoyos, tampoco contrato laboral o convenio mercantil, ni retribución salarial, por lo que son ajenos tanto al mercado de servicios de atención a la dependencia como a cualquier tipo de organización mínima en el tercer sector (Van Houtven *et al.*, 2004; Yoo *et al.*, 2004; Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, 2008; Batthyány, 2015; Vandepitte *et al.*, 2019; Verbeek-Oudijk *et al.*, 2019; Varik *et al.*, 2020). Por consiguiente, los cuidados informales son aquellos “prestados por familiares, voluntarios o amigos no profesionales, y se realizan sobre la base de la solidaridad, es decir, se realizan de manera no remunerada. Se incluyen los que proporcionan cotidianamente los familiares convivientes” (Gascón y Redondo, 2014:19).

Por otra parte, se trata de cuidados formales cuando se llevan a cabo fuera del hogar del cuidador; no existe relación de parentesco; el cuidador está inserto en el mercado de los servicios de atención a la dependencia y, por lo tanto, está integrado en la red de servicios del sistema; existe un convenio de trabajo por la prestación de sus servicios; existe capacitación previa, y se recibe remuneración económica por el trabajo de los cuidados y apoyos (Barefoot *et al.*, 2005; González y Carrero, 2009; Doubova *et al.*, 2010; Caspar *et al.*, 2020). En síntesis, la diferencia radica en si el cuidado se realiza o no dentro de la

⁵Aunque los cuidadores informales trabajan en su mayoría sin remuneración, la prestación de cuidados puede tener un cierto costo. En particular, es una actividad que consume tiempo, es mentalmente estresante y físicamente agotadora, lo que puede afectar negativamente a la trayectoria y a la salud del cuidador principal (Bauer y Sousa-Poza, 2015).

⁶Sobre estas transferencias es fundamental señalar que, por lo general, se hacen a la persona dependiente, quien las emplea para reconocer un importe económico para su cuidador(a) informal. Sin embargo, este incentivo no constituye un salario.

familia o sus vínculos más directos y si se trata o no de una tarea remunerada (Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, 2008, OITb, 2017).

Los cuidados formales comprenden aquellos que son ofrecidos por el mercado y el Estado. Incluyen a los trabajadores formales que prestan servicios de CLD en el hogar o en instituciones (que no sean hospitales) y a quienes no están cualificados o certificados como personal de enfermería (Razavi, 2007 y 2012; OCDE, 2019; Fast *et al.*, 2020; Caspar *et al.*, 2020). Bidegain y Calderón (2018) agregan otra característica distintiva entre ambas formas de cuidados: los cuidados formales están cubiertos y amparados en legislación laboral⁷, los informales no.

Otra dimensión que suele asociarse al cuidado formal es el nivel de cualificación del cuidado según el entrenamiento de la persona cuidadora. Sin embargo, existen iniciativas que apoyan a la mejora de los cuidados en el hogar brindando espacios de información, orientación y entrenamiento en cuidados básicos. Buscan facilitar el desempeño de la persona cuidadora y mejorar la calidad de los cuidados que prodiga a la persona dependiente, en especial si se trata de cuidados complejos como asistencia a personas con comorbilidades, personas de edad muy avanzada y con dependencia severa, o personas con demencia. Sin embargo, estos siguen clasificados en el esquema de cuidados informales y la cualificación formal se asocia a la existencia de una curricular y una certificación para el desempeño remunerado del oficio de cuidador, sea como auxiliar o como asistente personal (Gori *et al.*, 2016; Keating *et al.*, 2019; Fast *et al.*, 2020; Varik *et al.*, 2020).

Abundando en la cualificación de la persona cuidadora, González-Rodríguez señala que:

“Dadas sus características complejas y que exigen una formación específica importante, es recomendable que los profesionales que realizan funciones de asistencia personal estén debidamente capacitados. En línea con lo mentado por Matus-López (2015), el no control sobre la cualificación del profesional puede suponer una asistencia de baja calidad, llegando incluso a tener consecuencias para ambas partes” (González-Rodríguez, *et al.*, 2019: 177).

El apoyo a los cuidados familiares y el cuidado en el domicilio: algunas aplicaciones en la experiencia internacional

Los servicios de apoyo a los cuidados en el domicilio forman parte del repertorio de opciones que ofrecen los sistemas de atención a la dependencia en el mundo. Este tipo de servicios es especialmente importante por tres razones: (i) respetan la preferencia de las personas por permanecer en el domicilio frente a la alternativa de la institucionalización; (ii) representan una opción de menor costo para los sistemas en comparación con las ofertas residenciales, y (iii) ofrecen la oportunidad de prevenir deterioro de las capacidades funcionales y de desarrollar la autonomía de las personas que, con ciertos apoyos, pueden recuperar de manera efectiva niveles importantes de funcionalidad⁸.

⁷ Es decir, con una obligación contractual formal y/o declarados ante los sistemas de seguridad social como cuidadores contratados por el receptor de la atención, o por la persona/agencia que representa al receptor de la atención, y/o por los servicios públicos de atención y las empresas privadas de servicios de atención, para que presten los servicios a la persona que necesita cuidados y apoyos (OCDE, 2019).

⁸ Para saber más sobre estas modalidades de apoyo a los cuidados, se recomienda consultar la nota del BID sobre servicios de apoyo a la dependencia en el domicilio en el mundo, donde se ofrecen varios ejemplos de interés,

En esta sección se han seleccionado algunos casos que ilustran el rol que los servicios de cuidados domiciliarios ocupan en los sistemas de atención a la dependencia. Tiene el doble objetivo de mostrar la diversidad de opciones que encierra el concepto de apoyo a los cuidados en el hogar, así como las alternativas de combinación de esas intervenciones con otras herramientas de política relacionadas con atención a la dependencia.

El caso australiano

En Australia, gran parte de los cuidados y apoyos son proporcionados informalmente por la familia, pero están tomando cada vez más la forma de cuidado formal dirigido para personas adultas mayores (Chomik y MacLennan, 2014) debido a que, como en casi todo el mundo, la demanda de cuidadores está creciendo. En Australia se requieren 4,4 cuidadores formales por cada 83,3 informales (Huenchuan, 2018).

En el año 2016 Australia se encontraba por encima de la media de los países de la OCDE en cuanto a la cantidad de personas mayores que recibía algún LTC en su domicilio (14%) o en un hogar de larga estancia (7%), superando en este apartado a países como Canadá, Bélgica, Francia y Alemania (Muir, 2017).

En el período 2017-18, el Gobierno de Australia subvencionó los servicios de atención a las personas mayores para alrededor de 1,3 millones de personas. La mayoría de ellos (1,2 millones) recibieron servicios a través de los tres principales programas: apoyo en el hogar, atención en el hogar o atención residencial. Se estima que para el período 2020-21 alrededor de 1,5 millones de personas tendrán acceso a la atención de los mayores (ACFA, 2019).

En Australia, esta gama de servicios está restringida únicamente a las personas adultas mayores. Por ello, se le denomina *Aged Care* (cuidado a mayores) en vez de *Long-Term Care* o servicios sociales. Sin embargo, al igual que en otras partes, en Australia el cuidado a largo plazo y la atención social incluyen la asistencia para actividades instrumentales de la vida diaria (como la limpieza y las compras); para actividades de la vida diaria o para el cuidado personal (como comer, ducharse, vestirse e ir al baño) y, por lo general, también incluye la atención médica. Estos servicios pueden prestarse en el hogar, en entornos de corta duración (como instalaciones de descanso) o en hogares de atención residencial permanente, aunque las preferencias de las personas por la atención domiciliaria y la mayor posibilidad de elección y control están aumentando, al igual que ocurre en otros países (Roberts, 2017).

El marco legal que rige este sistema es la Ley de atención a las personas de edad y el responsable de su aplicación es el Departamento de Salud del Gobierno de Australia (Chomik y MacLennan, 2014).

El sistema de atención a las personas mayores atiende a los australianos de 65 años o más (y a los australianos indígenas de 50 años o más) que ya no pueden vivir sin apoyos. La atención se presta en los hogares de las personas, en la comunidad y en centros de atención a la tercera edad (hogares de ancianos) por una amplia variedad de proveedores. El gobierno es el principal financiador y regulador del sistema. El gasto total del gobierno

incluyendo una actualizada revisión de este tipo de servicios en América Latina y el Caribe, y un resumen de evidencia sobre los beneficios asociados a este tipo de intervenciones (Aranco, 2020).

para la atención de las personas dadas de alta en *Aged Care* fue de alrededor de 18.400 millones de dólares en el periodo 2017-18, aportando aproximadamente el 95% del total de esta financiación (Grove, 2019).

Así, el Gobierno de la *Commonwealth* de Australia se encarga de la financiación y la reglamentación de los cuidados de larga duración, aunque los tres niveles de gobierno están involucrados. Por su parte, para acceder al *Aged Care* se debe tener 65⁹ años o más (50 años o más para los aborígenes o los isleños del Estrecho de Torres) o, en el caso de bajos ingresos, estar sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar, tener 50 años o más (45 años o más para los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres).

Los cuidados y apoyos se entregan a través de cuatro programas: a) Programa de Apoyo al Hogar de la *Commonwealth*; b) Programa de Paquetes de Cuidado en Casa; c) cuidado residencial de personas mayores¹⁰, y d) cuidado flexible¹¹. A continuación, se detallan las modalidades de apoyo a los cuidados en el domicilio según el *Informe sobre el funcionamiento de la Ley de Cuidado a las Personas Mayores de 1997*, del Departamento de Salud (2019):

Programa de Apoyo en el Hogar de la *Commonwealth* (CHSP, por sus siglas en inglés): proporciona apoyo a las personas mayores que son capaces de seguir viviendo en casa, con servicios de respiro para las personas cuidadoras. Los servicios incluyen apoyo social, transporte, asistencia con las tareas domésticas, mantenimiento del hogar, centro de atención diurna, adaptación del hogar y preparación de alimentos.

Quienes quieran optar al CHSP deben solicitar la valoración con alguno de los proveedores privados. Los proveedores¹² de CHSP reciben financiación a través de subvenciones del Gobierno de la *Commonwealth*, aunque los beneficiarios también pueden contribuir al costo de la atención. Los servicios están subvencionados por el Gobierno de Australia y los costos para los consumidores están sujetos a la comprobación de los medios de vida y a los límites anuales y de por vida.

Los clientes que económicamente puedan hacerlo pagan una contribución (que varía entre los proveedores) para el costo de los servicios. Los proveedores reciben financiación del Gobierno australiano mediante acuerdos de subvención. El CHSP proporciona pequeñas cantidades de apoyo a un gran número de personas. En promedio, cada cliente recibió servicios por valor de alrededor de 2.600 dólares en 2016-17 (Grove, 2019).

Programa de Paquetes de Cuidado en Casa (HCP, por sus siglas en inglés): este programa está enfocado en aquellas personas mayores con una dependencia más severa

⁹ La edad media de entrada a un programa de paquetes de cuidado en casa es de 80 años para los hombres y 81 para las mujeres. Para los hogares de larga estancia la edad promedio de entrada es de 82 años para los hombres y 85 para las mujeres (Grove, 2019).

¹⁰ Según los datos de la OCDE (2019), Australia es el país con mayor proporción de población de mayores de 80 años que reciben LTC residencial en comparación con otros países de renta similar como Suiza, Suecia, Dinamarca y Canadá. Un 19,7% de los australianos mayores de 80 años habita en un hogar de larga estancia.

¹¹ Hay cinco modelos de atención flexible (*Transition Care* o Cuidado de transición, *Short-Term Restorative Care* o Cuidado restaurativo de corto plazo, *Multi-Purpose Services* o Servicios multi-propósito, *Innovative Care* o Cuidado innovador y *National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Program* o Programa nacional de cuidado flexible para ancianos y aborígenes e isleños del estrecho de Torres) que responden a las diferentes necesidades de cuidados de los mayores, que se extienden más allá de los que se proporcionan en las residencias y en los hogares. Estos servicios todavía apoyan a los mayores para que sigan en su casa, llevando una vida activa e independiente. Al 30 de junio de 2019, están registrados 9,644 sitios de *flexible care* operando. En el período 2018–19, el Gobierno australiano invirtió en las 5 aristas de este programa \$516 millones de dólares.

¹² El gobierno australiano paga el subsidio directamente a un proveedor, no a la persona dependiente.

y que requieren de más ayuda para permanecer en casa. Los servicios sociales de apoyos se ajustan según la dependencia de la persona para permitirle permanecer en casa. Esta asistencia se puede complementar con servicios de enfermería o médicos cuando sean requeridos (ROACA, 2019).

Por ello, quienes necesiten acceder a esta prestación, son valorados entre cuatro posibles niveles¹³, según la severidad de su dependencia, que van desde el nivel 1 (apoyo a las personas con necesidades de atención básica) al nivel 4 (apoyo a las personas con grandes necesidades de atención). Los subsidios anuales del Gobierno de Australia (Dyer *et al.*, 2019) oscilan entre alrededor de \$8.250 dólares para un paquete de nivel 1, y alrededor de \$50.250 dólares para un paquete de nivel 4. Adicionalmente puede haber copago de suplementos dependiendo de las circunstancias del usuario¹⁴. De los tres programas principales (ver tabla 1) el HCP es el que alcanza menor cobertura.

Tabla 1. Cobertura de programas del Aged Care de Australia, para el período 2013-2018

	2013-14	2015-16	2017-18
Programa de Apoyo al Hogar de la Commonwealth	775.959	925.432 ¹⁵	847.534
Programa de Paquetes de Cuidado en Casa	83.144	88.875	116.843
Hogares de larga estancia	23.,515	234.931	241.723

Elaboración propia con datos de Aged Care Financing Authority ACFA (2019).

Aunque dos terceras partes del total de las prestaciones del *Aged Care* sean brindadas en la oferta del Programa de Apoyo al Hogar de la Commonwealth, el 66% (\$13 billones) del total (\$19,9 billones) del presupuesto, es consumido por el programa de hogares de larga estancia.

El caso danés

Dinamarca tiene quizás el sistema de LTC más universal del mundo (Paul *et al.*, 2017; OCDE, 2019; EC, 2019). En la Unión Europea, el 53% de los dependientes reciben servicios formales de CLD en especie o beneficios en efectivo para CLD. Esta proporción es un 62% más alta en Dinamarca, que tiene una de las mayores tasas de cobertura en la Unión Europea (EC, 2016). En total, el 2,8% de la población (a partir de 15 años) recibe prestaciones formales de CLD en especie o en transferencias monetarias (EC, 2019).

¹³ El Nivel 1 corresponde a apoyo en necesidades básicas; el Nivel 2 es para apoyar a personas con pocas necesidades; el Nivel 3 es para apoyar a personas con necesidades intermedias, y el Nivel 4 es para apoyar a personas con altas necesidades.

¹⁴ Se espera que los usuarios contribuyan al costo de su cuidado. A toda persona que reciba un HCP se le puede pedir que pague la tarifa básica diaria del 17,5% de la pensión básica para solteros. También se puede pedir a los pensionistas parciales y a los jubilados autofinanciados que paguen una cuota de la atención de acuerdo con la comprobación de sus ingresos.

¹⁵ Si bien se evidencia que el programa de paquetes de cuidado en casa es el que da cobertura a un menor número de personas, los datos del Departamento de Salud muestran que a diciembre de 2018 había un total de 127.748 personas esperando un paquete. Esto supone un aumento de aproximadamente 6.000 solicitantes en los seis meses previos. En los tres meses anteriores se aprobaron 26.220 servicios de atención domiciliaria, de los cuales el 56% correspondió a paquetes de nivel superior (3 y 4) (ACFA, 2019).

Los principios generales del sistema están determinados por el gobierno central, mientras que las autoridades locales son las responsables de la asignación de recursos y la prestación de servicios de cuidado. Los municipios adoptan y prestan la mayor parte de los servicios (instalaciones de atención institucional o viviendas especiales, atención domiciliaria, promoción de la salud, cuidados en casa y cuidados de larga duración no especializados, prevención de enfermedades y rehabilitación, entre otras); esto supone que existen 98 versiones (una por cada municipalidad) del sistema danés de cuidados de larga duración (Kvist, 2018; EC, 2019).

Los municipios suelen recurrir a la competencia con precios fijos para la licitación de la atención domiciliaria. Asimismo, están autorizados para contratar cualquier proveedor privado con ánimo de lucro que cumpla con los requisitos de calidad y precio¹⁶. Los proveedores públicos pueden no tener aforo u oferta disponible, mientras que a los privados con ánimo de lucro no se les permite que nieguen la atención a ningún individuo (Vrangbæk, 2016). La legislación reciente permite a los proveedores privados de cuidados en el hogar competir en precio y, aunque los municipios ya no están obligados a contratar con todos los licitadores que cumplan con las especificaciones mínimas de la licitación, deben contratar al menos a dos de esos proveedores. Pese a existir un acuerdo sobre la regulación y el control general de las condiciones económicas que impulsan las políticas locales, la mayoría de los proveedores de cuidados son públicos y, aproximadamente, el 14% de las instalaciones son de propiedad privada (Dyer *et al.*, 2019). La atención residencial y de enfermería también puede incluirse en estos acuerdos de licitación y contratación. La prestación económica por cuidados en el entorno familiar es una pequeña parte de este modelo¹⁷ (Bertelsen y Rostgaard, 2013; Gori *et al.*, 2016; Paul *et al.*, 2017; OCDE, 2019).

Desde el último decenio del siglo anterior, la asistencia a domicilio, más que la asistencia residencial, es una prioridad de política en Dinamarca, donde relativamente menos personas de edad viven en instituciones que en cualquier otro país de la Unión Europea. No se han construido nuevos asilos desde 1987, y en su lugar se ha construido una amplia gama de viviendas para personas mayores (Paul *et al.*, 2017).

Toda persona que resida legalmente en Dinamarca tiene derecho a recibir asistencia en virtud de la Ley consolidada de servicios sociales. La elegibilidad se basa en una evaluación de las necesidades que realiza la autoridad local. No se pide un umbral de dependencia mínima, ni para las prestaciones en especie ni para las transferencias monetarias (EC, 2016:323). Por ello, todas las personas tienen derecho a servicios de atención personal y asistencia con las obligaciones prácticas, independientemente de la edad, los ingresos o el patrimonio (Schulz, 2010). Después de la evaluación individual, si se consigna falta de autonomía para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, es posible recibir una prestación en especie o en efectivo para pagar por la modalidad que se ajuste a su dependencia (EC, 2019).

El contenido prestacional del sistema danés de cuidados de larga duración se divide en 5 grandes prestaciones (OCDE, 2011; Karlsson *et al.*, 2012; EC, 2016; Vrangbæk, 2016; Kvist, 2018), de las cuales cuatro corresponden a los cuidados en domicilio:

¹⁶ Aunque en los municipios existe oferta pública y privada para las diferentes alternativas de atención institucional, más del 90% de las instituciones de atención residencial (hogares de ancianos) siguen siendo públicas (Vrangbæk, 2016).

¹⁷ En comparación con otros países, los cuidadores informales en Dinamarca tienen un papel relativamente menor en el sistema de atención. Según los datos de SHARE, el 8,3% de la población proporciona ayuda para la realización de actividades de la vida diaria como cuidadores informales, lo que constituye uno de los niveles más bajos entre los países de la OCDE y de otros países seleccionados de la UE (OCDE, 2011).

i. Medidas preventivas¹⁸: Dependiendo de su edad y situación de vida, a las personas mayores se les realiza una visita preventiva que se centra en sus recursos y desafíos funcionales, psicológicos, médicos y sociales. Son visitadas todas las personas mayores de 75 años, así como las personas de 65 a 79 años que se encuentren en un grupo especial de riesgo porque, por ejemplo, hayan perdido a su cónyuge, estén aisladas o hayan sido dadas de alta del hospital.

ii. Rehabilitación¹⁹: Se ofrece para aliviar la reducción de la función física causada por la enfermedad, y busca la capacitación para preservar habilidades o prevenir su pérdida o deterioro. Los objetivos del programa de rehabilitación se establecen conjuntamente por el municipio y los mayores y su oferta considera entrenamiento físico, revisión de la medicación, intervención nutricional, capacitación para el desempeño funcional de actividades de la vida diaria, ayudas físicas y cambios de entorno, así como medidas para hacer frente a la soledad.

iii. Asistencia a domicilio²⁰: En 2018, el 43,7% de los mayores estaba cubierto por alguna modalidad de esta prestación, mientras que el 35,6% recibía cuidados y apoyos de manera permanente en su domicilio (Statistics Denmark, 2018). Esta es una parte central del modelo danés de cuidados y se centra en el cuidado personal, la ayuda práctica, el apoyo, y los servicios de alimentación. El cuidado personal consiste en ayudar a mantener la higiene personal, vestirse, levantarse de la cama y comer. La ayuda práctica cubre la limpieza, el lavado y las compras. Se les brinda a las personas que no pueden realizar estas actividades por sí mismas. La cuantía de la ayuda a domicilio la decide inicialmente un trabajador municipal tras una visita domiciliar y, posteriormente, recibe información del resultado del programa de rehabilitación. Aunque los municipios tienen prácticas diferentes, muchos de ellos diferencian entre cinco niveles de funcionalidad, dando derecho a cantidades y tipos variables de ayuda a domicilio.

iv. Asistencia personal y servicios de alimentación: son prestaciones complementarias a los servicios de alimentación en el domicilio de las personas dependientes, o en el hogar de larga estancia. En 2018 se contabilizó que el 10,5% de las personas mayores tenía asignado un asistente personal (Statistics Denmark, 2018).

v. Cash-for-care: las personas cuidadoras informales pueden solicitar una compensación por los salarios perdidos (subsidio por cuidados). El municipio puede aprobar el pago de la asignación de cuidados tras la evaluación médica del receptor de los cuidados y decidir que debe ser atendido en su casa. Además, las autoridades locales ofrecen servicios de atención sustitutiva o de relevo al cónyuge, padre o madre u otro pariente cercano que cuida de la persona dependiente (servicio de respiro familiar). Estos servicios pueden concederse desde unas pocas horas hasta a tiempo

¹⁸Todas las personas mayores de 75 años y las mayores de 65 que se encuentran en situación de vulnerabilidad reciben visitas preventivas que evalúan su capacidad funcional y su estado de salud físico, emocional y mental, y se les ofrece participar en actividades que tienen la finalidad de promover el envejecimiento activo, como actividad física, talleres o charlas educativas (Aranco e Ibararán, 2020).

¹⁹ Se imponen sanciones financieras a los municipios (que son quienes se encargan de la prestación de servicios de rehabilitación y de largo plazo en la comunidad) por cada día que un paciente pasa en el hospital después de estar listo para ser dado de alta (OCDE, 2019).

²⁰ La asistencia en el domicilio se puede conceder como asistencia temporal o permanente. La asistencia temporal puede ser de pago (gratuita solo para las personas con los ingresos más bajos), pero la asistencia personal y funcional permanente es gratuita. No obstante, los ayuntamientos pueden cobrar por los gastos que no sean de personal, por ejemplo, monedas de lavandería o arreglos de comidas. (Aranco e Ibararán, 2020).

completo, según las necesidades y preferencias de la persona cuidadora y la persona dependiente.

En 2016, entre las personas mayores de 65 años cubiertas por las prestaciones principales del sistema el 8,4% recibía visita domiciliaria preventiva, el 1% recibía rehabilitación, el 13,1% recibía cuidados en su domicilio y el 7.2% residía en un hogar de larga estancia (Kvist, 2018).

En cuanto al financiamiento²¹, en el sistema danés no existe el co-pago. La mayor parte del sistema está organizado y financiado a nivel local, y los servicios se pagan mediante impuestos locales y subvenciones brindadas por el gobierno central (Schultz, 2010).

El caso español

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia crea en España el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este sistema tiene como aspiración contribuir a la promoción de la autonomía personal de las personas dependientes a través de la red de servicios del SAAD, conformada por los centros y servicios públicos, concertados y privados bajo la dirección de los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas (CCAA).

El catálogo del SAAD incluye 3 prestaciones que ofrecen distintas opciones de apoyo a la realización de las actividades de la vida diaria para las personas beneficiarias del sistema y que residen en sus hogares: 1) el servicio de ayuda a domicilio; 2) la prestación económica de asistencia personal, y 3) la prestación económica de cuidados familiares (González-Rodríguez *et al.*, 2019).

Para el cumplimiento de estos objetivos, el artículo 11 de esta Ley delega en las CCAA un papel fundamental al atribuirles la planificación, la ordenación y la coordinación, en el ámbito de su territorio, de los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, así como la gestión de los recursos necesarios para ello.

Para conocer con mayor detalle el funcionamiento operativo de las prestaciones desarrolladas por cuidadores formales e informales para la atención en domicilio de las personas dependientes, vale la pena revisar el caso de Madrid, por ser la capital y la ciudad más populosa del país; el de Andalucía, por ser la CCAA con mayor población, y el del País Vasco, por ser la CCAA que tiene más asistentes personales asignados.

Comunidad de Madrid

Con la entrada en vigor del Decreto 54/2015, de 21 de mayo, se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid. Ahí se establecen cuáles son las prestaciones del Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid (Tabla 2), agrupadas en siete tipos de servicios, como se detalla a continuación:

²¹ En 2017, Dinamarca gastó el 10,1% de su PIB en salud, por encima de la media de la UE (9,8%), pero un porcentaje menor al de otros países nórdicos, como Suecia y Noruega. El sistema de cuidados de larga duración utilizó una cuarta parte del gasto en salud (2,5% del PIB), casi el doble de la media de la UE (OCDE, 2019; EC, 2019).

Tabla 2. Oferta de servicios de atención a la dependencia de la Comunidad de Madrid

1.	Servicios de prevención de las situaciones de dependencia.
2.	Servicios de promoción de la autonomía personal: a) Rehabilitación y terapia ocupacional. b) Atención temprana. c) Estimulación cognitiva. d) Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional. e) Rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. f) Apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas).
3.	Servicio de Teleasistencia domiciliaria.
4.	Servicio de Ayuda a Domicilio, intensivo o no intensivo, en dos modalidades: a) Atención personal. b) Tareas domésticas.
5.	Servicios de Atención Diurna/Atención Nocturna: a) Centros de atención diurna para personas mayores de sesenta y cinco años. b) Centros de atención diurna para menores de sesenta y cinco años. c) Centros de atención diurna especializada. d) Centros de atención nocturna.
6.	Servicio de Atención Residencial para personas en situación de dependencia: a) Residencias para personas mayores. b) Residencias para personas con discapacidad.
7.	Otros servicios prestados en Centros de Atención a Personas en Situación de Dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad, así como los prestados en Centros de Atención a Personas en Situación de Dependencia en el ámbito sociosanitario o socioeducativo.

Fuente: elaboración propia con base en Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid.

Aunque el espíritu de la ley y la lógica de funcionamiento del sistema privilegian la concesión directa de los servicios, existen también tres tipos de prestaciones económicas destinadas a permitir que la persona en situación de dependencia adquiera esos servicios en el mercado cuando, aun estando considerado en el Programa Individual de Atención²² de la persona, no se cuenta con plazas disponibles en la red y, por tanto, pueden ser adquiridos directamente en una entidad o centro acreditado para tal efecto. Estas transferencias consisten en: (i) prestación económica para cubrir el coste de un servicio del catálogo pero prestado por un centro o entidad privada, cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado; (ii) prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) y apoyo a cuidadores no profesionales, para contribuir a los gastos derivados de la atención a la persona en situación de dependencia en su domicilio, y (iii) prestación económica de asistencia personal (PEAP), que busca que quien la recibe pueda contratar a otra persona como asistente, principalmente para facilitarle el acceso a la educación y al trabajo así como el desempeño funcional de actividades básicas de la vida diaria.

A nivel estatal, el Servicio de Ayuda a Domicilio se define como el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el lugar de residencia de las personas dependientes y son prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función. Pueden consistir en: a) servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria,

²²El Programa Individual de Atención (PIA) es la resolución final del procedimiento, donde se resuelve la modalidad (en forma de servicio o prestación económica) que mejor puede responder a las necesidades de la persona dependiente a partir del grado y nivel de dependencia obtenido de la aplicación del baremo.

y b) servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar (limpieza, lavado, cocina u otros).

El Servicio de Ayuda a Domicilio en la CCAA de Madrid se cataloga en intensivo o no intensivo dando origen a dos modalidades: a) atención personal, consistente en apoyo para higiene personal, movilización dentro del hogar, ayuda en la toma de medicamentos, ayuda en la ingesta de alimentos, acompañamientos puntuales fuera del hogar, recogida y gestión de recetas o documentos, y b) apoyo en labores domésticas, como limpieza o ayuda en la limpieza cotidiana de la vivienda, lavado, planchado y organización de la ropa dentro del hogar, adquisición de alimentos y otros productos básicos a cuenta del usuario, preparación de comidas y tareas de mantenimiento básico de utensilios domésticos (Servicios Sociales de Madrid, 2020).

Lo importante es que, a pesar de sus similitudes, las tres prestaciones (servicios de ayuda a domicilio, prestación económica por cuidados familiares y prestación económica de asistente personal) son distintas y obedecen a necesidades de cuidado diferentes. Así, el asistente personal suele estar asignado a personas con mayor grado de dependencia, el cuidado en domicilio a quienes no vivan con dependencia severa, y la PECEF tiene un carácter excepcional para que, en ausencia de oferta de servicios, alguna persona en la familia reciba un importe por los cuidados y apoyos que realiza.

Una vez que se aplica el baremo de valoración de la dependencia (BVD) y, en función de que se determine que la persona valorada es dependiente, se procede a elaborar el Programa Individual de Atención (PIA) por medio del cual se resuelve la modalidad de intervención más adecuada para la atención de la persona, ya sea un servicio o una prestación económica, según las necesidades y grados de dependencia con que haya sido dictaminado por el BVD (García-Antón, 2011). Esto incluye la determinación de la transferencia que resulta más adecuada según la severidad de la dependencia y la necesidad de apoyo detectada.

Las prestaciones económicas varían en su cuantía²³ según el grado de dependencia (entre más severa es la dependencia, más horas de PECEF o PEAP son asignadas) y así se refleja en la concesión del PIA. Para febrero 2020 los importes máximos y mínimos fueron los que se reflejan en la tabla 3:

Tabla 3. Diferencias en cuantías entre las prestaciones económicas por cuidados familiares y asistente personal en la Comunidad de Madrid

Montos de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF)			Montos de la Prestación Económica de Asistencia Personal (PAEP)	
Grado	Máxima euros/mes	Mínima euros/mes	Máxima euros/mes	Mínima euros/mes
III	387,64	290,73	715,07	429,04
II	268,79	201,59	426,12	300,00
I	153,00	153,00	300,00	300,00

Elaboración propia con base en la página web de la Comunidad de Madrid (2020).

País Vasco (Euskadi)

El Gobierno Vasco dispone en su área de Servicios Sociales de 16 prestaciones (combinando servicios y prestaciones económicas) que se ofrecen a las personas

²³ Las condiciones y la cuantía económica son periódicamente acordadas por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto.

dependientes y a sus cuidadores. El Servicio de Ayuda a Domicilio se define como aquel apoyo a la persona en situación de dependencia, o en riesgo de dependencia, que le permite permanecer en su domicilio, al contar con ayuda doméstica y asistencia personal. El objetivo de esta prestación es mantener o mejorar la autonomía personal, prevenir el deterioro y compensar la pérdida de autonomía de las personas usuarias, prestándoles ayuda parcial o total para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Busca, además, contribuir a la permanencia de la persona en su domicilio el mayor tiempo posible, con un nivel de calidad de vida aceptable, retrasando o evitando el ingreso en un servicio de alojamiento o centro residencial.

Adicionalmente, este servicio ofrece apoyo a las personas cuidadoras que constituyen la red sociofamiliar de la persona dependiente, con el fin de permitir la liberación parcial de su tarea de cuidados, incluso mediante la substitución ocasional de la persona cuidadora principal a manera de respiro.

En lo referente a la Prestación Económica de Asistente Personal, el País Vasco y, en particular, la diputación Foral de Gipuzkoa, es un caso *sui generis* y ejemplarizante para toda España ya que esta prestación se ha desarrollado ampliamente y sus solicitudes suponen el 15% de las de todas las prestaciones económicas de dependencia en vigor. En el resto de las comunidades autónomas de España, en cambio, el desarrollo de esta ayuda ha sido escaso hasta el punto de que más del 85% de las prestaciones económicas de asistencia personal de todo el Estado corresponden a Gipuzkoa.

En cuanto al procedimiento, la transferencia se realiza directamente a la persona dependiente, quien a su vez paga a su asistente personal o a la empresa contratada. Y la asignación del asistente personal se hace una vez que la valoración haya sido realizada y siempre que así lo exprese el programa de atención individualizada. Para ser contratado, el asistente personal debe estar formalmente vinculado al mercado de trabajo por medio de un contrato legal y con alta en la Seguridad Social, o bien a través de una empresa de servicios de asistencia personal. El objetivo de esta prestación es idéntico al de Madrid, sin embargo, establece condiciones específicas (Tabla 4) que debe cumplir la persona que se encarga de brindar la labor de asistente personal:

Tabla 4. Requisitos para desempeñarse como asistente personal en la diputación Foral de Álava

No ser cónyuge de la persona beneficiaria, o persona unida a ella por relación análoga a la conyugal, ni pariente por consanguinidad, afinidad, adopción, hasta el tercer grado de parentesco, o por acogimiento.
Ser mayor de edad.
Tener residencial legal en el territorio estatal.
Reunir las condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.
Reunir condiciones de cualificación necesarias, en términos de formación, para prestar los servicios de asistencia personal, mediante acreditada titulación técnica y/o certificado de atención sociosanitaria a personas dependientes según corresponda/indique la malla curricular autorizada por el Decreto Foral 39/2014.

Elaboración propia con base en Decreto Foral 39/2014, del Consejo de Diputados de la diputación Foral de Álava.

En relación con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, la modalidad del País Vasco se distingue de la PEAP principalmente por el origen de la persona cuidadora. En este caso, se busca contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia, si quien actúa como cuidadora principal y habitual es una persona de su red sociofamiliar. La Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar contempla en su oferta la supervisión y la capacitación de

los familiares que ejercen cuidados, de forma tal que las personas cuidadoras no profesionales tienen algunas cualificaciones y tutela profesional a la hora de ejercer sus cuidados.

Las cuantías del importe de las prestaciones económicas se calculan según el grado de dependencia que indique el baremo de valoración de la dependencia, la capacidad económica de la persona usuaria, otros servicios complementarios o prestaciones análogas²⁴ establecidas en los regímenes públicos de protección social (Servicios Sociales, 2020).

Asimismo, el Gobierno Vasco se distingue por tener los importes máximos definidos por las Diputaciones Forales para cada grado de dependencia (Tabla 5), tomando como referencia mínima la establecida por la Administración General del Estado. Para ver un ejemplo de cómo se cristaliza esto en la realidad, se ha elegido la Diputación Foral de Gipuzkoa, donde además de lo anteriormente expuesto, la PECEF tiene un cálculo superior cuando se trata de personas menores de edad.

Tabla 5. Diferencias en cuantías entre las prestaciones económicas por cuidados familiares y asistente personal en la Diputación Foral de Guipuzkoa

Grado	Cuantías PECEF		Cuantías PEAP
	> 18 años	< 18 años	En euros/mes
III	424	524	834
II	338	368	464
I	154	180	300

Fuente: Boletín oficial de la Diputación Foral de Guipuzkoa, diciembre de 2017.

Para tener una idea de la magnitud de los beneficios entregados en ambas comunidades, la tabla 6 muestra la cobertura alcanzada por modalidad:

Tabla 6. Personas beneficiarias y prestaciones comúnmente indiferenciadas en las CCAA de Madrid y el País Vasco en enero de 2020

Ámbito Territorial	Personas beneficiadas con prestaciones	Prestaciones		
		Ayuda a domicilio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar	Prestación económica de asistente personal
Madrid	142.537	39.541	34.102	89
País Vasco	67.180	6.760	35.894	6.321

Fuente: elaboración propia con datos estadísticos del SISSAD en la plataforma del IMSERSO, a 31 de enero de 2020

El caso uruguayo

Mediante la Ley N° 19.353, de 27 de noviembre, se creó en 2015 el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que concibió un conjunto de acciones y acuerdos interinstitucionales dirigidos a personas dependientes, adultos mayores, personas con discapacidad, menores de edad y personas cuidadoras.

²⁴ Se refieren a: a) complemento de gran invalidez; b) complemento de la asignación económica por hijo(a) a cargo, mayor de 18 años, con un grado de discapacidad igual o superior al 75%; c) complemento por necesidad de tercera persona de la pensión de invalidez no contributiva, y d) subsidio por ayuda de tercera persona.

Para determinar la condición de dependiente y acceder a la oferta de servicios y prestaciones económicas del SNIC es requisito ser valorado como tal tras solicitar la aplicación del baremo²⁵ administrado por el Ministerio de Desarrollo Social. Los beneficios se asignan según el nivel de dependencia resultante de dicha aplicación. El catálogo de prestaciones que se despliega una vez que la persona es considerada dependiente está regulado y desarrollado en los artículos 12 a 31 del Decreto Ejecutivo N° 427/016. La oferta de prestaciones para la atención a la dependencia del SNIC se encuentra distribuida operativamente en 3 macrocategorías que se clasifican en la tabla 7.

El caso uruguayo resulta innovador en la medida en que garantiza una oferta de apoyo dirigida a las personas cuidadoras. La asistencia personal no está del lado de los subsidios, sino en la oferta de servicios, particularmente contenida en lo que se denomina “servicios de cuidado en domicilio”.

²⁵ “...la valoración del nivel de dependencia de las personas para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria, se realizará tomando como instrumento el Baremo de dependencia desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social, el que traduce la situación de dependencia de las personas en un valor numérico. El baremo determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad de realizar las tareas básicas de la vida diaria...” (Art. 4 Decreto Ejecutivo n° 427/016).

Tabla 7. Catálogo de servicios al que pueden acceder las personas valoradas como dependientes en la República Oriental del Uruguay

Servicios de cuidados	Subsidios para cuidados²⁶	Acciones de apoyo a los cuidadores
A) Servicios de cuidado en el domicilio ²⁷ : i) Asistentes personales para cuidados de larga duración. ii) Asistentes personales para cuidados transitorios.	A) Subsidio para cuidados en el domicilio.	A) Programas de corresponsabilidad: i) De asignación de tiempo: -Licencias parentales. -Licencias para cuidado de familiares en situación de dependencia. -Flexibilidad horaria. ii) De acceso a servicios: -Apoyos materiales o económicos.
B) Servicios de cuidados diarios ²⁸ : i) Centros diarios de personas en situación de dependencia leve o moderada. ii) Casas comunitarias de personas en situación de dependencia leve o moderada.	B) Subsidio para cuidados diarios.	B) Programas de prevención y reducción de las situaciones de dependencia. Su objetivo es prevenir, reducir, eliminar o retrasar la aparición de la dependencia, o adaptar el entorno. No se consideran servicios o prestaciones de cuidados en sí mismos, sino que constituyen acciones sectoriales, imprescindibles para la autonomía.
C) Servicios de cuidados residenciales ²⁹ : i) Centros de larga y media estancia. ii) Casas comunitarias de cuidados de larga y media estancia.	C) Subsidio para cuidados residenciales.	
D) Servicios de cuidados a distancia ³⁰ : i) Teleasistencia.	D) Subsidio para cuidados a distancia.	

Elaboración propia con base en los artículos 12 a 31 del Decreto Ejecutivo n° 427/016.

El servicio de cuidados en el domicilio -cuyo sujeto de trabajo es el asistente personal- es una opción cuando la persona es valorada como dependiente y se le abre la posibilidad de adquirir estos servicios con subsidios totales o parciales brindados por el sistema de acuerdo con un sistema de financiamiento solidario. Se define así:

“El Programa de asistentes personales surge en el año 2010 con el objetivo de brindar apoyo monetario a personas con discapacidad y dependencia severa que cobren pensión por invalidez severa, para la contratación de un asistente personal. El programa era gestionado conjuntamente entre el Banco de Previsión Social (BPS) y el Programa

²⁶ “En todos los casos en que se establezcan subsidios diferenciales, los criterios para establecer las diferentes franjas serán la situación socioeconómica del usuario y su carga de cuidado, pudiendo incorporarse otros criterios en las reglamentaciones específicas” (Art. 27 Decreto Ejecutivo n° 427/016).

²⁷ “...constituyen el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Pueden ser realizados en el domicilio o a partir del domicilio...” (Art. 20 Decreto Ejecutivo n° 427/016).

²⁸ “...brindan atención ambulatoria a personas en situación de dependencia. Tienen como objetivo la permanencia de las personas en su entorno y comunidad, la promoción del adecuado desarrollo infantil y pueden contribuir a alcanzar mayores niveles de autonomía a las personas en situación de dependencia...” (Art. 21 Decreto Ejecutivo n° 427/016)

²⁹ Pueden ser de larga o media estancia: “Los servicios de cuidados de larga estadía brindan atención personal continuada, convirtiéndose en la residencia habitual de la persona. Los servicios de cuidados de media estancia brindan atención personal temporal, en períodos de 24 horas o más, cuando se atiendan estancias con motivo de convalecencia, transitorias hacia la reinserción familiar y/o social o estancias por necesidades de respiro de los cuidadores” (Art. 22 Decreto Ejecutivo n° 427/016).

³⁰ “Los servicios de cuidados a distancia brindan atención estable y permanente basada en las tecnologías de la información y la comunicación. Se incluye dentro de estos servicios la teleasistencia, que consiste en el servicio de apoyo, basado en tecnologías de información y comunicación, que busca asegurar la recepción-derivación inmediata y oportuna frente a las diferentes necesidades que puede experimentar una persona” (Art. 23 Decreto Ejecutivo n° 427/016).

Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). En 2016³¹, con la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), el programa pasa a la órbita del SNIC e introduce algunas modificaciones en las características y requisitos de acceso al servicio. En particular, se destaca el paso de un paradigma de dependencia clínica a un paradigma biopsicosocial” (DAES-DESyTC-DINEM y MIDES, 2018:7)

La prestación, destinada a mayores de 29 años y menores de 80 con dependencia severa, está planificada con un tope de 80 horas mensuales. El subsidio se calcula según los ingresos del hogar y el número de personas con que vive la persona dependiente. A la sumatoria de los ingresos de los miembros del hogar, se le restan \$11.160 pesos (aproximadamente 285 dólares) que son equivalentes a una pensión por invalidez; si el resultado de la sumatoria de los ingresos familiares tras esta resta, resulta ser menor a \$12.462 pesos (cerca de 318 dólares), se brinda el subsidio del 100% para la persona dependiente; si se encuentra entre el rango de \$12.462 y \$24.924 (en torno a 637 dólares), se subsidia el 67%; por su parte, si el ingreso se ubica en el rango entre \$24.924 y \$45.694 (alrededor de 1167 dólares) se subsidiará el 33% del costo por el pago de las 80 horas de asistente personal. Cualquier hogar cuyo ingreso supere los 1.167 dólares no recibirá subsidio del Sistema de Cuidados (Art. 26 Decreto Ejecutivo n° 117/016).

Por su parte, el Decreto Ejecutivo n° 90/019 publicado el 8 de abril de 2019, en su artículo 1, regula la fijación del salario mínimo para los trabajadores habilitados como asistentes personales por la Secretaría Nacional de Cuidados. Establece un equivalente a \$112 pesos por hora de trabajo, lo que equivale a alrededor de 2,86 dólares, de forma que “la creación de la figura del asistente personal en el contexto del SNIC tiene como objetivo profesionalizar la tarea de brindar cuidado, marcando una distinción con respecto a los trabajadores domésticos” (Aranco y Sorio, 2019: 46).

Este servicio es brindado de acuerdo con la progresividad establecida por la Junta Nacional de Cuidados, a través del Banco de Previsión Social³², para personas en situación de dependencia severa mayores de 79 años y menores de 30, que precisan ayuda para las necesidades de su vida diaria como alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajar, estudiar y recrearse, entre otras (Sistema de Cuidados, 2019:43). En octubre de 2019, estaban dadas de alta en la Seguridad Social 4.609 personas trabajadoras como asistentes sociales, capacitadas y formadas en concordancia con la malla curricular elaborada por el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional; y 6.002 personas valoradas con dependencia severa, tenían concedida esta prestación (Sistema de Cuidados, 2020).

Quienes realizan el trabajo de asistente personal, son personas que tienen competencias certificadas, formadas dentro del marco curricular oficial y habilitadas por el sistema. Igualmente, tanto los días y horarios, así como “las tareas a realizar son también convenidas, no pudiendo suplir otras intervenciones profesionales. Tampoco incluyen la atención a otros miembros de la familia, ni la realización de tareas domésticas” (Sistema de Cuidados, 2020:3).

³¹ El artículo 1 del Decreto Ejecutivo n° 117/016 reglamenta dentro del SNIC el servicio de asistentes personales para cuidados de larga duración para personas en situación de dependencia severa. Reza así: “Créase en el ámbito de la Secretaría Nacional de Cuidados, al amparo de lo dispuesto en el Artículo 25 de la Ley n° 18.651, de 19 de febrero de 2010, y de la Ley n° 19.353, de 27 de Noviembre de 2015, el Servicio de Asistentes Personales para Cuidados de larga duración para Personas en situación de Dependencia Severa”.

³² Las cédulas físicas o jurídicas deben darse de alta en el registro de prestadores de servicios de Asistente Personal del Sistema Nacional de Cuidados para que sean consideradas para asumir el trabajo de asistente personal.

El apoyo a los cuidados domiciliarios en Costa Rica: la oferta del sistema público.

Alternativas de cuidado en el domicilio ofrecidas por el CONAPAM

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) es un órgano de desconcentración máxima, adscrito a la Presidencia de la República y dotado de personalidad jurídica instrumental para el cumplimiento de los fines y funciones vinculadas a la rectoría en materia de envejecimiento y vejez. En ese marco, desarrolla tres programas: “Envejecimiento con calidad de vida”, “Atención a Personas Adultas Mayores Institucionalizadas” y “Construyendo lazos de solidaridad”. Este último consiste en otorgar subsidios para la institucionalización de las personas o para su atención mediante diversas alternativas de cuidado en su comunidad.

Para darle operatividad a estos apoyos, se conformó la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica (conocida como Red de Cuido) en 2011. Una de las principales contribuciones de este mecanismo de articulación ha sido justamente favorecer la creación de modalidades alternativas de atención a la persona mayor, como la asistencia en su domicilio o comunidad. La idea es que en cada territorio exista una red comunitaria conformada por personas, familias, grupos organizados, instituciones no gubernamentales (conocidas como organizaciones de bien social) y estatales (principalmente gobiernos locales) que, en conjunto, puedan hacer operativa la oferta de servicios del programa, incluyendo los hogares de larga estancia, los centros diurnos, así como el apoyo a los cuidados en el domicilio (CONAPAM, 2020).

Desde 2013 se le asigna al CONAPAM el 2% de todos los ingresos anuales, ordinarios y extraordinarios percibidos por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF). Si bien no atiende directamente a su población objetivo, la institución transfiere esos recursos a organizaciones de bienestar social (OBS) para la atención de las personas mayores en situación de pobreza y pobreza extrema.

Según el Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional para el segundo semestre de 2019, el CONAPAM atendió a 18.404 personas, con un presupuesto de alrededor de US\$33 millones. En la tabla 8 se observa la distribución porcentual de las atenciones brindadas según modalidad de atención.

Tabla 8. Costa Rica: cantidad de personas adultas mayores atendidas por el CONAPAM, por sexo, según modalidad de atención para el año 2019

Modalidad	Total General	Hombre	Mujer	Cobertura por modalidad
Costa Rica	18.404	7.827	10.577	100%
Red de Cuido	13.852	5.664	8.188	75,19%
Hogar de larga estancia	2.204	1.268	936	11,97%
Centro Diurno	1.549	372	1.777	8,42%
Personas en condición de abandono y situación de calle	799	523	276	4,41%

Fuente: extracción de CONAPAM (2020:26)

Dentro de los catorce servicios que articula la Red de Cuido³³ hay dos modalidades que corresponden estrictamente a cuidados y apoyos en el hogar: el Servicio de Asistencia en el Domicilio y el Servicio de Familia Solidaria³⁴.

El Servicio de Asistencia en el Domicilio. Está dirigido al cuidado de personas adultas mayores no institucionalizadas para ayudar a su permanencia en el domicilio durante el máximo tiempo posible, proporcionándoles toda la atención y los cuidados necesarios en las actividades de la vida diaria (CONAPAM, 2012; FODESAF, 2017).

La modalidad de *asistente domiciliario* es definida por el CONAPAM como “una estrategia que permite asignar un subsidio para mantener a la persona adulta mayor en su lugar de residencia habitual, cuando no cuente con recursos propios para el cuidado, proporcionándole la ayuda que requiera para las actividades de la vida diaria e instrumentales” (CONAPAM, 2020). Está dirigida a los mayores de 65 años que se encuentran en condición de pobreza o de pobreza extrema, en condición de abandono y que están dispuestos a recibir este servicio.

Para el caso específico de la asistencia domiciliar, el tiempo y tipo de ayuda dependerá de las necesidades de cada persona mayor. El subsidio se entrega a la persona adulta mayor o al responsable directo (FODESAF, 2015:24). La Red Local identifica esas necesidades, define a las personas elegibles para este tipo de asistencia y determina el tipo de cuidado que cada persona requiere. Asimismo, suscribe un contrato con cada asistente domiciliario, mediante el cual se establece el monto mensual a cancelarle, la forma de contratación y las tareas que le corresponden. Además, se coordina con entidades públicas y/o privadas y gestiona las ayudas técnicas necesarias.

La labor de cuidado domiciliar se implementa por medio del voluntariado de la comunidad o de personas cuidadoras debidamente seleccionadas, quienes, de acuerdo con las necesidades y la capacidad funcional de cada persona, le asisten regularmente en su residencia. Sus tareas incluyen ayudar con el baño diario, preparar y brindar alimentación, asear la casa, acompañar a citas médicas, apoyar en el uso del transporte público o realizar compras o pagos, entre otras (FODESAF, 2015:24).

Para ser asistente domiciliario se debe contar con un curso sobre cuidados a personas adultas mayores, impartido por el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología (HNGG),

³³ En la categoría Red de Cuido entran las 14 modalidades que ofrece la red. Más adelante se verá que de ese total, el peso de las dos modalidades de cuidados en el domicilio es bajo.

³⁴ La valoración y realización del informe socioeconómico requerido para el acceso de las personas mayores a las modalidades de cuidado es responsabilidad de un profesional contratado por la Red Local que se encarga de determinar la modalidad de cuidado a la que la persona podrá acceder. Este informe, que es presentado al Comité de Apoyo, está conformado por diversos representantes de instituciones y de la comunidad para apoyar la gestión del CONAPAM en el territorio, y en él se señala si hay necesidad de bienes o servicios adicionales.

por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), por el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), u otros. Si no cuenta con cursos, debe demostrar experiencia mínima de un año en el cuidado de personas mayores. Además, debe estar en condiciones físicas y de salud que le permitan atender a personas adultas mayores dependientes.

Al analizar los datos del ejercicio presupuestario de 2019 (ver tabla 9) se pudo determinar que en ese año aproximadamente 64 personas estaban dentro de la modalidad de “Servicios básicos de atención en el domicilio y Servicios para la atención y cuidado especializado”:

Tabla 9. Costa Rica: Distribución de ayudas brindadas a personas mayores atendidas por la Modalidad Domiciliar y Comunitaria (Red de Cuido), por línea de apoyo, según el ejercicio presupuestario de 2019³⁵

Línea de apoyo	Cantidad total	Porcentaje
Alimentación	124.559	44,09%
Alquiler de vivienda, servicios básicos y municipales	4.800	1,70%
Artículos de uso personal e higiene	91.694	32,46%
Atención social en salud integral	12.646	4,48%
Equipamiento de casa	778	0,28%
Familias Solidarias	3.394	1,20%
Hogares comunitarios	63	0,02%
Institucionalización	270	0,10%
Medicamentos e implementos de salud	596	0,21%
Mejoras habitacionales	60	0,02%
Productos de apoyo o ayudas técnicas	14.095	4,99%
Promoción y prevención de la salud	15.655	5,54%
Servicios básicos de atención en el domicilio y servicios para la atención y cuidado especializado	852	0,30%
Transporte y combustible	13.044	4,62%
Sumatoria del tipo de ayuda otorgada	282.506	100,00%

Fuente: elaboración propia con datos del CONAPAM (2020). Estas coberturas expresan prestaciones y no personas, de manera que un usuario podría recibir más de una transferencia mensual.

La función que permite calcular el importe de un asistente domiciliario para personas mayores corresponde, en la tipología del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a la de un *trabajador en ocupación especializada* que realiza las siguientes funciones³⁶:

“Atender y cuidar a ancianos en su domicilio, mediante el suministro de los cuidados y medicamentos que se le han recetado; tomándole la presión, la temperatura, aplicándole inyecciones, preparando y dándole los alimentos o dietas especiales indicadas por los profesionales, llevando las estadísticas y reportes de los datos que requiere el personal

³⁵ Los datos de la tabla 9 se presentan anualizados. Es decir, las cifras para cada prestación representan el total de las transferencias realizadas por año. Al no estar disponibles los datos por mes, para obtener el promedio mensual correspondería dividir entre 12. Esta es la causa de que la sumatoria tenga un número mucho más elevado que el total de personas que recibieron alguna transferencia.

³⁶ La remuneración correspondiente a esta función está tasada en ¢13.872,70 por día, aproximadamente US\$ 3,01 por hora y alrededor de US\$ 481 al mes por una jornada completa.

médico o de enfermería; aseándolo, aplicándole ungüentos, y otros cuidados según el estado físico y mental del anciano (...)

Desde 2018 el CONAPAM dividió en dos la modalidad de asistente domiciliario y, en concordancia, dispone de dos cuantías diferentes para dos modalidades de atención domiciliar, la de “Servicios Básicos de atención en el domicilio” y la de “Servicios para la atención y cuidado especializado”. En la primera, brindar servicios básicos de atención en el domicilio se considera un *trabajo no especializado*, por el que se paga un monto máximo de US\$312. La segunda modalidad, correspondiente a *atención y cuidado especializado* de las personas adultas mayores, puede llegar a un máximo de aproximadamente US\$ 673.

Servicio de Familia Solidaria. Consiste en un subsidio económico³⁷ que se entrega a una familia con o sin vínculo de consanguinidad, por acoger temporalmente en su casa a una persona adulta mayor. Esta alternativa permite la ubicación de una o dos personas adultas mayores por familia. Además, esta alternativa permite que familiares de la persona adulta mayor le brinden servicios básicos de atención. La familia se compromete con la Red a brindar a la persona mayor aquellos cuidados y apoyos que requiera para realizar actividades básicas. El perfil de ingreso es idéntico al descrito para la modalidad de asistente personal.

Para ser familia solidaria, hay que pasar por la valoración integral de un equipo interdisciplinario (médico, trabajador social, psicólogo) de la Red Local que determinará su idoneidad para asumir tareas de cuidado. Además, dependiendo de la condición física y de movilidad de la persona usuaria, la vivienda no debe tener barreras arquitectónicas que dificulten el acceso o el desenvolvimiento de la persona acogida (FODESAF, 2020:20). Igualmente, la vivienda tiene que estar debidamente equipada con suministros básicos, debe disponer de espacio para garantizar la privacidad de la persona adulta mayor, contar con unas condiciones higiénicas y de salubridad adecuadas, así como un espacio acondicionado para la estadía de la persona mayor.

Utilizando el mismo método de análisis presupuestario aplicado a la modalidad de apoyo al cuidado domiciliario, se pudo determinar que, en el año anterior, alrededor de 255 personas estaban dentro de la modalidad de “Familias Solidarias”.

Alternativas de apoyo y cuidado en domicilio del CONAPDIS

El CONAPDIS es la institución encargada de velar por la mejora de la situación de vida de las personas con discapacidad en Costa Rica. Además de la dirección del sector y de fomentar la participación de las organizaciones y la inclusión de personas con discapacidad en el proceso de toma de decisiones, el CONAPDIS ofrece directamente servicios sociales para las personas con discapacidad.

Es algo que realiza a través de transferencias monetarias a personas con discapacidad en situación de pobreza, abandono y/o riesgo social, mediante los programas de transferencias monetarias denominados a) Pobreza y Discapacidad, y b) Promoción de la Autonomía Personal. Las fuentes de financiamiento de estas transferencias provienen del Fondo Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), mediante el convenio y la Ley 8783, así como de recursos provenientes de la Ley 7972, la Ley 9379 y del Presupuesto Ordinario de la República.

³⁷ Una familia solidaria puede recibir un monto máximo mensual de US\$460.

El Programa Pobreza y Discapacidad se caracteriza por la gestión de servicios de promoción y protección mediante procesos de información, orientación a personas con discapacidad y sus familias, selección de personas usuarias, y asignación y supervisión de transferencias monetarias. En lo que concierne a la promoción, el programa considera transferencias económicas para facilitar la inclusión de las personas con discapacidad en servicios educativos, terapéuticos u ocupacionales, así como el acceso a otros apoyos. En lo relativo a la protección, brinda atención y apoyo a personas con discapacidad que requieren de ambientes de convivencia estables, en entornos comunitarios y familiares.

La modalidad de atención familiar contempla transferencias que entran en la tipología de cuidados y apoyos en domicilio: (i) la familia de apoyo es la alternativa mediante la cual un sistema familiar, con o sin relación de parentesco biológico, le proporciona a una y hasta a cinco personas adultas con discapacidad en condición de abandono, un ambiente de convivencia familiar; (ii) la línea de prevención es la modalidad por la cual la persona con discapacidad permanece con su familia³⁸. La transferencia se otorga con el fin de atender necesidades derivadas de la discapacidad³⁹. Esta prestación es similar a la anterior, pero está pensada como una suerte de *cash-for-care* (dinero por cuidados) de carácter excepcional para contener situaciones de potencial abandono. Con sus diferencias, es lo más cercano que hay en Costa Rica a la *prestación económica por cuidados en el entorno familiar* que existe en otros países; y, (iii) la línea de apoyo a las personas autónomas, es decir, a personas con discapacidad que pueden llevar una vida independiente en hogar unipersonal o de convivencia en pareja.

A los anteriores se suma un tercer eje denominado Promoción de la Autonomía Personal. Es importante destacar que desde la Ley n° 9379 aprobada el 30 de agosto de 2016, se establece la figura del garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad de la que se desprende la figura de la *asistencia personal humana* (Gamboa y Salas, 2019).

A partir de esta ley, el programa introduce la figura del asistente personal, que consiste en el o los apoyos ofrecidos a una persona con discapacidad para que pueda realizar sus actividades de la vida diaria. La persona asistida recibe mensualmente del CONAPDIS una transferencia monetaria con la que paga a su asistente personal. A través del asistente, la persona puede realizar actividades dentro y fuera del domicilio⁴⁰.

La persona que ejerce de asistente personal debe estar graduada en el módulo de apoyos para personas con discapacidad⁴¹, brindado por el Instituto Nacional de Aprendizaje⁴², es

³⁸ Además de verificar tenencia de la certificación de discapacidad del CONAPDIS y de pobreza del IMAS, una persona funcionaria del CONAPDIS debe comprobar que la persona con discapacidad se encuentra en una situación de riesgo y/o puede ser potencialmente abandonada.

³⁹ La entrega de transferencias monetarias a los destinatarios de los recursos de los programas de Pobreza y Discapacidad (en los ejes de Protección y Promoción) y de Promoción de la Autonomía Personal, está regulado en el Procedimiento de Transferencias Monetarias. Para su concesión, el CONAPDIS realiza una valoración psicosocial de los potenciales usuarios y de su entorno, para determinar la situación de pobreza, de abandono o el riesgo social de la persona.

⁴⁰ Adicionalmente existe una línea de productos y servicios de apoyo que transfiere anualmente a la persona receptora, recursos monetarios para la compra de productos tales como dispositivos, equipos, instrumentos, tecnologías y *software*. Para el mantenimiento de los productos de apoyo, incluidos los animales de asistencia, se realizan transferencias monetarias de manera mensual.

⁴¹ Según dispone el Programa de Formación Profesional en Asistencia Personal para Personas con Discapacidad del INA, los requisitos de ingreso son: tener al menos 18 años, ser costarricense o extranjero con estatus migratorio legalizado para realizar estudios en el país, poseer un nivel académico mínimo que permita leer y escribir, así como dominar las cuatro operaciones básicas. Además, debe aportar original y copia del certificado de conclusión del I Ciclo de Educación General Básica (INA, 2018:7).

⁴² El artículo 27 de la Ley N° 9379 establece que: "El Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) será el encargado de formar, capacitar, y/o certificar a las personas asistentes personales; para esto deberá presupuestar los mecanismos y los recursos necesarios".

decir, debe haber realizado durante 168 horas el programa de validación “Asistencia para personas con discapacidad”⁴³ cuyo objetivo general es:

“Asistir a la persona con discapacidad, respetando su dignidad, autonomía personal, libertad de tomar decisiones e independencia, instrucciones y lineamientos establecidos por la persona beneficiaria; atendiendo de manera oportuna situaciones del entorno laboral y acatando lineamientos respecto a su participación, con diligencia en el desempeño de sus labores, de manera eficaz y en apego a los estándares éticos establecidos, mediante la detección de posibles ajustes, comprendiendo los cambios del entorno y adaptándose a las circunstancias y a las personas involucradas, según se requiera” (INA, 2018).

Una vez dentro del programa, la persona asistente personal debe darse de alta con un seguro voluntario en la CCSS y acogerse a un seguro de riesgos del trabajo del Instituto Nacional de seguros.

Aunque las labores de un asistente personal son muy superiores a una alternativa de apoyo en el domicilio para suplir la carencia de autonomía de la persona a la que asiste, ello no impide que un asistente personal pueda desarrollar sus actividades personales (salir con amigos, ir de compras, etc). Sin embargo, ha de dedicar las horas especificadas en el plan de apoyo y en la bitácora de asistente personal⁴⁴ para realizar actividades como bañar, vestir y desvestir, preparar alimentos, dar de comer y beber, higiene bucodental, higiene personal relacionada con la micción y la defecación, actividades domésticas relacionadas con la limpieza del cuarto, del baño, de la cocina, y el lavado y secado de las prendas de vestir.

La cobertura general del programa Pobreza y Discapacidad por modalidad se refleja en la Tabla 10, a continuación:

Tabla 10. Personas con discapacidad con transferencia monetaria por eje

Programa Pobreza y Discapacidad	Número de personas ingresadas
Protección	1.821
Promoción	1.566
Autonomía Personal	60
Total	3.407

Fuente: elaboración propia con base en el primer informe trimestral del 31 de marzo de 2020 de la Dirección de Desarrollo Regional

La totalidad de personas con discapacidad (ver Tabla 11) que en mayo de 2020 se encontraba en alguna de las dos modalidades de cuidados y apoyos en domicilio pertenecientes al Programa Pobreza y Discapacidad no llegaba a los 400 usuarios y 60 asistentes personales.

⁴³ La primera promoción de asistentes personales vio la luz en febrero de 2019. Destaca el hecho que el 85,3% de las personas egresadas son mujeres, cifra que coincide con la cantidad de personas que trabaja en el programa del CONAPDIS (86,36% de las asistentes personales son mujeres). A su vez, el promedio de edad de las personas asistentes personales es de 32 años y 8 meses.

⁴⁴ Instrumento utilizado por las personas asistentes para llevar un registro mensual de todas las actividades para las que han brindado apoyo.

Tabla 11. Cantidad de personas con transferencia⁴⁵, por modalidad de atención dentro del programa de protección

	Cantidad de personas prestatarias	Porcentaje
Familia Solidaria	332	18,73%
Hogar Conyugal	35	1,97%
Hogar Grupal	68	3,84%
Hogar Independiente	83	4,68%
Hogar Multifamiliar	300	16,92%
Hogar Unipersonal	213	12,01%
Institución Residencial	88	4,96%
Prevención	39	2,2%
Residencia Privada	564	31,81%
Otros	51	2,88
Total	1773	100%

Elaboración propia con datos provistos por la Dirección de Desarrollo Regional en mayo de 2020.

El importe de cada transacción económica (ver Tabla 12) se rige por el Reglamento para la ejecución de transferencias monetarias a personas con discapacidad destinatarias de los recursos de los programas Pobreza y discapacidad y Promoción de la autonomía personal. El importe toma en consideración las fronteras presupuestarias esbozadas en los montos mínimos y máximos establecidos en las directrices anuales de la Dirección de Desarrollo Regional y las directrices que brinde cada año la unidad de Autonomía Personal y Protección Social.

Tabla 12. Montos de transferencias monetarias de los programas

Programa Pobreza y discapacidad	Monto Mínimo	Monto Máximo	Monto Promedio
Promoción	₡52.000 (\$90)	₡67.000 (\$117)	₡61.000 (\$106)
Protección	₡189.000 (\$330)	₡2.969.995 (\$5.183)	₡360.000 (\$628)
Familia Solidaria ⁴⁶	₡230.000 (\$401)	₡570.000 (\$995)	₡400.000 (\$698)
Prevención ⁴⁷	₡135.000 (\$236)	₡335.000 (\$585)	₡235.000 (\$210)
Programa Autonomía personal	Monto Mínimo	Monto Máximo	Monto Promedio
Asistencia Personal	₡90.000 (\$157)	₡600.000 (\$1047)	₡433.000 ⁴⁸ (\$755)
Productos de apoyo	₡50.000 (\$87)	₡20.000.000 (\$34.904)	₡2 000 000 (\$3,490)

Elaboración propia con base en el documento institucional para la definición de montos máximos de las transferencias monetarias y los límites de la autoridad financiera (2020) y las Directrices del Programa Pobreza y Discapacidad de la Dirección de Desarrollo Regional (2019). Los valores indicados en paréntesis corresponden al equivalente calculado en dólares americanos.

⁴⁵ Partiendo del principio de autonomía personal y vida independiente, habitualmente el CONAPDIS deposita la transferencia en la cuenta bancaria de la persona con discapacidad. El aporte se transfiere a una tercera persona solo cuando esta cuenta se encuentra embargada.

⁴⁶ Para la asignación del subsidio se debe considerar la cantidad de personas con discapacidad por hogar que tienen esta transferencia asignada, de modo que el monto mínimo se aplica toda vez que haya más de una persona prestataria por familia solidaria.

⁴⁷ Al no existir ningún documento institucional que dé cuenta de los montos para esta prestación, las cifras de esta transferencia fueron estimadas con base en datos brindados por la sede central sur el 14 de mayo de 2020.

⁴⁸ En un cálculo realizado con las listas anónimas y la cantidad de horas asignadas por PIA, el promedio es de 162 horas, lo que equivaldría a ₡405.000, es decir 11,2 horas menos y ₡28.000 colones menos que el dato oficial.

Además, en la determinación de las cuantías económicas, se considera una serie de factores asociados con la canasta básica derivada de la discapacidad, con la cual se calcula el coste económico de la sumatoria de las necesidades en alimentación, artículos de limpieza, artículos personales, atención directa, complementos nutricionales, mantenimiento, material didáctico, medicamentos especializados o transporte, entre otros. Por su parte, para el programa de asistente personal, el cálculo se basa en la cantidad de horas promedio que se determinan mediante el plan de apoyo (173 horas mensuales en promedio para cada persona usuaria del programa), y el precio de cada hora de asistente personal (C\$2.500 que equivalen a US\$4.35).

Alternativas de cuidado en el domicilio y la Junta de Protección Social

Aunque la Junta de Protección Social (JPS) no tiene rango de entidad rectora de ningún grupo poblacional específico (como sí lo tienen el CONAPAM y el CONAPDIS), es un referente en la atención de las poblaciones más vulnerables. Es un ente descentralizado del sector público que se dedica a crear rentas a través de la administración de las loterías y juegos de azar. Posteriormente las distribuye y así fortalece el bienestar social mediante el aporte económico y solidario a los programas sociales a cargo de instituciones públicas y por medio de los recursos económicos que se asignan a las OBS.

Al proceder de las utilidades de las loterías, que son variables, los montos económicos que la JPS entrega no son una suma estandarizada, por lo que se aplica un ponderador para las utilidades de cada mes. Las utilidades asignadas a las OBS, se distribuyen entre un total de 416 organizaciones en sus doce diferentes modalidades de bienestar social.

Además de la Ley n° 8718, que especifica y regula la distribución de las utilidades de la JPS, se utiliza el Manual de Criterios Técnicos para la Distribución de Recursos (2010). En este manual se establecen los lineamientos específicos que aplican a cada área. En el caso de los adultos mayores, se establece que los proyectos presentados por las OBS que no se ubiquen en las categorías de hogar o centro diurno⁴⁹, deben estar dirigidos a personas adultas mayores de escasos recursos económicos, o bien, a procurar una mejora en la calidad de los servicios de atención directa que ofrecen las instituciones.

Para esta población se hace mención a los cuidados en domicilio de la siguiente manera:

“Se apoyan programas de las Organizaciones e Instituciones Sociales que brindan atención domiciliaria, así como aquellos que buscan soluciones alternativas a la institucionalización y hospitalización. Esto con la finalidad de que el adulto mayor permanezca, en la medida de lo posible, dentro de su entorno habitual y minimizar el riesgo social” (JPS, 2010:61).

Con relación a las personas con discapacidad, únicamente se hace referencia a la consideración en proyectos para compra de mobiliario, equipo y material necesarios para el desarrollo educativo, ocupacional y laboral de la población con discapacidad. De este modo, de las poblaciones *proxis* a la dependencia, solo las personas adultas mayores se toman en consideración dentro del manual y bajo la perspectiva de los servicios no médicos

⁴⁹ La JPS financia proyectos específicos desarrollados por organizaciones formalmente establecidas que cuentan con y/o apoyan un servicio de atención integral de personas adultas mayores de escasos recursos económicos, y cuyos objetivos son el bienestar y calidad de vida de las personas atendidas (Medellín *et al.* 2019:29).

de cuidados⁵⁰. No se encontraron registros de OBS que realicen servicios de atención domiciliaria⁵¹ en el marco conceptual de los servicios sociales⁵².

El término dependencia, aunque se menciona en el Manual institucional de asignación de recursos a las OBS, se circunscribe únicamente a los mayores. De este modo, la dependencia existe para la JPS en los siguientes términos:

“Persona adulta mayor dependiente: es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental. Puede decirse que una persona mayor es dependiente cuando presenta una pérdida de su autonomía funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria” (JPS, 2010: 11).

Con base en esta definición, la JPS asume que la dependencia trae asociado consigo un coste mayor para el desempeño de los cuidados que se entregan, según consta en la tabla de ponderación para entidades dedicadas a atender y proteger a las personas adultas mayores (del inciso ñ) del artículo 8) donde se establece que:

“Considerando que existen diferencias importantes en cuanto al costo de atención en una organización cuyos beneficiarios tengan una mayor dependencia, se procede a incorporar un puntaje al grado de dependencia, sin embargo, debido a que no se tiene la posibilidad de valorar el grado de dependencia como tal por falta del recurso humano necesario, se procede a calificar únicamente el porcentaje de personas adultas mayores residentes en el hogar, que se catalogan como dependientes totales (requieren ayuda para todas las actividades de la vida diaria y no controlan esfínteres)” (JPS, 2010:47).

Por lo tanto, a pesar de que reconoce que existen diferentes grados de severidad en la dependencia y ante la actual imposibilidad de valorarla, la JPS no la incorpora como criterio para diferenciar las subvenciones.

Ahora bien, considerando que las OBS tienen que dar cuenta de quiénes son totalmente dependientes, cobran especial importancia los instrumentos para medir la dependencia que la JPS exige utilizar a las entidades que financia. Si bien existen criterios para la valoración de las personas dependientes en los programas de atención a personas con discapacidad en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores y en los programas de cuidados paliativos, la JPS no tiene criterios estandarizados para transferir recursos a organizaciones que atiendan a personas dependientes.

Como la JPS no tiene la capacidad técnica para la medición de dependencia, exige que las organizaciones que atienden personas adultas mayores indiquen en la lista de beneficiarios cuáles son dependientes, utilizando como criterio que no puedan ejecutar por sí solos las actividades de la vida diaria (tales como bañarse, vestirse, comer) y que no tengan control de esfínteres. Así, la JPS solicita a las OBS que reporten la lista de beneficiarios y en la misma lista indiquen quiénes son dependientes.

⁵⁰ En el caso de la Junta de Protección Social, en el año 2009 se destinó a la atención de las personas adultas mayores un total de 7.631,3 millones de colones, que incluye tanto las transferencias a organizaciones que atienden directamente a esta población en hogares y centros diurnos, como otras que apoyan al sector (Asociación Gerontológica Costarricense y Cruzada Nacional de Protección al Anciano, así como la Asociación Pro-Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes) (Sauma, 2012: 21).

⁵¹ Aunque en la actualidad la oferta de servicios de cuidados y apoyos domiciliarios se encuentre poco clara en el manual, según consta en el oficio JPS-GG-GDS-0298-2020 del 11 de mayo, la JPS evidencia su disposición para actualizar su Manual y renovar los modelos de atención.

⁵² Aunque para servicios médicos de final de vida, existen registros sobre 35 OBS que realizan cuidados paliativos con financiamiento de JPS.

Actualmente, en los 75 hogares para personas adultas mayores que funcionan con financiamiento de la JPS (ver tabla 13), siete de cada diez atienden, al menos, a un 30% de personas totalmente dependientes:

Tabla 23. Porcentaje de personas mayores valoradas totalmente dependientes en hogares de larga estancia

Categoría	Instituciones
Ninguna persona dependiente	1
Menos de 15% de personas dependientes	9
Entre 15% y menos de 30% de personas dependientes	13
Entre 30% y menos de 60% de personas dependientes	33
Más del 60% de personas dependientes	18
Total	74

Elaboración propia con datos provistos por el Departamento de Gestión Social.

Consideraciones de política

La atención a la dependencia incluye intrínsecamente la dimensión de los cuidados y, dentro de estos, la provisión directa de apoyo a las personas dependientes por parte de terceros, o la asistencia indirecta mediante apoyo a la provisión de los cuidados en el hogar cuando se trabaja con las personas cuidadoras para que puedan desempeñar mejor esa función. Desde el punto de vista de la tarea del cuidado, surgen dos facetas que hay que considerar a la hora de seleccionar estrategias que fortalezcan esta dimensión de los cuidados: (i) el domicilio como entorno en que se da la tarea de cuidar, y (ii) el ejercicio informal del cuidado mediante la provisión de asistencia de familiares y co-residentes a la persona dependiente. Una primera gran conclusión que se desprende de la revisión hecha anteriormente es que es importante tener presente esa distinción a la hora de hablar de cuidados domiciliarios.

Costa Rica está avanzando de manera importante en el desarrollo de una oferta de servicios para poblaciones con dependencia, aunque: (i) ésta no siempre se vincula explícitamente con la dependencia, ni se valora su severidad como criterio para asignar los servicios disponibles; (ii) se ha desarrollado mucho más en la dimensión de los cuidados formales, ya sea a través de centros de cuidado diurno o residencias de larga estadía; el cuidado directo en domicilio mediante auxiliares del cuidado o asistentes personales tiene menor desarrollo, y (iii) la oferta de servicios a personas cuidadoras en el domicilio para facilitar la tarea del cuidado en el hogar es todavía muy poco relevante (Medellín, Jara-Maleš, y Matus-López, 2019).

Considerar los cuidados domiciliarios como foco de atención prioritario para las políticas de atención a la dependencia tiene varias justificaciones, siendo las más importantes: (a) que es una forma de respetar la preferencia de la mayoría de las personas por permanecer en su hogar el mayor tiempo posible; (b) es una oportunidad para las acciones de prevención para evitar deterioro, retrasar la dependencia funcional y, en definitiva, ayudar a las personas a prepararse para la vejez, y (c) son servicios de menor costo que, incluso, pueden generar importantes ahorros para el sistema social y de salud si se actúa de manera temprana, con énfasis preventivo y apoyando a las familias, redes informales y comunidades a cuidar a sus miembros dependientes.

Costa Rica se prepara para hacer frente a los retos del envejecimiento. En ese marco, se discuten alternativas para conformar un sistema de cuidados de larga duración, procurando combinar las necesidades de los hogares para hacer frente a sus tareas de cuidado y la consolidación de la red de protección social del Estado en un contexto de constricción fiscal que obliga a buscar alternativas costo-efectivas. Centrados en el ámbito de los cuidados domiciliarios, habría que tener las siguientes consideraciones:

Tomar en cuenta la diversidad que implica el cuidado en domicilio

Como ha quedado de manifiesto en la revisión previa, la provisión de cuidados en domicilio tiene dos expresiones: el apoyo a los cuidados en el hogar brindados por personas cuidadoras co-residentes, mediante transferencias monetarias, asistencias puntuales de alivio o sustitución parcial del cuidado con alternativas de respiro; y, la provisión directa de cuidados a la persona dependiente en su lugar de residencia habitual mediante visitas médicas, apoyo en la realización de tareas domésticas y asistencia directa para la realización de actividades de la vida diaria, con la figura de asistentes personales.

El detalle de las acciones que realizan quienes asisten directamente a las personas dependientes en el hogar es importante para entender la naturaleza y el alcance de las actividades que se realizan. Como se ha visto, en algunos casos el servicio de ayuda a domicilio que brindan los asistentes personales incluye actividades como acompañamiento a visitas médicas, comercios e incluso a centros educativos o lugares de trabajo; en otros casos, esta ayuda es brindada por auxiliares en cuidados que no cumplen precisamente el rol de asistentes personales y tienen delimitadas sus funciones a la realización de actividades domésticas en el hogar. A partir de las experiencias conocidas, las alternativas de expansión de la oferta en este ámbito deben tener en cuenta que los cuidados en el domicilio y el apoyo a los cuidados en domicilio se pueden agrupar en tres líneas:

1. **Cuidados informales provistos en el entorno familiar:** están a cargo de cuidadores del entorno próximo, principalmente personas co-residentes y, en menor medida, miembros de la comunidad que, voluntariamente y sin mediar ningún vínculo formal, prestan asistencia a sus vecinos con dependencia. Las personas cuidadoras del entorno familiar, en su gran mayoría mujeres, desempeñan esta función sin recibir remuneración por lo que enrolarse en el sistema de seguridad social es voluntario y es asumido íntegramente por la cuidadora. En algunos casos puede recibir un subsidio por su rol en el cuidado. El desempeño de esta función suele no tener límites pues se hace todo el día, donde y cuando su familiar dependiente así lo requiera. Sus labores no están acotadas y el apoyo se extiende a todo aquello que la persona dependiente precise. El reto en este punto es cómo contribuir de manera efectiva al mejor desempeño del rol del cuidado en el hogar, tanto a través de la cualificación de ese cuidado, como a través de alternativas que reviertan la sobrecarga del cuidado familiar, en particular cuando se trata de condiciones de dependencia severa, mucho más intensivas en su demanda de atención y asistencia.
2. **Servicios de ayuda en el domicilio:** están a cargo de una persona cuidadora que ha recibido algún tipo de entrenamiento para el desempeño de esa labor y que ofrece sus servicios a través de un vínculo formal con alguna entidad estatal, organismo no gubernamental o empresa. Ese vínculo es la conexión con la seguridad social y su subordinación es con quien mantiene el vínculo laboral para prestar servicios a la persona dependiente o sus cuidadores familiares. Sus labores se circunscriben al hogar de la persona con dependencia y sus tareas suelen estar acotadas a tareas domésticas y atención personal. Este tipo de ayuda se suele complementar con visitas domiciliarias de cuidado clínico o de enfermería que realizan los cuidados más complejos.
3. **Servicios de asistencia personal:** son desempeñados por un cuidador que ha recibido entrenamiento y ha sido certificado para esa función. Ofrece sus servicios a través de un vínculo formal con alguna entidad estatal, organismo no gubernamental, empresa o persona contratante. Ese vínculo es la conexión con la seguridad social y su subordinación es con quien mantiene el vínculo laboral para prestar servicios a la persona dependiente. En algunos casos es la propia persona dependiente la que contrata estos servicios de manera que la subordinación del vínculo es con la persona asistida. El asistente personal no trabaja en un lugar determinado, sino que debe adaptarse a los entornos y rutinas de la persona asistida. Sus funciones son polivalentes.

Estos cuidados se brindan de dos maneras: (i) a través de la entrega de una subvención, estipendio o transferencia monetaria. En el caso de los cuidados informales provistos en el

hogar buscan reconocer el esfuerzo de la persona cuidadora en el ejercicio no remunerado de ese cuidado, y en los otros dos casos sirve para que los hogares adquieran en el mercado el apoyo que requieren, mediante la contratación de esos servicios si se hace de manera privada, o mediante opciones de copago cuando hay una contribución subsidiaria del Estado en esta prestación. Y (ii) a través de la provisión directa de los servicios por parte de la red de protección social, en el primer caso a través de alguna alternativa substituta del cuidado informal, en la forma de servicio para el respiro familiar y, en los otros casos, a través de la visita de un auxiliar de cuidados o de un asistente personal según el caso.

Es muy importante tener estas diferencias claras, primero para confirmar que cuando se habla de cuidados domiciliarios se hace referencia tanto al cuidado informal como al cuidado cualificado provisto de manera externa, pero con una diversidad que hace que al cruzar el tipo de servicio (informales, ayuda en domicilio y asistencia personal) con la modalidad (transferencia o provisión directa de servicios) surja, al menos, un repertorio de 6 posibles opciones de apoyo a los cuidados en domicilio.

Precisamente el apoyo a los cuidados domiciliarios ofrece en Costa Rica posibilidades de crecimiento:

- a) En cuanto al cuidado informal, si bien hay un reconocimiento a la carga del cuidado que asumen los hogares y, principalmente, las mujeres, no existe una oferta consolidada de incentivos para la retribución del cuidado informal, ni tampoco alternativas de cuidado temporal substituto o de respiro.
- b) En cuanto a los servicios de ayuda en domicilio, el apoyo al cuidado mediante la figura de auxiliares que concurren a supervisar medicación, colaborar con la higiene personal de la persona dependiente o que ayuden en la preparación y suministro de los alimentos, por mencionar las necesidades más recurrentes, no se observa un desarrollo sólido de una línea semiprofesional del cuidado o cualificación de personas cuidadoras, preparadas para atender niveles intermedios de complejidad y que, en verdad, representen una contribución al desahogo del cuidado de las personas dependientes. Las alternativas conocidas que incluyen opciones parecidas consisten, más bien, en visitas domiciliarias que podrían considerar algunas de estas acciones, pero no se conoce una tipificación de servicio que ofrezca esta opción, con una mejor descripción de funciones y tareas que permitan concretar este tipo de asistencia.
- c) En cuanto a los servicios de asistencia personal, el modelo desarrollado por el CONAPDIS es de una escala muy reducida y acotada estrictamente al ámbito de la discapacidad. Ofrece amplias posibilidades de desarrollar una oferta de este tipo, considerando que es un tipo de apoyo que es útil para personas con dependencia severa pero que tienen posibilidades de lograr algún desempeño funcional con este tipo de asistencia. La carta de servicios para las personas mayores, por ejemplo, o para personas con limitaciones funcionales atribuibles a demencias y otras enfermedades psíquicas o mentales discapacitantes, debería ser explorada con detalle ya que este tipo de servicio ofrece la posibilidad de preservar o recuperar autonomía funcional.

Tomar en cuenta las necesidades y preferencias de los hogares con relación al cuidado

Como se ha dicho anteriormente, la cuestión de las modalidades de cuidado o de apoyo a la provisión de los cuidados no es un tema menor. Tiene que ver con las necesidades y preferencias de las personas dependientes en relación con su cuidado, con las de sus co-residentes cuidadores, así como con la contribución de cada modalidad a la satisfacción de esas necesidades.

Mientras que algunos hogares pueden resolver de manera más o menos autónoma las demandas de cuidado con las capacidades, recursos y disponibilidad para cuidar del propio grupo familiar, otros, en cambio, requieren un complemento para permitir que ese cuidado sea posible, como una contribución monetaria para que la cuidadora o cuidador principal del hogar pueda compensar de algún modo el costo de oportunidad que implica estar dedicado al cuidado exclusivo de su familiar con dependencia. Otros hogares, en cambio, no tienen ninguna capacidad para asumir enteramente ese cuidado y requieren apoyos como una transferencia o subvención para adquirir tiempos de cuidado, o un servicio cualificado que se pueda hacer cargo de tareas desatendidas en la asistencia a la realización de actividades de la vida diaria. En los casos más complejos, este apoyo al cuidado domiciliario puede implicar asistencia a los cuidados complejos e, incluso, visitas de equipos clínicos y cuidados de enfermería.

Una vez compuesta la carta de servicios con alternativas tan diversas como las expuestas anteriormente, es necesario tener en cuenta los mecanismos que aseguren dosis diferenciadas de apoyo a los cuidados, ya que no todos los hogares cuidadores tienen la misma necesidad en cuanto a la intensidad de los apoyos. Este tema es abordado de alguna manera en los esquemas de subvenciones que aplican instituciones como la Junta de Protección Social, el CONAPDIS y el CONAPAM cuando establecen métricas de cálculo para el aporte financiero a sus entidades prestadoras de servicios en función de las horas de cuidado o de apoyo a los cuidados requeridos por las personas dependientes. De hecho, prácticamente todos los programas conocidos incorporan un mecanismo de valoración de necesidades y un plan de intervención donde se especifican las horas comprometidas para el auxilio o la asistencia.

Lo anterior tiene 3 implicancias directas:

1. ***Contar con un mecanismo permanente que permita conocer de qué forma los hogares costarricenses abordan sus necesidades de cuidado cuando hay un familiar con dependencia.*** Existen instrumentos, como la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) y la propia Encuesta Nacional de la Discapacidad (ENDISC), que aportan datos para estimar la magnitud de la dependencia y conocer algunas de las prácticas de los hogares en relación con el cuidado. Sin embargo, no existe una fuente permanente de información que identifique brechas de cuidado y que permita estimar necesidades que podrían estar cubiertas por la oferta de apoyo a los cuidados en el domicilio. Está relacionado con la capacidad de la red de protección social – o del sistema de atención a la dependencia y de apoyo a los cuidados de larga duración, si lo hay – de priorizar sus inversiones en el desarrollo de los distintos tipos de servicios. Esto es particularmente válido cuando se trata de mecanismos de transferencia de recursos a organizaciones de bienestar social, como el que implementa la Junta de Protección Social, donde sería importante conocer la magnitud de la demanda de apoyo a los cuidados y diferenciar en función de eso las contribuciones para financiar las distintas modalidades.

2. **Diferenciar apoyos para los distintos destinatarios vinculados con los cuidados.** Los cuidados domiciliarios o el apoyo a los cuidados en el domicilio tienen dos destinatarios: la personas con dependencia y sus cuidadores familiares o co-residentes. La revisión de las distintas modalidades conocidas en este ámbito deja claro que los apoyos o asistencias que movilizan los programas tendrán distintos objetivos en función de quién es la persona a la que se busca apoyar en primer lugar y con qué mecanismo. Las transferencias, por ejemplo, podrían servir como retribución al cuidado informal no remunerado para compensar, al menos parcialmente, el costo de oportunidad de los cuidados, en particular si se trata de mujeres que renuncian a la posibilidad de trabajar remuneradamente por asumir de manera exclusiva el cuidado de su familiar con dependencia. En la misma categoría, las alternativas de respiro, tan poco exploradas todavía en el contexto costarricense, deben tener en cuenta tanto las necesidades de la persona cuidadora como las de la persona dependiente.

3. **Diseñar alternativas flexibles de apoyo a los cuidados en el domicilio.** Al considerar la dinámica de los cuidados en el hogar, incluso si hay poca o ninguna capacidad para asumir los cuidados de la persona dependiente, esto debe ser un parámetro importante a la hora de diseñar los servicios que se ofrecen, tanto en contenido – qué apoyos se entregan – como en intensidad – cuántas horas se ponen a disposición. En general, los esquemas hasta ahora conocidos son bastante rígidos en ambos sentidos y no parecen ofrecer demasiado espacio para ajustar esos apoyos a las distintas necesidades de los hogares. De hecho, no hay mecanismos que permitan que los hogares cuenten con apoyos parciales y variables en función de la necesidad, como recurrir a un servicio de cuidado temporal por contingencias del cuidador o cuidadora familiar, o negociar la distribución horaria en la que los auxiliares del cuidado acuden al domicilio para asistir a la persona dependiente e incluso relevar a cuidador familiar. Un diseño de este tipo permitiría, además, actuar con mayor equidad dosificando los apoyos al cuidado en domicilio e, incluso, aumentando el número de hogares y personas con dependencia que pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones.

Diseñar un repertorio de apoyo a los cuidados centrado en la persona

Se sabe que la dependencia es una condición muy heterogénea en su manifestación. Por lo mismo es difícil pensar en una oferta rígida o altamente estructurada que se base en una estimación típica de la dependencia. En Costa Rica se observa una tendencia progresiva hacia la incorporación de este concepto e incluso hacia la incorporación de métricas que permitan dimensionar la severidad de la dependencia. Sin embargo, no resulta tan claro si esa valoración se hace de manera sistemática y con arreglo a estándares que permitan una valoración más objetiva de esa severidad. Poner la dependencia en el centro de la oferta de apoyo a los cuidados tiene que ver con tres aspectos fundamentales:

1. **La adopción de un baremo de la dependencia.** Desde el punto de vista de las políticas públicas es necesario delimitar con claridad las fronteras del grupo objetivo al que hace referencia la dependencia, tanto para estimar el tamaño de la demanda que es preciso atender, como para estimar la composición de una cartera básica de servicios que asista necesidades distintas de apoyo a los cuidados. El uso de instrumentos que evalúan la capacidad funcional de las personas es clave para determinar la intensidad de los apoyos requeridos por una persona y para estimar el riesgo de morbilidad, el uso probable de servicios de salud e, incluso, la necesidad de institucionalización (Morales y Leandro, 2009:70).

Los países se diferencian en la forma en que determinan el nivel de dependencia de la persona y, en consecuencia, en cómo estiman la necesidad de asistencia para la realización de actividades de la vida diaria. Ambas cuestiones determinan la elegibilidad para diversos tipos de servicios dentro del sistema de CLD. Como mínimo, un sistema de valoración de la dependencia debería considerar para qué actividades el dependiente necesita asistencia, la frecuencia con la que se requiere apoyo y la cantidad de tiempo durante la cual se requiere la ayuda. Los instrumentos utilizados para medir la dependencia generalmente reciben el nombre de Baremo de Valoración de la Dependencia y con su aplicación se determina la dependencia y su severidad, así como los apoyos o prestaciones que requiere una persona. Hasta el momento, Costa Rica no cuenta con un instrumento estandarizado de este tipo que sirva como sistema para hacer esa valoración.

2. **El refuerzo de servicios domiciliarios con foco en la prevención.** El espacio del hogar y la red de contactos familiares que interactúan con la persona dependiente son importantes para entender no solo las necesidades de ese hogar para cumplir mejor con las tareas de cuidado sino, también, para conocer las oportunidades para preservar capacidades funcionales, prevenir su deterioro y evitar o retrasar la dependencia. Con la incorporación de medidas de anticipación de carácter universal (como la visita anual a las personas mayores para hacer una valoración funcional y orientar prácticas de autocuidado, o la aplicación temprana de instrumentos de evaluación funcional en los exámenes preventivos de salud, conectados a la red social de acciones para promoción, prevención y asistencia) se podría contribuir de manera notable a anticipar la capacidad de respuesta de la red de protección social, en particular si existe una adecuada coordinación sociosanitaria.

3. **La diversificación de estrategias para cualificar los cuidados domiciliarios.** Entidades clave de la institucionalidad costarricense como el Ministerio de Salud, El Consejo Nacional de la Persona con Discapacidad (CONAPDIS) y el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) han hecho adelantos importantes para desarrollar competencias en personas cuidadoras y certificarlas en ese rol, procurando que los cuidados que se proveen sean de calidad y, de paso, mejorando las posibilidades de empleabilidad de las personas entrenadas para ese rol. Sin embargo, hay todavía un amplio margen para diversificar la oferta de la formación de personas cuidadoras, teniendo en cuenta sus distintas expresiones. En este punto, se identifican al menos tres ejes de relevancia: (1) la profesionalización de los cuidados mediante la formación y certificación de roles como asistentes personales y auxiliares del cuidado; (2) la formación y certificación de las personas que realizan visitas domiciliarias para brindar algún apoyo específico a la persona dependiente, esto es, que no asumen cuidados relacionados directamente con el apoyo a la realización de actividades de la vida diaria pero que asisten en aspectos tan fundamentales como el suministro de tratamientos o cuidados de heridas, y (3) la capacitación de los cuidadores y cuidadoras informales para que, en el marco de ese rol, puedan cumplir de mejor forma con las tareas que implica el cuidado de su familiar con dependencia.

Bibliografía

- Acón Monge, K. (2017). *Análisis de costos de prestaciones principales de cuidado y proyecciones de gasto ante escenarios de aumento de cobertura de servicios*. Trabajo no publicado. Informe de consultoría.
- Aranco, N. y Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Sector Social. Nota Técnica n° IDB-TN-1615. Washington, D.C.: BID.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud Sector Social. Resumen de políticas n° IDB-PB-273. Washington, D.C.: BID.
- Aranco, N. e Ibararán, P. (2020). *Servicios de apoyo personal en domicilio para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Washington, D.C.: BID.
- Barefoot, J. C., Grønbaek, M., Jensen, G., Schnohr, P., y Prescott, E. (2005). Social network diversity and risks of ischemic heart disease and total mortality: findings from the Copenhagen City Heart Study. *American Journal of Epidemiology*, 161(10): 960-967.
- Batthyány K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales*. Serie Asuntos de Género n°124 (LC/L.3958), Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Bauer, J. y Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver: Employment, Health, and Family. *Journal of Population Ageing*, 8(3), 113-145. doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0.
- Bertelsen, T.M. y Rostgaard, T. (2013). Marketisation in eldercare in Denmark: free choice and the quest for quality and efficiency. En G. Meagher y M. Szebehely (eds): *Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences* (pp 127-6). Estocolmo: Stockholm University.
- Bidegain, N. y Calderón, C. (2018). *Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Medellín, N., Oliveri, M. y Stampini, M. (2019). *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0001972>.
- Caspar, S., Phinney, A., Spenceley, S. y Ratner, P. (2020). Creating Cultures of Care: Exploring the Social Organization of Care Delivery in Long-Term Care Homes. *Journal of Long-Term Care*, (2020), pp. 13–29.

- Colombo, T., Llana-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). doi: 10.1787/9789264097759. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/oecd_helpwanted_en.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y autonomía*. Santiago de Chile: CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *Panorama Social de América Latina*, (LC/PUB.2018/1-P), Santiago de Chile: CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Chaves, L. (2014). La plataforma integral de servicios en Costa Rica: una herramienta para hacer efectivos los derechos de las personas mayores. En *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Santiago de Chile: CEPAL. LC/L. 3942: 103-109.
- Chomik, R. y MacLennan, M. (2014). *Aged Care in Australia: Part I-Policy, Demand and Funding*. Informe de investigación del CEPAR 2014/01. Sydney, Australia: ARC Centre of Excellence in Population Ageing Research.
- Dobova, S. *et al.* (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health* 10(104).
- Durán, M. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Durán, M. (2006): Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60: 57-73.
- Dyer, S.M., Valeri, M., Arora, N., Ross, T., Winsall, M., Tilden, D. y Crotty, M. (2019). *Review of international systems for long-term care of older people*. Adelaide, Australia. Disponible en: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/publications/Documents/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>.
- European Commission. (2016): *Denmark. Health Care and Long-Term Care Systems*, An excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional Paper 37 Vol 2. Country Documents. Bruselas: EC.
- European Commission. (2019). *Health and long-term care*. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/employment-and-social-inclusion-indicators/>
- Fast, J., Keating, N., Eales, J., Kim, C. y Lee, Y. (2020). Trajectories of family care over the life course: Evidence from Canada. *Ageing and Society*, 1-18. doi:10.1017/S0144686X19001806
- Fernández, F. (2008). Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y Seguridad Social de cuidadores no profesionales. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (74), 79-104. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/74/est04.pdf.

- Gálvez, L. (dir). (2013). *Empleo y sostenibilidad social en Andalucía: análisis de la provisión de servicios para la dependencia*. Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía.
- Gamboa, F. y Salas, M. (2019): Programa Servicios de Convivencia Familiar. Dirección de Desarrollo Regional y Unidad de Autonomía Personas y Protección Social. Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) Heredia. Costa Rica.
- García-Antón, A. (2011). *Guía Práctica de la Ley de Dependencia*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Madrid: International Marketing Communication, S.A.
- Gascón, S. y Redondo N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Serie Políticas Sociales n° 207 (LC/L.3875). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- González, S. y Carrero, C. (2009). *El Estatuto Jurídico del Cuidador de las Personas en Situación de Dependencia*. Universidad Carlos III. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C. y Pérez-Lahoz, V. (2019). *La asistencia personal como nuevo derecho de ciudadanía: una mirada desde el ámbito de los profesionales de la salud*. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(53). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.11>
- Gori, C., Fernández, J., y Wittenberg, R. (2016). *Long-term care reforms in OECD countries*. Bristol, UK; Chicago, IL, USA: Bristol University Press. doi:10.2307/j.ctt1t88zbz
- Grove, A. (2019). *Aged Care: a quick guide*. Parliamentary Library: Research Paper Series, 2018-2019.
- Harper, S. y Hamblin, K. (2014). *International handbook on ageing and public policy*. Edward Elgar Publishing.
- Huenchuan, S. (2011). Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores. En: *Las familias latinoamericanas interrogadas: hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Santiago de Chile: CEPAL, 2011. pp. 163-169. LC/L. 3296-P.
- Huenchuan, S. (2014). "¿Qué más puedo esperar a mi edad?" Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Santiago de Chile: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. pp. 153-168.
- Huenchuan S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Libros de la CEPAL, n° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago de Chile: CEPAL.
- Huete, A. (2019). *Autonomía e Inclusión de las personas con Discapacidad en el ámbito de Protección Social*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Sector Social. Resumen de Políticas n° IDB-PB-305. Washington, D.C.: BID.

- Ibarrarán, P., Medellín, N., Stampini, M., Jara, P., Pérez Eransus, B. y Parsons, J. (2016). *Más inclusión social: Lecciones de Europa y perspectivas para América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.: BID.
- Jara Maleš, P., Matus-López, M., Chaverri-Carvajal, A. (2020). *Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Sector Social. Nota Técnica. IDB-TN-1878. Washington D.C.: BID.
- Karlsson, M., Øien, H. e Iversen, T. (2012). Scandinavian Long-Term Care Financing. En: Joan Costa-Font y Christophe Courbage (Eds.): *Financing Long-Term Care in Europe. Institutions, Markets and Models*. Palgrave Macmillan, S. pp. 254-278. doi:10.1057/9780230349193_14. Disponible en: <https://www.palgrave.com/de/book/9780230249462>.
- Keating, N., Eales, J., Funk, L., Fast, J. y Min, J. (2019). Life course trajectories of family care. *International Journal of Care and Caring* 3, pp. 147–163.
- Kvist, J. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Denmark 2018*. Comisión Europea. Bruselas: CE.
- Leinonen, E. (2020). Caring in space: The boundaries between public and private spaces in Finnish adult foster care homes. *Ageing and Society*, 1-18. doi:10.1017/S0144686X19001831.
- Medellín, N., Jara Maleš, P. y Matus-López, M. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Matus-López, M. y Rodríguez-Modroño P. (2014). Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados América Latina. *Revista CLAD Reforma y Democracia*, 60: 103-130.
- Matus-López, M. (2015). Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas. *Cadernos de Saude Pública*, 31(12): 2475-81.
- Matus-López, M. (2019). *Prospección de costos de un sistema de cuidados para la atención de la dependencia en Costa Rica*. Trabajo no publicado. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Morales, F. y Leandro, G. (2009). Dependencia en Geriátría: definición, epidemiología, diagnóstico. En Álvarez Gregori, J. y Macías, J. F. (Eds). *Dependencia en Geriátría* (51-72). Ira Edición. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Muir, T. (2017). *Measuring social protection for long-term care*. OCDE Health Working Papers, nº 93. París: OCDE Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. París: OCDE. Disponible en: www.oecd.org/health/longtermcare y en www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. París: OECD Publishing. Disponible en: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. París: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019). *Health Statistics 2019. OECD Health Statistics 2019. Definitions, Sources and Methods*. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- Organización Internacional del Trabajo (a). (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Ginebra: OIT, 2017. ISBN 978-92-2-330987-9.
- Organización Internacional del Trabajo (b). (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *World report on ageing and health*. Ginebra: OMS
- Organización de las Naciones Unidas. ONU Mujeres. (2018). *El Trabajo de Cuidados: Una cuestión de Derechos Humanos y Políticas Públicas*. Ciudad de México: ONU.
- Palloni, A., McEniry, M., Wong, R., y Peláez, M. (2005). Ageing in Latin America and the Caribbean: implications of past mortality. En: *Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures*. División de Población de Naciones Unidas.
- Paul III, D.D.S., David, P., y Schaeffer, K.C. (2017). Long-term care policy: What the United States can learn from Denmark, Sweden, and the Netherlands. En: *Business & Health Administration Proceedings*, Avinandan Mukherjee, Editor, pp. 223-236.
- Pérez Bueno, L. (2010). *Discapacidad, derecho y políticas de inclusión*. Madrid: CERMI.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Madrid: IMSERSO.
- Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options*. Gender and Development Programme Paper nº 3. Ginebra: UNRISD.
- Razavi, S. (2012). Rethinking care in a development context: an introduction. En: Shakra Razavi (ed) *Seen, heard and counted: rethinking care in a development context*. Londres: Wiley-Blackwell.
- Roberts, K. (2017). *International aged care: a quick guide*. Section SP, editor. Canberra: Commonwealth of Australia.

- Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, M., Cruz, J. y de Soto Rioja, S. (2008). *La Aplicación de la Ley de la Dependencia en Andalucía*. Sevilla: Consejo Andaluz de Relaciones Laborales. ISBN: 978-84-96378
- Sauma, P. (2012). *Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado*. Estudio de caso Costa Rica. Serie Mujer y Desarrollo n° 116, septiembre de 2012. Santiago de Chile: CEPAL.
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*. Oficina Internacional del Trabajo. Serie Extensión de Seguridad Social, n° 50.
- Schulz, E. (2010). *The long-term care system in Denmark*. European Network of Economic Policy Research Institutes. Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN) DIW Berlin.
- Sidorenko, A. (2014). *Tres cursos de acción para el empoderamiento de las personas mayores. Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Santiago de Chile: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. pp. 119-130.
- Spillman, B.C., y Lubitz, J. (2000). The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *New England Journal of Medicine*, 342(19), 1409-1415.
- Vandepitte, S., Putman, K., Van Den Noortgate, N., Verhaeghe, S., y Annemans, L. (2019). Effectiveness of an in-home respite care program to support informal dementia caregivers: A comparative study. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(10), 1534-1544.
- Van Houtven, C.H. y Norton, E.C. (2004). Informal Care and Health Care Use of Older Adults. *Journal of Health Economics* 23(6): 1159-1180.
- Varik, M., Medar, M. y Saks, K. (2020). Informal caregivers' experiences of caring for persons with dementia in Estonia: A narrative study. *Health Soc Care Community*. (28): 448-455. <https://doi.org/10.1111/hsc.12877>
- Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I. y De Boer, A. (2019). The effect of public home-care expenditure on unpaid caring: differences between the over-50s in work and not in work. *International Journal of Care and Caring*, 3(2), 203-224.
- Vrangbæk, K. (2016). *The Danish health care system*. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.
- Yoo, B.K., Bhattacharya, J., McDonald, K.M. y Garber, A.M. (2004). Impacts of Informal Caregiver Availability on Long-term Care Expenditures in OECD Countries. *Health Services Research*, 39(6 Pt 2). DOI:10.1111/j.1475-6773.2004.00328.x.

Legislación y documentos oficiales

- Aged Care Financing Authority. (2019). Seventh report on the Funding and Financing of the Aged Care Industry. Annual Report on the Funding and Financing of the Aged Care Industry 2019. Gobierno de Australia. Departamento de Salud, Camberra.

Boletín Oficial de Guipuzkoa. (2017). Aprobación de las cuantías máximas de las prestaciones económicas de dependencia. San Sebastián. 28 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://egoitza.gipuzkoa.eus/gao-bog/castell/bog/2017/12/29/c1708962.pdf>

CONAPAM. (2011). Política nacional de envejecimiento y vejez 2011-2021. San José, Costa Rica: Presidencia de la República.

CONAPAM. (2012). Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. 2ª Versión: revisada y ampliada, octubre del 2012. San José, Costa Rica.

CONAPAM (2020). La Red. Bienes o servicios que entrega. Montos máximos. San José.

Consejo de Europa. (1998). Recomendación nº R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia. Estrasburgo: Consejo de Europa. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51023>.

Danmarks Statistik. (2017). Befolkningens udvikling 2016. Recuperado el 22 de Mayo de 2020 en <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal>, Copenague: Statistics Denmark. Danmarks Statistik (2018), Færre ældre.

Decreto 117/016. 4 de Abril de 2016. Reglamentación de la Ley 19.353 Relativo a la Creación del Sistema Nacional Integrado De Cuidados (SNIC). Servicio De Asistentes Personales Para Cuidados de Larga Duración Para Personas en Situación de Dependencia Severa. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/117-2016>.

Decreto Foral 39/2014, del Consejo de Diputados de 1 de agosto, que regula las prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Álava: prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, prestación económica de asistencia personal y prestación económica vinculada al servicio. Disponible en: https://www.araba.eus/botha/Boletines/2014/098/2014_098_04162_C.pdf.

Departamento de Análisis y Estudios Sociales. División de Estudios Sociales y Trabajo de Campo y Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (2018). Aproximación a la población dependiente mediante encuestas. Secretaría Nacional de Cuidados. Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo.

Diputación Foral de Gipuzkoa. (2018). Gizarte Politika/Políticas Sociales. 2018ko Memoria del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo del Ministerio de Desarrollo Social. (2018). Aproximación a la población dependiente mediante encuestas. Montevideo, Sistema de Cuidados.

Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018. (2019) Metodología. INEC-CONAPDIS. San José, Costa Rica.

Encuesta Nacional de Salud 2006. (2007). Centro Centroamericano de Población. San José, Costa Rica.

FODESAF, 2015----Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. (2015). Ficha Descriptiva del Programa Construyendo Lazos de Solidaridad ejecutado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. San José.

FODESAF, 2017----Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. (2017). Ficha Descriptiva del Programa Construyendo Lazos de Solidaridad ejecutado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. San José.

FODESAF, 2020----Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. (2020). Ficha Descriptiva del Programa Construyendo Lazos de Solidaridad ejecutado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. San José.

Gaceta nº 83 de 30 de abril de 2010: Criterios para la distribución de recursos de la Ley Nº 8718 de la Junta de Protección Social.

Gobierno de Costa Rica y Ministerio de Salud. (2016). Plan Nacional de Salud 2016-2020. San José.

Gobierno de España. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado nº. 299, de 15 de diciembre de 2006. Referencia: BOE-A-2006-21990. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>.

Gobierno Vasco. (2020). Servicios sociales, dependencia / riesgo de dependencia. Servicios Sociales, Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Disponible en: https://www.euskadi.eus/web01-a2gizar/es/contenidos/informacion/cartera02_servicios_sociales/es_def/index.shtml#id_11

Instituto Nacional de Aprendizaje. (2018). Programa de Formación Profesional de Asistencia Personal para la Persona con Discapacidad. Nivel de cualificación, programa de habilitación SCSB2032. Núcleo de Salud, cultura y Artesanías, subsector productivo de Salud y Bienestar. San José.

INEC. Estadísticas demográficas. 2011-2050. Proyecciones nacionales. Población total por años calendario, según sexo, grupos quinquenales de edades y edades simples. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Resultados generales [recurso electrónico] / Instituto Nacional de Estadística y Censos, Universidad Nacional. IDESPO; Instituto Nacional de las Mujeres. 1ª ed. San José: INEC, 2018.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica), Instituto de Estudios Sociales en Población e Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017. Resultados Generales. ISBN: 978-9930-525-27-2. Disponible en: (http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca_virtual/reenut2017.pdf).

Junta de Protección Social. (2010): Diagnóstico de necesidades de las poblaciones en estado de pobreza o vulnerabilidad. San José: Junta de Protección Social (JPS). Publicado en el Diario Oficial La Gaceta nº. 83, del 30 de abril del 2010.

Ley 19.353 de 8 de Diciembre de 2015. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. Panorama de la Población Mundial: Revisión 2017. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.

Report on the Operation of the Aged Care Act 1997. (2019). Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health 2019.

Secretaría Nacional de Cuidados. (2018). Aproximación a la población dependiente mediante encuestas. Documento de Trabajo. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, División de Estudios Sociales y Trabajo de Campo, Departamento de Análisis y Estudios Sociales. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.

Servicios Sociales de Madrid. (2020). *Servicio de Ayuda a Domicilio para Personas Mayores - Gestiones y Trámites*. Junta de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://sede.madrid.es/portal/site/tramites/menuitem.62876cb64654a55e2dbd7003a8a409a0/?vgnextoid=fae76a38d1bed010VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=61eba38813180210VgnVCM100000c90da8c0RCRD&vgnnextfmt=default> [Accessed 4 Jan. 2020].

Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay (SNIC). (2015). "Plan Nacional de Cuidados: 2016-2020". Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf>

Sistema de Cuidados Integrado de Cuidados de Uruguay (SNIC). (2019). INFORME ANUAL 2018. Montevideo: Gráfica Mosca. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/121834/1/informe-anual-2018-snic.pdf>. ISBN: 978-9974-902-18-3

Sistema de Cuidados Integrado de Cuidados de Uruguay (SNIC). (2020). *Cuidados rinde cuentas*. Informes mensuales. Enero 2020. Montevideo: Mides. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/121833/1/informe-mensual-snic-enero-2020.pdf>

