

## **Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes.**

Segunda parte:  
Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa

Soc. Leticia Pugliese



## PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEPENDIENTES.

### SEGUNDA PARTE: Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa

#### I. Introducción

Como se señaló en la Primera parte de este trabajo, el objetivo es realizar una revisión de los programas y servicios socio-sanitarios dirigidos al cuidado de las personas adultas mayores dependientes, que existen en distintos países, como estudio descriptivo de sistemas comparados.

El trabajo se dividió en dos partes. La primera consistió en una revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección a las personas adultas mayores dependientes. En esta segunda parte se abordará el estudio descriptivo de Programas y Servicios para adultos mayores en algunos países de América, Asia y Europa.

#### II. Algunas definiciones

En primer lugar importa definir algunos conceptos para especificar qué se entiende por Cuidados de personas adultas mayores dependientes.

##### *DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES*

La dependencia es un nuevo riesgo social y el cuidado es un derecho. En las sociedades modernas existe una legitimación social de la atención colectiva a necesidades particulares. Los programas de protección social tienen por origen el hecho de la toma de conciencia de determinados problemas o necesidades que trascienden lo personal y pasan a ser sociales. Se trata de cubrir riesgos en forma colectiva.

En la primera parte de este trabajo, se intentó mostrar cómo los modelos de protección social en determinados países se diferencian por responder en forma particular a las preguntas de qué consideran riesgo social, quién los cubre, qué tipos de riesgos se comparten colectivamente y cómo se comparten.

Las respuestas a estas preguntas tienen consecuencias para comprender la estructura resultante de la distribución de la provisión del bienestar por distintas instituciones sociales (familias, estado, mercado y comunidad) y sus interrelaciones.

La dependencia puede ser por edad o por enfermedad o discapacidad. En el caso de los adultos mayores, la dependencia es provocada por situaciones de pérdida de autonomía funcional, vulnerabilidad y fragilidad.

Una persona adulta mayor se considera dependiente cuando no puede realizar sin ayuda de otra persona, algunas actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria. Se

entiende por tales, aquellas actividades que se han de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social<sup>1</sup>.

Hay grados de dependencia, que pueden resumirse en dependencia baja, mediana y alta, o también como dependencia moderada, grave y muy grave. Los niveles de dependencia van a determinar la carga de cuidados necesarios.

Para su medición se utilizan baremos que establecen el nivel de dependencia de acuerdo a determinados criterios que refieren a la cantidad de esas tareas que la persona puede realizar en forma autónoma, o con diferentes niveles de ayuda.

## CUIDADOS

Las ayudas que recibe o debería recibir para realizar las actividades de la vida diaria, son “cuidados”. No se limitan a apoyos instrumentales, sino que al estar vinculados a una relación personal entre persona cuidada y persona cuidadora, se establecen lazos afectivos, que posibilitan brindar el apoyo emocional que la persona dependiente necesita por su situación de vulnerabilidad y fragilidad. Esto puede variar por el tipo de vínculo, formal o informal.

Batthyány, K (2008), sintetiza conceptos de la literatura especializada, definiendo como cuidado o apoyo informal los cuidados que se prestan por familiares, amigos, vecinos, se caracteriza por la existencia de afectividad en la relación, no está necesariamente profesionalizado y no se realiza de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso. Los cuidados formales son los que se realizan en la red de servicios socio-sanitarios (residencias geriátricas, hospitales, centros especializados, cuidados a domicilio, etc.).<sup>2</sup>

En la discusión del tipo de ayudas que brindan las personas cuidadoras remuneradas (en servicios de acompañantes de Uruguay, que se verá más adelante) también se encuentran referencias al apoyo emocional.

Entrevista a un delegado de la Federación Uruguaya de la Salud: *La FUS ha estado estudiando el tema y entiende que las tareas de los acompañantes son la de brindar apoyo psico - afectivo, no asistencial sanitario.*<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desvestirse, poder ir solo al baño, poder quedarse solo durante la noche, comer) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interactuar con el medio. En esta categoría se incluyen por ejemplo, utilizar el teléfono, tomar la medicación en tiempo y forma, subir y bajar escalones, tomar un ómnibus u otro medio de transporte, preparar la propia comida, realizar compras, realizar actividades domésticas básicas (lavar la vajilla, hacer la cama, etc.), pasear y concurrir a actividades recreativas y culturales, ir al médico, realizar trámites y administrar el propio dinero, entre otras.

<sup>2</sup> Batthyány, Karina. “Género y cuidados familiares. El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo.” En *El Uruguay desde la Sociología V*. Dpto. de Sociología, Fac. de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 2007.

<sup>3</sup> BPS. *Informe Servicio de compañía y cuidados a jubilados y pensionistas del BPS*. Montevideo, Uruguay (Pugliese, Leticia, coordinadora, marzo 2010).

En la discusión sobre el rol del cuidador,

se encuentra muchas veces una difusa frontera entre los cuidados en situaciones de dependencia, de los cuidados de enfermería o del trabajo doméstico. La definición de las tareas de cuidado, buscando su especificidad y por tanto su separación de otros tipos de funciones, es esencial para una definición acabada de los cuidados a personas dependientes. Sin embargo, ¿es posible una marcada delimitación?

Entrevista a un trabajador de una empresa de acompañantes y dirigente sindical: *Al realizar las tareas se necesita cierta flexibilidad. Porque a veces hay que realizar algo de enfermería, por ejemplo no sólo se debe vigilar el pasaje del suero, sino también tener en cuenta que si el goteo es rápido y el suero tiene potasio, puede perjudicar a un enfermo diabético, y también algo de higiene del ambiente, por ejemplo si se acompaña a un hombre que vive solo y tiene mal higienizado su hogar, al menos debe limpiarse el lugar en que se encuentra.*<sup>4</sup>

Más allá de lo específico, hay una definición general y abarcativa que proporciona CEPAL. “Se trata de una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas. Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria.”<sup>5</sup>

#### SISTEMA DE CUIDADOS PARA ADULTOS MAYORES

La literatura especializada en la temática de la atención a personas mayores, así como la normativa en derechos de dichas personas, y los modelos de referencia en distintos países que cuentan con sistemas de cuidados para esta población, coinciden en que el modelo debe ser *preventivo, progresivo, coordinado e integrado*, a partir de un sistema socio-sanitario que incluya una amplitud de opciones de servicios, acorde a la evaluación del perfil del adulto mayor y de su entorno.

**Preventivo:** porque el objetivo es el mantenimiento de la capacidad funcional de los adultos mayores, de su autonomía y calidad de vida en su hogar, evitando o retardando la institucionalización, que sólo se aplicará cuando no puede resolverse la situación en instancias intermedias.

**Progresivo:** porque los niveles de dependencia van aumentando en forma progresiva con la edad. Si bien envejecer no es enfermar, y la mayoría de los adultos mayores no llegan a ser dependientes, se ha constatado que existe correlación entre el aumento de la edad y el aumento de la dependencia. El aumento de la edad es un factor de riesgo de dependencia, y la declinación funcional suele incrementarse en forma progresiva, especialmente si no se ha realizado una buena prevención.

**Coordinado e integrado** entre los diferentes ámbitos públicos, así como entre lo público, privado y comunitario, incluyendo a los propios interesados en sus organizaciones. Un sistema integrado en lo social y coordinación con lo sanitario, constituido por redes locales

<sup>4</sup> Ibídem

<sup>5</sup> CEPAL (2009). Panorama Social de América Latina.

de servicios coordinadas de tal forma que puedan atender eficientemente necesidades de carácter polimórfico.

#### OBJETIVOS Y DESTINATARIOS

Entre los objetivos de un sistema de cuidados para personas mayores, que intenta resolver situaciones que involucran a las familias cuidadoras y a los trabajadores y trabajadoras remuneradas, se podrían considerar los siguientes:

- i. Ofrecer servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de las situaciones de dependencia, tratando de evitar o retardar la institucionalización, a fin de conseguir un envejecimiento activo y saludable como lo recomienda el marco normativo de derechos de personas adultas mayores. Destinatarios: Adultos mayores con baja o moderada dependencia.
- ii. La atención y el cuidado de situaciones de dependencia en sus diferentes niveles, apoyando al adulto mayor y a sus familiares cuidadores; Destinatarios: Adultos mayores con moderada o alta dependencia y familiares cuidadores.
- iii. Ofrecer recursos o servicios formales de atención que influyan positivamente sobre algunas de las dimensiones que originan problemas de salud de cuidadoras/es familiares originadas en la propia función de cuidado, dando respiro y apoyo; así como eliminar obstáculos para su desarrollo personal y profesional que se ve limitado por la dedicación en tiempo y esfuerzo de esta actividad. Destinatarios: cuidadoras/es familiares.
- iv. Profesionalizar los servicios de cuidados. Destinatarios: cuidadores/as remuneradas, que en su gran mayoría son mujeres, de mediana edad, con bajo nivel de educación, desempeñando un tipo de trabajo desvalorizado socialmente, mal remunerado y con poca cobertura de derechos; cuidadoras/es familiares y en forma indirecta las personas mayores receptoras de cuidados.

### III. Catálogo de Servicios de Cuidados

Los servicios de cuidados tienen especificidad según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Las últimas tendencias en las ofertas de estos servicios es la concatenación, servicios que se ensamblan y se ofertan paulatinamente a medida que surgen o se complejizan las necesidades o dependencias.<sup>6</sup>

Entre los principios rectores se encuentran “envejecer en casa” y “derecho a la autonomía y la autodeterminación”, que han sido establecidos en diversas instancias de reconocimiento de los derechos de los adultos mayores, y que se reafirmó en el Plan de Acción de Madrid (2002).<sup>7</sup>

En este sentido, se puede intentar una clasificación de servicios que vaya de los dirigidos a personas mayores con baja o mediana dependencia, y que por lo tanto puedan

---

<sup>6</sup> Alberti, Ricardo, en *Panorama de la Vejez en Uruguay*. Universidad Católica. IPES. UNFPA. Montevideo, Uruguay, Dic. 2009.

<sup>7</sup> ONU. Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento y Foro de Madrid. 2002.

permanecer en su hogar, incluso viviendo solas, hasta los residenciales o institucionales, para aquellos que por su alta dependencia no puedan permanecer en su hogar y necesiten, como último recurso, ser institucionalizados.

9) Residencias de Larga Estadía	Se tiende a una combinación de servicios y una oferta flexible.
8) Servicios de Estancias Temporales	
7) Servicios de Inserción Familiar	
6) Viviendas Protegidas	
5) Centros Diurnos	
4) Servicios de Ayudas domiciliarias	
3) Servicio de Teleasistencia domiciliaria	
2) Programas de ayudas técnicas y adaptación de las viviendas	
1) Programas de comidas a domicilio	

Paralelamente se encuentran las prestaciones económicas vinculadas a cuidados, como ser:

- Prestación económica vinculada a la adquisición del servicio
- Programas de apoyo económico a cuidadores familiares

Los servicios reseñados no son necesariamente todos los servicios existentes para el cuidado de personas adultas mayores, los que se presentan son los más difundidos en la mayoría de los países estudiados, como servicios públicos. La forma escalonada en la que se presenta la enumeración de los mismos, no significa que se ofrezcan en forma mecánica ascendente, en realidad hay una dinámica más compleja de concatenación, que puede ser diferente de acuerdo a la situación de cada beneficiario, que debería poder optar por uno u otro de acuerdo a sus necesidades, al grado de dependencia y a sus valores.

### III.1. Servicios

#### 1. Programas de Comidas a domicilio

##### Definición

Programas de alimentación y servicio de comidas a domicilio, que pueden proveerse en el hogar de personas mayores o en un lugar colectivo, cuyo objetivo es proporcionar soporte nutricional complementario para mantener o mejorar el estado de salud, y aliviar a los usuarios de las tareas de compra de alimentos y preparación de las comidas.

##### Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

Israel, Canadá, Suecia, Dinamarca, Noruega, España, Uruguay

En Israel los servicios de comidas a domicilio se denominan “comidas sobre ruedas”. También en Canadá se brinda este servicio. En los países escandinavos (Suecia, Dinamarca y Noruega), los servicios de comidas a domicilio se organizan a través de centros de servicios sociales que también funcionan como lugares de reunión, y están abiertos a todas las personas de la comunidad local.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> OISS Documento de trabajo “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales: Análisis de experiencias y modelos internacionales”. 2008

En España, algunas empresas que ofrecen el servicio de Teleasistencia, lo complementan con el servicio de comidas a domicilio como servicio asociado.

En Uruguay el Centro Geriátrico Hospital - Hogar "Dr. Luis Piñeyro del Campo" cuenta con un servicio de comidas a domicilio, dirigido a la comunidad.

## 2. Programas de ayudas técnicas y adaptación de la vivienda

### Definiciones

#### Ayuda Técnica/ Producto de Apoyo

Cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico usado por una persona con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, limitación para la actividad o dificultades para la participación.<sup>9</sup> Por ejemplo sillas de rueda, audífonos, etc.

#### Adaptación de la vivienda

El objetivo es dotar a las viviendas ocupadas por una persona mayor, de las adecuadas condiciones de habitabilidad y accesibilidad.

#### Accesibilidad

La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. Es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar las casas, las tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se ha concebido el entorno construido.<sup>10</sup>

Perfil de usuarios: Personas con discapacidad y adultos mayores dependientes.

Las ayudas técnicas como tales, existen prácticamente en todos los países, pero no siempre son ofrecidas en forma de programas de cuidados. Lo común es que sean ofertadas en el mercado por empresas privadas, y en muchos países el Estado colabora con transferencias monetarias o facilitando préstamos para su adquisición (como es el caso de Uruguay a través del Banco de Previsión Social)

En algunos países, como España, el Estado ha contribuido en la instalación de centros de referencia donde se ofrecen ayudas técnicas a personas mayores y con discapacidad, en forma accesible, tanto por medio de la provisión privada a esos centros, como por el diseño de productos realizados por técnicos del propio centro. En Argentina se ha replicado esta experiencia, pero no de forma estatal, sino por iniciativa de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

---

<sup>9</sup> Valle Gallego, Isabel. Ponencia *Ayudas Técnicas y Adaptación del hogar - Movilizaciones, traslados e higiene postural*. En Seminario sobre Formación de Cuidadores y Cuidadoras de Adultos Mayores. BPS – OISS - SEGIB. Montevideo, Uruguay, Noviembre 2010.

<sup>10</sup> *Ibíd*em



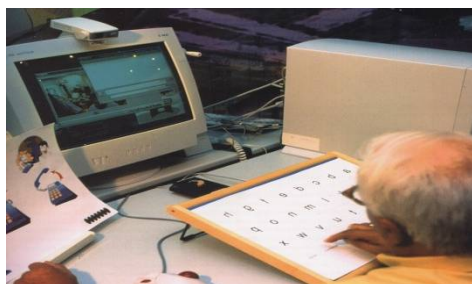
En España, el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT-IMSERSO) es un centro dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad creado mediante orden ministerial de 7 de abril de 1989.

Su Misión es: Contribuir a hacer efectivos los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad y personas mayores, a través de:

- Accesibilidad universal o integral
- Diseño pensado para todas las personas
- Productos de apoyo (Ayudas Técnicas)
- Accesibilidad integral de los entornos
- Diseño para todos o diseño universal, que concibe productos dirigidos al mayor número de personas, con independencia de sus limitaciones funcionales.

Entre sus productos se encuentran:

- Ortesis y prótesis
- Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales
- Productos de apoyo para la movilidad personal
- Productos de apoyo para actividades domésticas
- Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles
- Productos de apoyo para la comunicación y la información



**Accesibilidad física**  
**Accesibilidad cognitiva**  
**Accesibilidad sensorial**



**Se diseñan y ofrecen productos para adaptación de baños, cocinas, etc.**

[www.ceapat.org](http://www.ceapat.org)

En Argentina, se encuentra un centro similar, el CIAPAT. - Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, con sede en Buenos Aires, pero dirigido a la comunidad iberoamericana. Portal del CIAPAT <http://www.ciapat.org/site/agenda.asp>.

Es un centro de referencia que surge con el fin de favorecer la autonomía personal, la accesibilidad y el uso de las ayudas técnicas por las personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia, permanente o transitoria.

Pertenece a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y cuenta con la asistencia técnica y colaboración del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas –CEAPAT- perteneciente al Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- Madrid, España.

### Objetivos

- Servir de apoyo y referencia en Accesibilidad, Tecnologías de Apoyo y Diseño para Todos a nivel de Iberoamérica.
- Ofrecer formación, información y asesoramiento.
- Facilitar el conocimiento y la utilización provechosa de ayudas técnicas.
- Favorecer la participación activa de todos los usuarios.
- Favorecer la innovación en diseños pensados para todos.
- Fortalecer el diseño y la producción de tecnologías de apoyo

### Servicios y Productos

- Catálogo on line de productos de apoyo disponibles, de origen nacional e importados.
- Exposición de productos de apoyo presencial y virtual.
- Información y asesoramiento en ayudas técnicas para la vida diaria, la movilidad personal, la comunicación, la vivienda, el trabajo y la recreación.
- Biblioteca técnica especializada. Normativa y legislación nacional e internacional.
- Información y asesoramiento en accesibilidad arquitectónica, urbanística, del transporte y de la comunicación.
- Agenda de eventos en la temática

### 3. *Teleasistencia*

#### Definición

La Teleasistencia domiciliaria es un servicio de prevención y ayuda dirigido especialmente a personas mayores que pasan mucho tiempo solas y puedan requerir atención en cualquier momento del día o de la noche, por motivos de emergencias (accidentes domésticos, caídas, sospecha de robo, etc.), angustia o soledad.

Está basado en un desarrollo tecnológico que consiste en un dispositivo que actúa como un teléfono en miniatura, que puede ser usado en la muñeca (con forma de reloj) o como colgante, que al pulsarlo se comunica con una central telefónica, donde lo atiende un operador/a, quien tiene a la vista los datos del usuario en un software confeccionado al

efecto, Lo tranquiliza si es necesario, le aconseja, se comunica con la familia, con la emergencia móvil, con un vecino, la mutualista o la policía, según la situación.



**Dispositivo domiciliario y  
Unidad de control remoto  
(pulsador colgante o  
pulsera)**

Es una opción de uso muy sencillo, ya que la persona no tiene necesidad de buscar un teléfono ni acordarse de un número, sólo pulsa el dispositivo y se comunica.

Perfil de usuario: Mayores de 65 años, válidos o con cierta dependencia; que viven solos o acompañados por otra persona dependiente. Que no tenga problemas de audición, y pueda comunicarse normalmente.

Otras de sus funciones: seguimiento y evaluación de la situación mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias; avisos de agenda personalizados (toma de medicación, citas con médicos, etc.).

Los indicadores estadísticos de motivos de uso señalan en primer lugar situaciones de angustia y soledad, y en segundo lugar las caídas. Se ha constatado que uno de los riesgos más habituales entre las personas mayores son las caídas, que tienen efectos importantes sobre la pérdida de autonomía. Una parte importante de las personas mayores que se caen en su casa permanecen en el suelo, lejos del teléfono, por espacio de más de una hora antes de conseguir ayuda. Como consecuencia del retraso en la atención, se puede incrementar la gravedad de la lesión, así como una mayor incidencia de trastornos psicológicos que propicia el miedo a caer de nuevo y por tanto, un mayor aislamiento y dependencia.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

En Europa: Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania, Francia, España.

En América Latina: Argentina, Chile, México y Uruguay.

Países nórdicos: Suecia, Dinamarca y Noruega. En estos países la teleasistencia está muy extendida y se lo considera un servicio preventivo, por detectar con agilidad los problemas de las personas mayores dependientes, lo que permite arbitrar soluciones rápidas. Comenzaron a implementarse en la década del 80.

Recordemos como se vio en la primera parte de este trabajo, que los países escandinavos constituyen los más típicos representantes del modelo de Estado de Bienestar

caracterizado por un importante compromiso público con la protección social, dentro de un sistema universal y financiado principalmente por medio de impuestos.

El acceso a los servicios sociales (y médicos) es universal para todos los residentes, de forma gratuita o con una tarifa moderada, y están integrados dentro de un mismo sistema. Hay una tendencia al aumento de la provisión de servicios por el sector privado, por lo que actualmente se pueden caracterizar como mezcla de público – privado.

Holanda. La teleasistencia está muy desarrollada en Holanda, junto con los otros servicios de cuidados de larga duración. El sistema holandés tiene características similares al escandinavo, aunque en su interior opera la idea fuerza de un seguro (sanitario, aunque cubre todos los gastos ocasionados por la dependencia). Este seguro es obligatorio, por lo cual la financiación de los servicios es principalmente a través de las cotizaciones. El acceso a los servicios de basa en una evaluación de las necesidades por los servicios correspondientes.<sup>11</sup>

España. En España comenzó a implementarse en el año 1990, por iniciativa de técnicos del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) que fueron a visitar otros países europeos que tenían implementado este servicio (Alemania y los países nórdicos).<sup>12</sup>

Al principio fue dirigido a las personas mayores de 80 años que vivían solas. Al igual que en otros países europeos, empezó como un servicio de telealarma para casos de emergencia, pero la gente se comunicaba por diferentes razones, llegando a haber un 80% de casos que no eran emergencias. Esto mostró que las situaciones de soledad provocaban la necesidad de comunicación de estas personas, razón por la que el servicio dejó de ser de telealarma y pasó a ser teleasistencia.

Se afirma que es uno de los servicios más económicos, especialmente con relación a los de cuidadores en el domicilio. Si bien al principio hay que invertir en infraestructura y equipos (call center, artefactos electrónicos), a partir de 1.000 usuarios empieza a ser rentable.

Durante el funcionamiento lo más costoso podría ser la plantilla de personal. Cada centro de operación cuenta con un responsable del servicio, supervisores y operadores con buena formación. La función de los operadores es atender las llamadas de los usuarios, movilizar y coordinar los recursos necesarios y realizar seguimiento posterior a la intervención. Además de la formación técnica deben tener un perfil adecuado para comunicarse con personas vulnerables que pueden estar atravesando situaciones difíciles.

Algunas empresas ofrecen otros servicios que pueden ir asociados a teleasistencia, por ejemplo servicio de comidas a domicilio y actividades socioculturales.

América Latina: Argentina, Chile, México y Uruguay. En los países latinoamericanos que cuentan con este servicio, la teleasistencia domiciliaria está poco desarrollada, y es prestada por empresas privadas multinacionales, el Estado aún no ha desarrollado, ni promovido, ni regulado este tipo de servicios.

---

<sup>11</sup> OISS(2008) Op cit.

<sup>12</sup> Pugliese, Leticia. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud*. Banco de Previsión Social. Montevideo, Uruguay. Marzo 2009

#### 4. Servicios de Ayuda Domiciliaria

##### Definición

De acuerdo a Puga, D (2010), se trata de un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, que articula un conjunto de prestaciones que van desde la atención personal y doméstica hasta el apoyo psicosocial y familiar. Permite prolongar la permanencia en el hogar de las personas dependientes, y mantener su inserción en la comunidad y sus roles familiares y sociales.<sup>13</sup>

El art. 23 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, más conocida como “Ley de Dependencia”, de España, establece: “El servicio de ayuda a domicilio lo constituye 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, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

- a) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- b) Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.”

##### Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

En Europa: España, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania

En Asia: Japón, Israel,

En América: Canadá, Estados Unidos, Argentina, Brasil.

En los países escandinavos estos servicios engloban la ayuda domiciliaria y la enfermería a domicilio que los municipios ponen a disposición de las personas dependientes. En Dinamarca los servicios a domicilio son gratuitos, en Suecia y Noruega se paga por ellos una tasa muy baja.

En Holanda hay Agencias de Cuidado Domiciliario, en las que se fusionaron entidades locales privadas, que prestan servicios de tareas domésticas y apoyo, conjuntamente con otras entidades que prestan servicios de enfermería domiciliaria. Las subvenciones del gobierno cubren el 90% de los costos, porcentaje que es suplementado por las contribuciones que abonan los usuarios de los servicios.<sup>14</sup>

En Alemania, el colectivo asegurado del seguro social de cuidados de larga duración (aproximadamente el 90% de la población), y en su caso las personas que no hayan podido contribuir, probando dependencia. Esta es clasificada en tres grados a través de baremos aplicados por servicios técnicos. Los tipificados como Grado I, se entiende que necesitan ayuda personal como mínimo una vez al día, por un tiempo mínimo de 1 hora, además de ayuda varias veces a la semana para las tareas del hogar. Grado II, requieren ayuda personal al menos tres veces al día a distintas horas y por un tiempo de 3 hs. como

---

<sup>13</sup> Puga, D. (2010) Ponencia: *Cuidados a largo plazo y atención a la dependencia*. En: Envejecimiento y Estrategias de Protección social en América Latina. CEPAL – Naciones Unidas. Santiago, Chile, noviembre 2010.

<sup>14</sup> OISS (2008) Op.cit.

mínimo. En el Grado III, la ayuda personal es por las 24 horas del día, además de ayuda varias veces a la semana para las tareas del hogar.

En todos los casos las prestaciones en especie (ayuda domiciliaria por personal cualificado) pueden sustituirse por ayudas monetarias para que la persona se garantice la ayuda a través de un familiar u otra persona, o combinarse ambas. Las ayudas domiciliarias también se combinan con la provisión de ayudas técnicas (sillas de ruedas, camas especiales, etc) u obras de adaptación dentro de la vivienda.<sup>15</sup>

En Japón se da la modalidad de Seguro de Dependencia, donde los servicios de cuidados son financiados por la Seguridad Social, en forma colectiva y solidaria.<sup>16</sup> Cotizan a este seguro, de forma obligatoria, todos los trabajadores a partir de los 40 años de edad y los propios mayores, utilicen o no el seguro. Los prestadores son públicos y privados. El sistema es de acceso universal, pero la cobertura se evalúa en cada caso y contexto. La administración es territorial, donde las municipalidades son responsables del desarrollo de los servicios.

Se encuentra una gama variada de servicios como por ejemplo: Cuidadores domiciliarios, Centros de día, Servicios de Corta estadía, de Larga Estadía, Centros gerontológicos de múltiples servicios, etc. El servicio de Cuidadores domiciliarios se estableció a fines de los años 80, como parte de una serie de servicios incluidos en el Plan Gerontológico Nacional Integral, llamado "Plan Oro".

En Israel se brinda asistencia personal domiciliaria para adultos mayores que necesitan asistencia personal para el desempeño de las ABVD.

En Canadá el modelo de atención al adulto mayor es un conjunto integrado de cuidados continuos.<sup>17</sup> Se trata de un sistema de prestación de servicios que incluye todos los servicios de salud y apoyo. Entre ellos, el servicio de ayuda domiciliaria es uno de los servicios en la comunidad, a los que el adulto mayor llega a través de una ventanilla única de acceso, donde se le asigna un gestor de casos que lo orienta y acompaña a través del sistema de servicios.

En Estados Unidos, típico modelo asistencial, la provisión de servicios es fundamentalmente privada. La cobertura de ayuda a domicilio es baja (2.7% de la población de 65 y más años)<sup>18</sup>

Brasil es uno de los países donde se ha desarrollado una política integral dirigida a los Adultos Mayores. Se implantó la Política Nacional del Adulto Mayor (PNI), a partir de la cual se formuló el Plan Nacional de Gestión integrada de Acción Gubernamental para la Persona Mayor. A partir de este Plan, los Ministerios Sectoriales asumieron la

---

<sup>15</sup> OISS (2008) Op.cit.

<sup>16</sup> BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, (Dic. 2007). Dr. Ítalo Savio.(pág. 96,97)

<sup>17</sup> Ferraro Trindade, Alicia. *Modelo de atención al adulto mayor en Canadá*. En: BPS. Bases para la Formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor. Dic. 2007.

<sup>18</sup> Navarro, Micaela .Consejera de Igualdad y Protección Social de la Junta de Andalucía, documento presentado en el Seminario Internacional "Los Sistemas de Cuidados. Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social". Uruguay. 2009. *Cap. XI "Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE"*. Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-protecci%C3%B3n-en-Espa%C3%B1a-y-Europa.pdf>

corresponsabilidad de implementación de la Política Nacional del Adulto Mayor, en asociación con el órgano coordinador (Ministerio de Desarrollo Social – Secretaría Nacional de Asistencia Social), Estados y Municipios.

Entre las acciones significativas que se generaron están:

- Institución del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores.
- Elaboración de Manual de Cuidadores de Adultos Mayores.
- Reconocimiento, por el Ministerio de Trabajo, de la categoría de ocupación para Cuidadores de Adultos Mayores.

El Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores en Brasil está destinado a los cuidadores domiciliarios, de instituciones y familiares cuidadores.

La Secretaría Nacional de Asistencia Social, del Ministerio de Desarrollo Social, ha hecho formación de cuidadores y de multiplicadores de varias provincias y ha empezado un trabajo con organizaciones de estos cuidadores. Las ONG's y algunas provincias hacen formación continua. Existen también iniciativas de formación de cuidadores en universidades, sociedades científicas y organizaciones no gubernamentales.

Esta modalidad de asistencia se encuentra reglamentada pero en los hechos tiene baja cobertura y está implementada sólo en algunos estados de la federación.<sup>19</sup> Esto se condice con lo analizado en la primera parte de este trabajo, sobre la caracterización de Brasil como un país dual, con importantes diferencias de cobertura en los diferentes estados y al interior de ellos.

Argentina. Existe desde hace unos 10 años, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Es un servicio público prestado desde el Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), en coordinación con otras entidades, en especial con la Obra Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionistas (conocida por su antiguo nombre "PAMI"). El INSSJyP (PAMI) apoya financieramente el programa, al brindar subsidios a sus afiliados para pagar el servicio.

Se presenta una síntesis de este programa<sup>20</sup>, que es definido como *Servicios de asistencia en el domicilio del usuario, para personas con niveles de dependencia entre moderada y severa, que necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Ofrecen atención integrada y ambulatoria en el domicilio, con el objetivo que la persona permanezca en su entorno habitual el mayor tiempo posible y conveniente, conservando sus roles familiares y sociales.*

Son desempeñados por los Cuidadores Domiciliarios, personal técnicamente capacitado para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con prácticas indicadas por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites y actividades de recreación y de reinserción laboral y social para las personas atendidas.

---

<sup>19</sup> OISS. Organización Iberoamericana de Seguridad Social e Instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de adultos mayores de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. 2006 - 2008. *Situación, Necesidades y Demandas de las Personas Mayores en los países del Cono Sur*. Publicado en Portal Mayores del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) de España. [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)

<sup>20</sup> DINAPAM. Cuadernillo II del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, elaborado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina. 2008.

Objetivos del Programa:

1. Mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores
2. Capacitar personas de la comunidad en la función de cuidado domiciliario
3. Promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria

Beneficiarios:

Directos: Personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales, que requieran ayuda en las actividades de la vida diaria en su domicilio.

- Indirectos: a) Cuidadores Domiciliarios. Beneficiarios del Plan Derecho de Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo Social, Jefas y Jefes de hogar desocupados.  
b) Familiares de las personas atendidas.

Se conformaron Servicios Locales de Atención en Domicilio, que funcionan de la siguiente manera: la demanda se dirige a Organizaciones de la Comunidad, Parroquias, Centros de jubilados, Obras Sociales (PAMI), etc., estas organizaciones canalizan dicha demanda a los Responsables del gerenciamiento del Servicio, quienes se contactan con los Coordinadores de caso. Estos seleccionan, asignan, controlan y supervisan a los Cuidadores Domiciliarios, que son quienes prestan el servicio a los Beneficiarios.

Recursos Humanos:

- Un Responsable del Gerenciamiento del Servicio
- Coordinadores de Caso. Trabajadores Sociales. Uno cada 10 a 15 cuidadores domiciliarios
- Cuidadores Domiciliarios. Uno cada 3 beneficiarios
- Personal Administrativo. Uno en cada Servicio.

Se capacita a los postulantes a Cuidadores Domiciliarios y se trabaja con criterios establecidos de selección, asignación, cambio y baja de los mismos.

## 5. Centros Diurnos

### Definición

Servicio socio sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, preventivas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de dependencia, promoviendo la permanencia en su entorno habitual.

Como indica su denominación, son centros con un horario limitado, y suele extenderse desde la mañana hasta última hora de la tarde, de lunes a viernes, donde la persona mayor concurre y se retira diariamente, o los días que quiera concurrir. El perfil del usuario



es una persona mayor con necesidad de ayuda para los actos de la vida diaria y que cuenta con apoyo familiar.

Son centros preventivos, rehabilitadores, de apoyo familiar, aliviando la sobrecarga de los cuidadores familiares de personas parcialmente dependientes. Algunos cuentan con un centro de orientación jurídica para sus usuarios, que orienta en temas de alquileres, ventas, testamentos, etc. También hay centros de día especializados en algunos trastornos como puedan ser los centros de día de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Algunos prestan servicios de transporte entre el domicilio y el centro.

Se caracterizan por ser una estructura funcional compensatoria del hogar y una alternativa al ingreso de la persona con dependencia en una residencia de larga estadía.

#### Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

América: Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Paraguay, Uruguay, Canadá, EEUU.

Asia: Israel, Japón.

Europa: España, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Francia, Alemania.

En Argentina, la Dirección Nacional de Políticas Sociales (DINAPAM) promueve el desarrollo de Centros de Día para adultos mayores. Entre las acciones de promoción se encuentra la realización de cursos para responsables y equipos técnicos de dichos centros, así como el financiamiento para equipamiento y refacción, a través del Programa de Fortalecimiento Institucional.

Existen centros públicos promovidos por organismos provinciales, como por ejemplo la Casa de la Solidaridad en Formosa, las Casas de los Abuelos en Misiones y los Centros Cumelén en La Pampa.<sup>21</sup>

Asimismo cuentan con centros de día pertenecientes o promovidos por Organizaciones No Gubernamentales, como por ejemplo HelpArgentina, que están dirigidos a adultos mayores vulnerables con y sin discapacidad. Otro ejemplo es el Centro de Atención para Mayores, de la Obra del Padre Mario, dirigido a personas mayores de 60 años con situación socio-ambiental desfavorable. La financiación de estos centros promovidos por ONG's se realiza por fondos provenientes de donaciones, venta de servicios y subsidios del Estado.<sup>22</sup>

Para Brasil, se cuenta con información de Centros de Día públicos<sup>23</sup>: existen 41 Centros de Día, cofinanciados por el Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre y el Fondo Nacional de Asistencia Social, cinco de ellos radicados en el Estado de Paraná y el resto en San Pablo.

Además de estos servicios cofinanciados con recursos del Gobierno Federal, existe en el ámbito de la política de asistencia social, otros centros financiados con recursos exclusivos

---

<sup>21</sup> OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007*. Diagnóstico Argentina.

<sup>22</sup> <http://www.helpargentina.org/es/centrodedia> y Marisa Parreira *Centro de Día para adultos mayores "Puentes que permiten proseguir el camino"*. Segundo Lugar Categoría Personas Naturales, Concurso "Una sociedad para todas las edades", Octubre 2005. Buenos Aires, Argentina.

<sup>23</sup> OISS – *Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur*, del Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos, 2008 (Pág. 132)

de Estados y Municipios, pero están implementados solamente en algunos Estados y tienen baja cobertura. Se reitera la desigualdad de cobertura, que de acuerdo a Filgueira, corresponde a la característica de países con un régimen dual de protección social, como se analizó en la primera parte de este trabajo.

La información disponible sobre Chile<sup>24</sup> refiere a centros públicos, señala que no existen centros de atención diurna para personas mayores dependientes, aunque sí existen centros donde se realizan diversas actividades, no exclusivamente sanitarias o de atención a la dependencia. En otro informe del mencionado proyecto de OISS<sup>25</sup> se informó que el Instituto de Normalización Previsional ha venido desde el año 1999 implementando un tipo de servicio denominado “Casas de Encuentro”, donde los adultos mayores pueden encontrar un espacio propio para realizar actividades e integrarse socialmente.

En Cuba, los centros de día forman parte del subprograma comunitario del adulto mayor, correspondiente al Centro Nacional de promoción y educación para la salud. Se trata de centros públicos de recreación y orientación a nivel local. Se busca la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones no gubernamentales, en un trabajo colectivo.<sup>26</sup>

En Paraguay existen centros de día de carácter público, dependientes del Instituto de Bienestar Social, Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad. Son en total 10 centros públicos con 200 plazas, y 2 centros privados con un total de 100 plazas.<sup>27</sup>

En Uruguay los Centros Diurnos son pocos. Algunos funcionan en Hogares de ancianos sin fines de lucro, y reciben apoyos técnicos y económicos por el Banco de Previsión Social: en Montevideo, el Hogar Español, en el Interior: el Hogar Cenoz Hita en Santa Lucía, Dpto. de Canelones, cuenta con un centro diurno en convenio con la mutualista médica de la localidad que deriva a sus usuarios, este centro funciona dos días a la semana, con actividades de gimnasia y actividades educativas. En el Hogar de Cardona en Soriano se recibe a algunas personas a quienes se les brinda apoyo en la alimentación y cuidados. En el Dpto. de Colonia hay tres Hogares de ancianos que también funcionan en modalidad diurna: los de Tarariras, Miguelete y Conchillas.<sup>28</sup>

El Ministerio de Salud Pública cuenta con un centro diurno que funciona en el Centro Geriátrico Hospital - Hogar “Dr. Luis Piñeyro del Campo”, con 45 plazas. Algunas Intendencias Municipales cuentan con Centros Diurnos. Hay algunos de ONG’s y de comunidades religiosas: por ejemplo, uno en Florida y dos en Montevideo.

Sería importante contar con más información sobre los centros diurnos uruguayos, por ejemplo si se han realizado evaluaciones de estos servicios, que permitan conocer sus fortalezas y debilidades, así como la aceptación por parte de la población.

En Israel, los centros de día como servicios comunitarios sociales, forman parte de un sistema de atención a los adultos mayores, donde dichos servicios se encuentran

---

<sup>24</sup> *Ibídem.*

<sup>25</sup> OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007.* Diagnóstico Chile.

<sup>26</sup> BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, (Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007).

<sup>27</sup> OISS – *Idem.* Diagnóstico Paraguay.

<sup>28</sup> Información proporcionada por la Gcia. de Prestaciones Sociales del BPS, 9.03.2011.

articulados con los servicios comunitarios de salud.<sup>29</sup> La población objetivo son adultos mayores semidependientes y parcialmente dependientes física y mentalmente.

En Japón, como ya fue mencionado, los centros de día son uno de los tantos servicios que están incluidos en el Plan Gerontológico Nacional Integral, bajo la modalidad de seguro de dependencia.

En Canadá, se brinda el servicio de centros diurnos, integrando una serie de servicios organizados y coordinados en un territorio dado, en el modelo de atención al adulto mayor, con servicios integrados de cuidados continuos.<sup>30</sup>

En España, los Centros de Día son servicios socio sanitarios que se prestan en el marco de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (conocida como “Ley de Dependencia”). Por lo tanto, al igual que el resto de los servicios de este tipo, son de carácter público, de acceso universal, cofinanciados por el Estado y las Comunidades Autónomas, y con la participación de los beneficiarios por medio de aportes complementarios. La gestión e inversión en los servicios es privada.

En Suecia, Dinamarca, Noruega y Holanda, con sistemas de protección social altamente desarrollados y de corte universal, se han incrementado el número de Centros de Día, en los que se desarrollan actividades médicas y sociales, con la finalidad de permitir a las personas con dependencia permanecer en su entorno familiar el mayor tiempo posible. Comprenden servicio de transporte.<sup>31</sup>

En Francia, entre las propuestas del Plan Envejecimiento y Solidaridad, se encuentra la creación de 8.000 plazas de centros de día para enfermos de Alzheimer.<sup>32</sup>

En Alemania, en el marco del Seguro de Dependencia, entre las Prestaciones que se otorgan se encuentra la asistencia parcial durante el día o la noche en residencias.<sup>33</sup>

## 6. Viviendas Protegidas

### Definición

Se trata de viviendas de diferentes tipos, por lo general complejos de apartamentos, con servicios de apoyo social, a cargo de cuidadores formales. Son viviendas unipersonales y/o de pareja, que cuentan con servicios colectivos de forma cooperativa, de uso facultativo, por ejemplo comidas en común, y dan alojamiento a personas mayores con una situación psico-física y social que no precisa de recursos de mayor intensidad.

En ocasiones se ubican junto a un centro gerontológico (centro social, centro de día, residencia), desde el que se ejerce la “tutela” de las viviendas. Las personas mayores que viven en esta modalidad de alojamiento lo hacen practicando la ayuda mutua, en una convivencia casi familiar. Se fomenta la autoorganización y la autonomía en el desarrollo de la vida diaria.

---

<sup>29</sup> BPS. Idem. (2007) Sirlin, Claudia, (pág. 93)

<sup>30</sup> Idem. Ferraro Trindade, Alicia (pág. 98).

<sup>31</sup> OISS (2008) Op. Cit.

<sup>32</sup> Ibidem

<sup>33</sup> Ibidem

En algunos países se conocen como Viviendas Comunitarias, y se definen como “unidades convivenciales con un máximo de 14 plazas destinadas a personas mayores con un cierto nivel de autovalidez, y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar”<sup>34</sup>.

Existen otros tipos de servicios más experimentales, como los alojamientos polivalentes para unidades familiares mixtas o las unidades de convivencia intergeneracionales, donde se alojan junto a adultos mayores, jóvenes que por alguna razón (por ejemplo trasladarse a otra ciudad por razones de estudio) se encuentran alejados de su familia.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

Israel, Suecia, Dinamarca, Noruega.

En Israel se cuenta con programas de Vivienda Protegida y de Barrios Protegidos, con servicios especiales para adultos mayores. La Vivienda Protegida es un complejo habitacional con servicios comunes, monitoreo profesional y una “madre de la casa” que reside allí y supervisa todo el funcionamiento así como actúa de enlace con la familia, los servicios médicos y otros profesionales que corresponda.

Los Barrios Protegidos comprenden servicios de ayuda en crisis y servicio de referencia; sistema de alarma; asistencia mutua; consejo y guía; mejoras ambientales; servicios especiales tales como correo, compras, reparaciones, lavanderías, almacenes; eventos socio – culturales; ayuda y actividades con los adultos mayores dependientes; comidas a domicilio así como servicios médicos.

En los países escandinavos (Suecia, Dinamarca y Noruega) se han desarrollado diferentes tipos de alojamientos protegidos como solución intermedia entre las instituciones y la atención en domicilio. Este tipo de soluciones ha permitido reducir sustancialmente el volumen de asistencia institucional tradicional, que se ha compensado hasta cierto punto, por las viviendas protegidas.<sup>35</sup>

En Uruguay, el Banco de Previsión Social cuenta con el *Programa de Soluciones Habitacionales*. Viviendas en usufructo, Subsidio de alquiler y cupos cama en Hogares de Ancianos, para jubilados y pensionistas de menores recursos que carecen de vivienda propia. En cuanto a las viviendas en usufructo, actualmente el programa cuenta con 198 Complejos Habitacionales en todo el país, totalizando 5.717 viviendas.

Este no es un programa de Viviendas Protegidas o Tuteladas, pero podría ser el germen de un modelo de ese tipo. Para eso tendría que reconvertirse, por ejemplo incorporando la figura del “tutor” o persona referente que esté allí para atender las necesidades y demandas de los usuarios y actúe de nexo con otros programas o técnicos. Podría ser personal rentado que resida en el complejo o personal que no resida allí y realice turnos, para que la atención sea durante 24 hs. Asimismo el modelo implica la provisión de otros servicios, como por ejemplo de ayuda domiciliaria, comidas a domicilio, cuidados de enfermería, actividades sociales, seguridad, etc.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Portal Mayores, Glosario especializado en Geriatría y Gerontología, y Sistema de Atención al Adulto Mayor en Cuba, citado en el Glosario del doc. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007.

<sup>35</sup> OISS (2008) Op. cit.

<sup>36</sup> La recomendación de reconversión a Viviendas Tuteladas fue planteado en el Informe del BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor* (Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007).

Cabe señalar que se están realizando algunas acciones de cuidado, que buscan mejorar la atención a los adultos mayores habitantes de los complejos habitacionales, como por ejemplo: a) creación de un Centro de evaluación y orientación geriátrica en Montevideo, donde se trabaja en forma interdisciplinaria, médico, psicólogo y trabajador social, para identificar problemas y tratarlos en profundidad; b) Convenio de colaboración con la Facultad de enfermería, para atención en dichos complejos y c) Convenio de colaboración con la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (gerontopsicomotricidad y podología).

## 7. Servicios de Inserción Familiar

### Definición

Consiste en que las personas mayores se integran en una familia diferente de la propia (familia sustituta). En algunos países se llama "Hogares de acogida". Esta familia debe proporcionar a las personas mayores los cuidados familiares ordinarios y personalizados, mejorando su calidad de vida y capacitándoles para llevar una vida independiente de acuerdo a su nivel de autonomía.

La familia sustituta recibe una prestación económica a cambio de alojamiento, manutención, atención y compañía.

En Brasil se los denomina Residencias en Familia Acogedora, son reglamentadas por el Estado, y es una modalidad que cuenta con baja cobertura.

En Uruguay, la Ley No. 17.066 de 24/12/98, "Hogares y residencias para ancianos", en su art. 6 establece: *los "servicios de inserción familiar" para adultos mayores son aquellos ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquellas a quienes se deben obligaciones alimentarias (art. 118 a 120 del Código Civil). Dichas familias deberán operar como núcleo familiar continente, estar dotadas de sólidas condiciones morales y estabilidad, procurando el desarrollo de la vida del adulto mayor con salud y bienestar.*

## 8. Servicios de estancias temporales

### Definición

Algunas residencias, brindan también servicios de estancias temporales, conocidos en algunos países como *Centros de Respiro Familiar*. Están destinados a prestar servicios de atención integral por un período limitado de tiempo a miembros de una unidad familiar, con el fin de permitir a sus cuidadores espacios de tiempo libre y descanso.

Por lo general funcionan fines de semana, feriados y cuando la familia se toma vacaciones por unos días. En algunos casos de noche, por lo que incluiría los llamados Centros Nocturnos.

Se están empleando cada vez más las residencias para prestar atención a las personas mayores y personas con discapacidad durante períodos de descanso de sus cuidadores familiares.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

Japón, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, España.

## 9. Residencias de larga estadía

### Definición

Instituciones residenciales cuyo objetivo es proporcionar un entorno vital para las personas mayores que, por motivos sociales, psicológicos o físicos, no pueden continuar funcionando de forma independiente en sus hogares. Las tareas domésticas, tales como limpieza, preparación de comidas, etc., las lleva a cabo el personal dependiente de la residencia. Suele haber algunas salas para enfermos, donde se ofrecen cuidados de enfermería más intensivos de forma temporal. Sin embargo, las residencias para personas mayores no son concebidas para brindar tratamiento médico.

En ellas se realizan cuidados de largo plazo, para personas que por lo general tienen alta dependencia. Como afirma Puga (2010), *la institucionalización se corresponde con el nivel más extremo de la necesidad de asistencia*. No obstante, a veces son institucionalizadas personas con moderada dependencia. En algunos casos de pérdida mínima de la autonomía, la necesidad se limita al alojamiento y apoyos sociales básicos. Conforme la pérdida de autonomía se incrementa, es necesario añadir servicios de intensidad y duración progresivas que sean capaces de asistirle según su condición particular y en un marco de respeto por sus preferencias.

Algunas de ellas cuentan con diversos servicios (médicos, psicológicos, nutricionales, de trabajo social, etc.) y una serie de actividades (recreativas, terapia ocupacional, talleres de memoria, ejercicios físicos, etc.) que responden a las necesidades e intereses de los residentes.

Algunos países relevados que cuentan con este servicio:

En Europa: España, Francia, Holanda, Suecia, Noruega, Dinamarca, Alemania.

En América: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Paraguay, Uruguay, Canadá, Estados Unidos.

En Asia: Israel, Japón.

En el caso de España hubo un cambio cualitativo en el modelo de residencia para mayores. Antes era visto como modelo “hotelero”, ahora ha pasado a ser un servicio socio sanitario cada vez más importante, a raíz del aumento de las situaciones de dependencia por el aumento de la edad de los residentes, ya que la mayoría de las personas que se institucionalizan no son auto válidas, o ingresando con autovalidez con el tiempo se vuelven dependientes.

En los países nórdicos (Suecia, Noruega y Dinamarca), se ha reducido el número de instituciones de larga estadía, y se ha vuelto más selectivo. Las personas se trasladan a ellas más tarde. Esto se debe a un cambio en la concepción de servicios de atención para mayores, pasando del cuidado en instituciones al cuidado en la comunidad. con la creación y el incremento de los otros tipos de servicios, basados en el principio de “Envejecer en casa”.

En estos países la vida en instituciones fue “normalizada” mediante mejoras en los estándares de los edificios y reformas para aumentar la autonomía y la autodeterminación. Años atrás a los residentes se les detraían automáticamente sus pensiones como pago por su estancia, dejándoles sólo “dinero de bolsillo”, actualmente reciben su pensión y luego pagan por el alquiler y los servicios en las instituciones, lo que equivale a tres cuartas partes totales de la pensión.<sup>37</sup>

En Holanda las residencias para personas mayores proveen pequeños apartamentos para personas mayores solas o casadas. Las tareas domésticas como limpieza, preparación de comidas, etc., las lleva a cabo el personal de la residencia.

En Alemania cuando se considera que no alcanza con la ayuda domiciliaria ni la asistencia parcial en una residencia, la persona dependiente podrá recibir asistencia sin limitación temporal, en una residencia, haciéndose cargo las cajas aseguradoras de los gastos hasta un límite previamente fijado.

En Estados Unidos, típico modelo asistencial, la provisión de servicios es fundamentalmente privada y con un cierto peso de las residencias asistidas (4.2% de la población de 65 y más años).<sup>38</sup>

En Argentina, el Estado dispone de Residencias para adultos mayores, de carácter asistencial, por lo tanto gratuitas para personas con bajo nivel socioeconómico.

el Programa de Atención de Adultos Mayores en Residencias para Mayores de la DINAPAM – SENAF, *se encuentra destinado a la atención en organizaciones institucionales de adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, carentes de recursos económicos y con residencia permanente en el país. Estas residencias son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral. Las mismas cuentan con capacidad para la atención de personas válidas y/ o dependientes, aunque se prioriza el ingreso de los mayores dependientes que no sufran deterioro severo de su salud mental. La Dirección de Políticas para Adultos Mayores gerencia nueve residencias, ubicadas en el área metropolitana y la provincia de Buenos Aires, a las cuales a partir del año 2003, se les han efectuado modificaciones físicas, en el modelo de gestión de las mismas y en el dispositivo de atención de los mayores allí alojados, el cual se referencia en los derechos civiles, sociales y políticos de las personas mayores.*<sup>39</sup>

Cuentan con equipos interdisciplinarios. Uno básico constituido por médico geriatra, enfermero, kinesiólogo, nutricionista, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional. Y un equipo recurrente conformado por médico fisiatra, médico psiquiatra, fonoaudiólogo, etc. En Argentina, 70.003 adultos mayores (1.4% de los adultos mayores) viven en residencias geriátricas estatales y privadas.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> OISS (2008). Op. cit.

<sup>38</sup> Navarro, M. (2009) Op. Cit.

<sup>39</sup> Información suministrada por DINAPAM en las Visitas Técnicas realizadas en Buenos Aires en el marco del Programa EUROSociAL – SALUD. octubre de 2008

<sup>40</sup> Datos de INDEC, Censo De Población, Hogares y Viviendas, 2001, citado en OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007.* Diagnóstico Argentina.

En Uruguay, desde el ámbito estatal, el Ministerio de Salud Pública a través del Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo, provee una institución de larga estancia, para personas de bajos recursos económicos. Esta residencia estatal, comenzó como asilo y se ha reconvertido en centro geriátrico con múltiples servicios.

Las restantes residencias de larga estancia son privadas y se pueden clasificar en: Residencias para ancianos con fines de lucro (mal llamadas “casas de salud”), y Hogares de ancianos sin fines de lucro.

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística (Censo Fase I 2004), se encuentran alojados en instituciones de larga estancia, el 2.4% de las personas mayores de 60 años, y el 3.1% de los mayores de 65 años, que en total asciende a 13.500 personas. El 90% de esta población se encuentra en el sector privado con fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas.

Si se compara la cantidad de Hogares sin fines de lucro (84)<sup>41</sup> con la cantidad de Residencias Privadas con fines de lucro detectadas (1.200 aproximadamente), se constata que el 94% corresponde a estas últimas, de las cuales el conocimiento sobre su funcionamiento es escaso, y entre ellas existe una gran variedad de tipos de servicios y condiciones institucionales.

El Ministerio de Salud Pública tiene fijado por ley los cometidos de habilitación, registro y control de las residencias para adultos mayores autoválidos o no (Ley N° 17.066 de 8/01/1999, art. 7°). No hay un registro de todas las residencias privadas con fines de lucro, por lo tanto se dificulta el control de las mismas. La forma de detectar residencias que no cumplen con las condiciones legalmente requeridas, o que en alguna medida abusan de los residentes, es a través de un cuerpo de inspectores que trabajan fundamentalmente sobre la base de denuncias de familiares, vecinos, emergencias médicas u hospitales.

Si hay registro de los Hogares de ancianos sin fines de lucro, en el Registro Nacional de Instituciones del BPS, ya que este organismo les brinda apoyo técnico y económico. Las Comisiones Directivas están integradas fundamentalmente con adultos mayores voluntarios. Las principales dificultades con que se enfrentan es la atención a personas con dependencia, por el costo de personal especializado, de mayor cantidad de personal no especializado, así como la necesidad de adaptar las instalaciones (por accesibilidad) y el equipamiento (por ejemplo camas especiales) debido a que la mayoría de estos residentes ingresaron como autoválidos y fueron perdiendo autovalidez con el correr del tiempo, situación que se explica por el aumento de la esperanza de vida acompañada del incremento de afecciones crónicas y degenerativas.

Los Hogares reciben el 80% de las prestaciones jubilatorias o pensionarias de sus residentes, pero la mayoría de éstos no llegan a cubrir el costo, por lo que existe déficit, que se intenta cubrir por los que tienen pasividades más altas y por apoyo comunitario.<sup>42</sup>

Para Uruguay, el Dr. Savio ha propuesto<sup>43</sup> “Los centros de larga estadía, de carácter público y/o privado y de tipo asilar, pueden reconvertirse y adecuarse, reorientándose

---

<sup>41</sup> Información del Registro Nacional de Instituciones del Area de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social, a febrero 2011.

<sup>42</sup> Por Ley 18.222 de dic 2007, se obliga al BPS a retener el porcentaje correspondiente de las pasividades que otorga a residentes de los Hogares de Ancianos debidamente registrados en su Registro Nacional de Instituciones.



hacia centros socio sanitarios con múltiples servicios, en el marco de programas de desinstitucionalización. Estos centros con una nueva orientación podrían establecer una oferta diversa y una amplia gama de servicios que incluya en sí mismos y para áreas o regiones, unidades de apoyo diurno, unidades de media estancia y rehabilitación, unidades de cuidados especiales (para dementes, cuidados paliativos), servicios de enfermería domiciliaria, comidas en domicilio, programas de respiro o relevo temporal de cuidadores, entre otros. En el mismo sentido y en el ámbito privado es posible estimular el desarrollo de residencias con diversidad de servicios”.

#### 10. Un tipo de servicio especial en Uruguay: Acompañantes de enfermos

A diferencia de los países en que se ha reconocido a la *dependencia* como un nuevo *riesgo social*, y al *cuidado como un derecho*, y por tanto se ha promovido el desarrollo de servicios de cuidados, estatales o privados que el Estado contrata y regula, en Uruguay se carece de dichos servicios.

Por esta carencia, las familias recurren al mercado en busca de opciones que se aproximen a cubrir la necesidad de cuidado, al menos en las instancias en que más lo necesitan, cuando los miembros de la familia se enferman. El mercado ha respondido a la demanda con la creación de los Servicios de Acompañantes para situaciones de enfermedad, principalmente en caso de internación en sanatorios u hospitales y en ciertas ocasiones durante la convalecencia en domicilio. Surgieron hace unos 20 años y actualmente existen unas 40 empresas y cooperativas de este ramo.

Se pueden definir como aquellos servicios que se prestan para el cuidado de personas enfermas, en los que se brinda acompañamiento, apoyo psico afectivo, ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, así como la administración de medicamentos, recepción de las indicaciones del personal de la salud y transmisión de las mismas a los familiares, entre otras ayudas.

La forma de contratación del servicio es como un seguro privado, mediante la modalidad de prepago, con una cuota mensual que varía en función de determinados parámetros como la edad, el número de horas por día contratadas, así como del lugar donde se preste el servicio: sanatorio /hospital o domicilio. Los afiliados se aseguran por una eventualidad: recibir cuidados en caso de enfermedad.

Si bien es un tipo de servicio que tiene carencias o limitaciones<sup>44</sup> (las funciones del acompañante no están protocolizadas, la formación es heterogénea, encontrándose casos con muy pocas horas de cursos, etc.), y sólo se prestan en casos de enfermedad aguda (no brindan las ayudas que se pueden requerir en caso de dependencia constante o enfermedad crónica), la realidad muestra que la población lo demanda. Se estima que hay aproximadamente 300.000 afiliados, de los cuales aproximadamente el 70% tienen 65 y más años de edad. Teniendo en cuenta que la cantidad actual de personas mayores de 65 años asciende a 492.400, habría 43% de las mismas afiliadas a estos servicios.

---

<sup>43</sup> Savio, Italo. *Tipología de servicios para un sistema de atención integral y coordinado*, cap. XIV del doc. Bases para la Formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor, Dic. 2007.

<sup>44</sup> Como se explica en el informe *BPS (Pugliese coord. 2010)* op. cit, en base a entrevistas a trabajadores y responsables de empresas de servicios de acompañantes.

La cuestión de género se encuentra en estos servicios en doble perspectiva, por un lado, la mayoría de los usuarios son mujeres adultas mayores y por otro, la gran mayoría del personal son mujeres, que en muchos casos ven limitados sus derechos laborales y de seguridad social, como se constata en el informe citado.

Así las cosas, en estos servicios se pueden encontrar gran parte de los recursos humanos potenciales para un sistema de cuidados de carácter integral, muchos de los cuales han adquirido experiencia y capacitación. De hecho, la ayuda en las actividades básicas de la vida diaria que realizan los acompañantes de enfermos, es una función fundamental de los cuidadores. Por otro lado, el desarrollo organizacional y la logística aplicada de estas empresas (algunas de las cuales han recibido certificaciones de calidad) podrían considerarse como un punto de partida para intentar una gradual reconversión de estos servicios a emprendimientos de carácter de cuidados integrales (como por ejemplo ayudas domiciliarias), que respondan a las reales necesidades de personas dependientes por edad, discapacidad, o enfermedad.

Con esta perspectiva, sería necesario comenzar por regular a estas empresas, protocolizar las tareas, y formar a estos trabajadores.

### **III.2. Prestaciones económicas vinculadas a cuidados**

En algunos países se otorgan prestaciones económicas vinculadas a los servicios de cuidados, por ejemplo en España con la Ley de Dependencia: subsidios al adulto mayor para que pueda acceder a servicios privados en ciertos casos, y subsidios para el familiar que cuida al adulto mayor u otra persona dependiente. Asimismo en Alemania, como se mencionó más arriba, las prestaciones en especie pueden sustituirse por ayudas monetarias.

En este trabajo no se desarrolla este tema, porque excede los límites del mismo, y la revisión de países y modalidades en que se realizan estas prestaciones daría lugar para otro estudio. No obstante, se entiende necesario mencionarlo.

- *Prestación económica vinculada a la adquisición servicio*

Esta prestación se otorga a las personas adultas mayores con el objetivo que contraten cuidadores o servicios privados. Por lo general se brinda en forma subsidiaria cuando no es posible el acceso a un servicio público de atención y cuidado. Se otorga en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario y la administración pública supervisa el destino y la utilización de estas prestaciones.

- *Programas de apoyo económico a cuidadores principales*

Se trata de reconocer el rol de familiares o allegados que proporcionan cuidados principales, reconociéndolo como trabajo remunerado, y exigiendo que el cuidador se afilie al sistema de seguridad social, lo que le asegurará recibir prestaciones jubilatorias en su vejez.

Por lo general se otorgan en forma excepcional, cuando hay acuerdo entre la persona cuidada y el familiar cuidador en seguir en esta modalidad sin recurrir a un servicio de cuidado, y mediante evaluación de los trabajadores sociales. En la ley citada se plantea

que se acepta esta situación siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.

En Alemania se prevén prestaciones monetarias para remunerar a familiares, amigos o personas contratadas directamente por los necesitados de cuidados, en cuantías establecidas para cada grado de asistencia. Se controla y en caso de comprobar que la persona no está bien atendida se anulan las prestaciones monetarias, concediendo únicamente prestaciones en especie a través de personal calificado.

#### IV. Consideraciones finales

Los servicios reseñados no son necesariamente todos los servicios existentes para el cuidado de personas dependientes por edad o discapacidad, la intención fue analizar los que se entendieron como más importantes y difundidos en la mayoría de los países estudiados, como servicio público. Existen otros servicios que en algunos países se brindan como complementarios a la teleasistencia o en centros diurnos. En el primer caso, por lo general son brindados por empresas privadas que cobran un plus por cada uno. Por ejemplo:

- Mediphone. Orientación médica telefónica.
- Asistencia jurídica. Ayuda legal y orientación telefónica.
- Asistencia psicológica para casos puntuales, como por ejemplo algunas sesiones antes y después de una intervención quirúrgica.
- Conexión con técnicos en rubros como sanitaria, vidriería, cerrajería, electricidad, etc., bajo supervisión, que resulta importante para personas mayores que pueden estar más expuesta a abusos.
- Servicios de traslados.
- Actividades recreativas y sociales.

La innovación en tipos de servicios y en la conformación de los mismos, son metas planteadas en las políticas de cuidado de larga duración en los diferentes países, con el consiguiente impacto de creación y desarrollo de nuevos servicios y de tecnologías de gestión.

La gama de servicios es amplia, variada, y con diferentes niveles de complejidad. La tendencia apunta a la combinación de ellos, y a una oferta flexible adaptada a las necesidades diferenciales de acuerdo al grado de dependencia e interés de los usuarios y sus familias. Se tiende a otorgar directamente prestaciones en servicios más que monetarias vinculadas a los mismos. La gran mayoría responde al criterio de buscar la permanencia de la persona en su hogar, y cuando la alternativa válida es la institucionalización, se busca que las residencias no sean modelos de tipo “asilar”, sino instituciones en las que además de alojamiento se brinden múltiples servicios socio - sanitarios.

Gran parte de los servicios de cuidados para personas mayores son adecuados también para las personas con discapacidad. De hecho, en la literatura especializada en la temática cuando se refieren a los beneficiarios se menciona a ambos colectivos.

Considerar los derechos de las personas cuidadas y los derechos de las personas que cuidan, está en la base de la formulación de políticas de cuidados. Entre los objetivos de

éstas se encuentra realizar actuaciones a favor del fomento de la carrera laboral y de la obtención de derechos de seguridad social, teniendo en cuenta los costos personales y de oportunidad de los/las cuidadores/as, así como evitar el peligro de reforzar el rol de la mujer cuidadora en los servicios diseñados.

En este sentido, la oferta de servicios y prestaciones debería ir acompañada por campañas de información que no sólo los promuevan al hacerlos conocer, sino que simultáneamente opere sobre el principio de corresponsabilidad del cuidado entre estado, familia y mercado, y entre hombres y mujeres, en procura de un cambio de valores que permita la aceptación de los servicios como apoyo o sustitución del papel hasta ahora asignado fundamentalmente a la mujer cuidadora familiar.

En el diseño de los programas y servicios, debe incluirse el diseño de indicadores de evaluación. Un monitoreo continuo permitirá observar no solamente la evolución de la cantidad y las características de la población beneficiaria, sino también la forma en que se cumple, por ejemplo, con la inclusión de la cuestión de género, generaciones y étnico racial, que desde un enfoque de derechos se entiende que transversalizan todas las políticas públicas sociales. Estos indicadores permitirán estudiar la medida en que se cumple con esos derechos - y por supuesto con todos los objetivos planteados - y eventualmente realizar sugerencias para las reformulaciones correspondientes.

Los servicios reseñados son provistos en países con diferentes modelos de protección social y diferentes niveles de desarrollo. La diferencia no radica en qué tipo de servicio se presta - ya que como se puede constatar, los principales tipos de servicios se prestan en países de diferentes regímenes de bienestar -, sino en la forma de acceso, modelo de gestión y de financiamiento, como se estudió en la primera parte de este trabajo.<sup>45</sup>

Se podría afirmar que la principal diferencia radica en el tipo de financiación utilizado. La forma de acceso puede tener algunas diferencias, pero la cobertura tiende a ser universal en los diferentes modelos, y en cuanto a la gestión, que en los países nórdicos fue estatal por mucho tiempo, la adaptación de los welfare state a nuevas condiciones mundiales llevó a una apertura hacia servicios prestados por el sector privado, encontrándose actualmente tanto estatales como privados.

En el caso de Japón y Alemania, países con gran tradición en seguros sociales contributivos, la modalidad de financiamiento de los programas y servicios, es de esa índole. En Alemania con la Ley del Seguro Social de Cuidados y en Japón con su Seguro de Dependencia. La universalidad se busca brindando prestaciones no contributivas a quienes no pudieron cotizar y complementando por medio de impuestos para no desfinanciar el sistema.

En los países familísticos del sur de Europa se han desarrollado modelos de protección social a las situaciones de dependencia, que en principio se consideraron como apoyo a la familia, o a la mujer cuidadora, y que han logrado una expansión considerable con una demanda mayor a la esperada. Estos modelos ya venían funcionando desde hace más tiempo en países que han tenido Estados de Bienestar desarrollados, como es el caso de los países nórdicos. En estos últimos la financiación es fundamentalmente por la vía impositiva, modalidad apoyada en sistemas tributarios muy generalizados y con alta participación de impuestos directos.

---

<sup>45</sup> Programas y Servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Primera Parte: Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección.

Se busca la universalidad, pero ello no significa que necesariamente el Estado deba subsidiarlo todo por la vía fiscal. Por lo general existe un *mix* de contributivo y no contributivo, donde se busca que el que tiene más pague más, el que tiene menos pague menos, y el Estado subsidia al que no puede pagar.

Por ejemplo, en el caso de España, los servicios y prestaciones se financian en un 70% por las Administraciones Públicas (Estado y Municipios), el 30% restante lo aportan los usuarios. No obstante se explicita que *“Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos”* (art. 33 de la Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia), en concordancia con el principio de universalidad en el acceso.

Como ejemplo de la región - donde existen problemas de empleo y de exclusión social - en Argentina, el Servicio Ayuda Domiciliara busca un doble objetivo, por un lado mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, y por otro fomentar el empleo a través de la creación de servicios locales y la formación de beneficiarios de planes sociales de inclusión, como jefes y jefas de hogar desocupados, para que se desempeñen como cuidadores.

El modelo de gestión que parece ser más eficiente es con descentralización y coordinación administrativa y la participación de empresas privadas, que son responsables de la inversión inicial y de la gestión de los programas, siempre bajo el control y la regulación estatal e incluso prestándose desde el Estado por convenios con esas empresas. Esta modalidad está siendo aplicada en mayor o menor medida en los diferentes modelos de protección en el mundo.

Otra característica común es que la institucionalización de personas adultas mayores, y de personas con discapacidad, ha descendido en la medida que se han expandido los servicios de cuidados domiciliarios, la teleasistencia o las residencias protegidas. Como resultado de esto, hay menor gasto en residencias de larga estadía y en camas de hospital. La prevención sanitaria alcanzada por este tipo de servicios ha tenido como impacto un menor gasto en los sistemas de salud.

Los criterios de que los servicios sean preventivos, progresivos (o de “cuidados continuos” como se señala en algunos modelos como el canadiense), es fundamental en el proceso de diseño. Asimismo, en muchos de ellos se plantea que el acceso sea a través de “una ventanilla única” donde un gestor de casos lo orienta hacia los servicios que mejor se adecuan a su situación.

La prevención, es uno de los criterios fundamentales. No se trata solamente de atender a personas con evidente dependencia, sino de promover la autonomía personal, concepto que no se encuentra solamente en la normativa internacional de derechos de las personas mayores, sino también en las propias definiciones de “cuidados”, como por ejemplo la de CEPAL, como se vio más arriba.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, Ricardo, en *Panorama de la Vejez en Uruguay*. Universidad Católica. IPES. UNFPA. Dic. 2009.
- Batthyány, Karina. “Género y cuidados familiares. El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo.” En *El Uruguay desde la Sociología V*. Dpto. de Sociología, Fac. de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 2007.
- BPS. *Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor*, Montevideo, Uruguay (Sirlin, Claudia, coordinadora, Dic. 2007).
- BPS. *Informe Servicio de compañía y cuidados a jubilados y pensionistas del BPS*. Montevideo, Uruguay (Pugliese, Leticia, coordinadora, marzo 2010).
- CEPAL (2009). *Panorama Social de América Latina*.
- DINAPAM. Cuadernillo II del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, elaborado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina. 2008.
- Navarro, Micaela. Documento presentado en el Seminario Internacional “Los Sistemas de Cuidados. Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social”. Uruguay. 2009. Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-proteccion-en-Espa%C3%B1a-y-Europa.pdf>
- OISS. Organización Iberoamericana de Seguridad Social e Instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de adultos mayores de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. 2006 - 2008. *Situación, Necesidades y Demandas de las Personas Mayores en los países del Cono Sur*. Publicado en Portal Mayores del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) de España.
- OISS. *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Diagnósticos Nacionales – 2007*.
- OISS – *Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur*. Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos, 2008.
- OISS Documento de trabajo “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales: Análisis de experiencias y modelos internacionales”. 2008
- ONU. Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento y Foro de Madrid. 2002
- Parreira, Marisa. *Centro de Día para adultos mayores “Puentes que permiten proseguir el camino”*. Segundo Lugar Categoría Personas Naturales, Concurso “Una sociedad para todas las edades”, Octubre 2005. Buenos Aires, Argentina.

- Puga, D. (2010) Ponencia: *Cuidados a largo plazo y atención a la dependencia*. En: Envejecimiento y Estrategias de Protección social en América Latina. CEPAL – Naciones Unidas. Santiago, Chile, noviembre 2010.
- Pugliese, Leticia. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud*. Banco de Previsión Social. Montevideo, Uruguay. Marzo 2009
- Valle Gallego, Isabel. Ponencia *Ayudas Técnicas y Adaptación del hogar - Movilizaciones, traslados e higiene postural*. En Seminario sobre Formación de Cuidadores y Cuidadoras de Adultos Mayores. BPS – OISS - SEGIB. Montevideo, Uruguay, Noviembre 2010.
- Ley 39 /2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. España. Dic. 2006.

[www.ceapat.org](http://www.ceapat.org)

<http://www.ciapat.org/site/agenda.asp>.

<http://www.helpargentina.org/es/centrodedia>

[www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)

