POLITICA NACIONAL DE CUIDADOS 2021-2031

Hacia la implementación progresiva de un
Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

COSTA RICA
GOBIERNO DEL BICENTENARIO
2018 · 2022

362.604297286
C8375pn Costa Rica. Instituto Mixto de Ayuda Social. Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social
Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia / Instituto Mixto de Ayuda Social; Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión. -- San José, C. R. : IMAS. MDHIS, 2021.

1 recurso en línea (227p. : il. ; 22x28 cm.)

ISBN 978-9977-40-016-7

Disponible en www.imas.go.cr

1. SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS. 2. DEPENDENCIA. 3. PERSONAS ADULTAS MAYORES. 4. DISCAPACIDAD. 5. CORRESPONSABILIDAD SOCIAL 6. POLITICA PÚBLICA I. Título.

La formulación de esta política y la elaboración del presente documento contó con la asistencia y cooperación técnica de Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud del BID.

Coordinación técnica general
Francisco Delgado Jiménez, Viceministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social.

Equipo técnico interinstitucional
Mario Ruiz Cubillo, CCSS
Mario Urcuyo Solórzano, CCSS
Susan Peraza Solano, CCSS
Vilma García Camacho, CCSS
Karla Berrocal Saborío, CCSS
Marianita Dormond Sáenz, CCSS
Emiliana Rivera Meza, CONAPAM
Alexandra Villalobos Quesada, CONAPAM
Lizbeth Barrantes Arroyo, CONAPDIS
Flor Gamboa Ulate, CONAPDIS
María Eugenia Salas Mora, CONAPDIS
Sharon Matamoros Ramírez, IMAS
Verónica Gamboa Lizano, IMAS
María José Rodríguez Zúñiga, IMAS
María Leitón Barquero, IMAS
Keneth Araya Andrade, IMAS
Gloriana Carvajal Chang, INA
Randall Cruz Villalobos, INA
Cristian Artavia Álvarez, INA
Kattia Brenes Herrera, INAMU
Marcela Guerrero Campos, INAMU
Esmeralda Brittón González, JPS
Julio Canales Guillén (Q.E.P.D.), JPS
Grettel Arias Alfaro, JPS
María Elena Castro Esquivel, Mideplan
José E. Carvajal Obando, Ministerio de Salud
Cleidy Monge Cantillo, Ministerio de Salud
Marcos Solano Chacón, MTSS
Greivin Hernández González, MTSS

Equipo asesor del Banco Interamericano de Desarrollo:
Alexander Chaverri-Carvajal. Consultor Principal.
Adriana Fernández Calderón. Consultora.
Patricia Jara Maleš. Especialista líder de la División de Salud y Protección Social.

Revisión filológica
Grace Castillo Navarro

Diseño, diagramación e ilustraciones
María Zúñiga Mena

POLITICA NACIONAL DE CUIDADOS 2021-2031

Hacia la implementación progresiva de un
Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

Teresita Aguilar Mirambell

1 de enero de 1933 – 9 de octubre de 2020

Dedicatoria

TERESITA AGUILAR MIRAMBELL fue una cirujana dentista y profesora de ciencias y biología costarricense. Se destacó como presidenta y directora de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional entre 2001 y 2004, diputada de la República entre 2005 y 2006, y como presidenta de la Junta Rectora del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor desde mayo de 2018 hasta octubre de 2020.

De sonrisa noble y corazón solidario, Teresita fue inspiración por su trabajo como servidora pública y defensora de los derechos humanos, luchando incansablemente por la reivindicación de derechos y la dignidad de las personas adultas mayores. Poetisa de letras inquietas, Teresita imprimió su pensamiento feminista y visión progresista en textos adelantados a su época.

Esta Política Nacional de Cuidados, fundamentada en el enfoque de derechos, honra la vida y reivindica las luchas de personas que, como Teresita, han soñado despiertas con una Costa Rica grande, igualitaria e inclusiva, que garantice plenamente derechos sociales a toda su población, y que deja atrás las brechas de equidad existentes entre mujeres y hombre. A su memoria y obra sea dedicada esta política.

"Mujer"

Estoy haciendo un surco
para que puedas transitar, hermana,
semilla prodigiosa.

Estoy haciendo un surco
en esta árida tierra
que nunca antes tuvo
huella tuya.

Estoy haciendo marcas
que indicarán la ruta
y tú sabrás seguirlas
para encontrar lo mismo
que yo busco.

Este trillo está abierto
y mis pies se llenaron
de abrojos y espinas
para dejarlo limpio
y que tú puedas...
convertirlo en camino.

Contenidos

Siglas y abreviaturas 10

Presentación 12

Introducción 15

Capítulo 1. Justificación 16

Capítulo 2. Antecedentes: Trayectoria hacia una Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 24
- Modalidad de hospital de día y visita domiciliar en la CCSS (2007) 25
- Manual de criterios técnicos de la Junta de Protección Social 26
- Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021 26
- Decreto 36607-MP que declara de interés público la conformación y desarrollo de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica 27
- Política Nacional de Discapacidad (PONADIS) 2011-2021 27
- Programa de navegación de pacientes de cáncer de mama (2012) 27
- Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 27
- Programa de Formación en Asistencia Personal para Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad (2014) 29
- Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas. Esfuerzos compartidos (2014-2024) 29
- Política Integral para el Adulto Mayor (CCSS) 29
- Política Nacional para la Atención a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016-2026 30
- Política Nacional para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres 2018-2030 30
- Estrategia Nacional para un envejecimiento Saludable 2018-2020 30
- Cierre del área asilar del hospital psiquiátrico 30

Capítulo 3. Definiciones 32

Capítulo 4. Marco de referencia internacional 36
- Modelos Internacionales 41

Capítulo 5. Metodología 48
- Bases para la articulación de la Política de Cuidados en Costa Rica 50
- Círculos de Diálogo a nivel nacional en torno a las necesidades de cuido en los grupos familiares costarricenses 50
- Estudio para el análisis de costos de prestaciones principales de cuido y proyecciones de gasto ante escenarios de aumento de cobertura de servicios 50
- Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica 51
- Prospección de costos de un Sistema de Cuidados para la Atención de la Dependencia en Costa Rica 51
- Análisis del impacto y ahorro en salud de un Sistema de Cuidados y Apoyos para la Atención a la Dependencia 52
- Validaciones y compromisos para la presentación de esta política pública 52

Capítulo 6. Estado de la situación 54
- Envejecimiento de la población 56
- Prevalencia de enfermedades no transmisibles 60
- Personas con discapacidad 61
- Estimación de la dependencia en Costa Rica 62
- Dimensión de la dependencia y la necesidad de apoyo a los cuidados en Costa Rica en razón de la brecha entre la oferta y la demanda actual 65

Capítulo 7. Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 92
- El Sistema como respuesta 97

Capítulo 8. Principios y enfoques 102
- Principios de la política 105
- Enfoques de la política 105

Capítulo 9. Componentes de la Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 112
- Eje 1. Gobernanza del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 113
- Eje 2. Inteligencia de datos para la articulación y ajuste del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 114
- Eje 3. Fortalecimiento de la oferta de servicios y prestaciones de Cuidados de larga Duración y Atención a la Dependencia 115
- Eje 4. Contribuir a la generación de condiciones para el avance de la corresponsabilidad social de los cuidados y apoyos y el cierre de brechas de género en materia laboral 119
- Eje 5. Sistema de aseguramiento de la calidad del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Costa Rica 120

Capítulo 10. Modelo de Gestión 122

Capítulo 11. Modelo de evaluación y seguimiento 132

Capítulo 12. Plan de Acción PCLD 2021-2023 138

Bibliografía 162

Anexos 186
- Anexo 1: Marco conceptual 186
- Anexo 2: Modelos de cuidados de larga duración en la experiencia internacional 193
- Anexo 3: Marco normativo y compromisos internacionales 199
- Anexo 4: Decretos y protocolos para la protección y atención de la población adulta mayor 206
- Anexo 5: Decretos y normas para la protección y atención de la población con discapacidad 207
- Anexo 6: Decretos para la protección de los derechos de las mujeres 208
- Anexo 7: Hallazgos del proceso participativo denominado Círculos de Diálogo a nivel nacional en torno a las necesidades de cuido en los grupos familiares costarricenses 209
- Anexo 8: Preguntas sobre dependencia en los diferentes instrumentos utilizados 217
- Anexo 9: Estimación presupuestaria y financiera del modelo base de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 219

Índice de Ilustraciones

- Ilustración 1. Características de la situación de dependencia 33
- Ilustración 2. Variantes de los cuidados por tipo de provisión 35
- Ilustración 3. Presiones de oferta y de demanda de servicios de atención a la dependencia 38
- Ilustración 4. Servicios de cuidados de larga duración (CLD) y servicios de atención a la dependencia 43
- Ilustración 5. Hitos en la construcción de la Política Nacional de Cuidados 53
- Ilustración 6. Crecimiento de habitantes en Costa Rica 1956-2018 58
- Ilustración 7. Relación entre dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas por edad de la población 66
- Ilustración 8. Egresos hospitalarios de personas mayores en la Caja Costarricense del Seguro Social en el período 1997-2017 69
- Ilustración 9. Principios y enfoques de la Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 104
- Ilustración 10. Parámetros del modelo base de atención a la dependencia 116
- Ilustración 11. Modelo de Gestión del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 124
- Ilustración 12. Instituciones que articulan el Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 127
- Ilustración 13. Procedimiento de acceso a la oferta de servicios y prestaciones del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia 129

Índice de Gráficos

- Gráfico 1. Porcentaje de personas mayores en la población. Europa. 39
- Gráfico 2. Porcentaje de personas mayores en el total poblacional. América Latina. Países seleccionados, datos históricos 1960-2016 y proyecciones 2020-2060 40
- Gráfico 3. Gasto en cuidados de larga duración (componentes sociales y de salud) por país y regímenes de seguro obligatorio, como proporción del PIB, 2019 42
- Gráfico 4. Porcentaje de beneficiarios de 65 y más años recibiendo cuidados en residencias. OECD. 2016 o año más próximo 44
- Gráfico 5. Porcentaje de beneficiarios de 65 y más recibiendo cuidados en el hogar. OECD. 2015 o año más próximo 45
- Gráfico 6. Transición demográfica en Costa Rica en el período 1950-2100 49
- Gráfico 7. Envejecimiento poblacional según sexo y grupos de edades en Costa Rica 59
- Gráfico 8. Carga de enfermedades infecciosas y crónicas en la última etapa del ciclo vital 61
- Gráfico 9. Comparación de tasas de dependencia por tramo de edad, según EBC y ENADIS. 2018 65

Índice de Tablas

- Tabla 1. Tasas de dependencia por sexo y edad. Costa Rica. EBC. 2018 63
- Tabla 2. Tasas de dependencia por sexo y edad. Costa Rica. ENADIS. 2018 64
- Tabla 3. Cantidad de Personas Adultas Mayores atendidas por el CONAPAM, por sexo según modalidad de atención para el año 2019 73
- Tabla 4. Cantidad de ayudas brindadas a las Personas Adultas Mayores atendidas por la Modalidad Domiciliar y Comunitaria (Red de Cuido), por provincia en 2019 74
- Tabla 5. Distribución de beneficios otorgados por el Programa 75
- Tabla 6. Porcentaje de personas mayores valoradas totalmente dependientes 81
- Tabla 7. Personas con discapacidad con transferencia monetaria por eje 84
- Tabla 8. El plan de acción en breve: indicadores de impacto y resultado 136

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ALC	América Latina y El Caribe
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la Vida Diaria
BID	Banco Interamericano de Desarollo
CE	Comisión Europea
CLD	Cuidados de Larga Duración
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CGR	Contraloría General de la República
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
CONAPDIS	Consejo Nacional de Personas con Discapacidad
DESAF	Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
EBC	Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
ENADIS	Encuesta Nacional sobre Discapacidad
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENT	Enfermedades no transmisibles
ENUT	Encuesta Nacional de Uso del Tiempo
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje
INAMU	Insituto Nacional de la Mujer
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos

IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Mideplan	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MS	Ministerio de Salud
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
JPS	Junta de Protección Social
OBS	Organizaciones de Bienestar Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de Estados Americanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
PIEG	Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género
PLANOVI	Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres
PNC	Política Nacional de Cuidados
PONADIS	Política Nacional en Discapacidad
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SAD	Servicio de Atención a la Dependencia
SICID	Sistema Costarricense de Información sobre Discapacidad
SIPAM	Sistema Integrado para la Persona Adulta Mayor
SINIRUBE	Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado
SNC	Sistema Nacional de Cuidados
TNR	Trabajo no remunerado

Presentación

ESTA POLÍTICA PÚBLICA ES UN ESFUERZO DE LA SOCIEDAD COSTARRICENSE, liderado desde el Gobierno de la República, para fortalecer la promoción de la autonomía personal en el área de las políticas de dependencia y salud, con el objetivo de integrar, ampliar y coordinar la nueva oferta de servicios sociales brindada por instituciones públicas y privadas prestatarias de servicios de atención a población en situación de dependencia en Costa Rica.

Ante los retos demográficos y sanitarios, se torna imprescindible que Costa Rica avance en la construcción de un sistema nacional de cuidados que promueva la autonomía personal y permita dar respuesta a las brechas entre demanda y oferta de servicios de cuidados y apoyos para personas dependientes, con el fin de que se garanticen derechos sociales a poblaciones vulnerables, se distinga y dignifique el rol de las personas cuidadoras y se promueva la corresponsabilidad social de los cuidados.

La carencia de sistemas de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia formales en un contexto de envejecimiento poblacional y un perfil epidemiológico consolidado tiene dos costos importantes. El primero corresponde a la disminución de la posibilidad de la persona cuidadora para participar en el mercado laboral formal por dedicarse a brindar cuidados y apoyos a la persona dependiente en el entorno familiar. Cuando no existen servicios públicos para personas dependientes, los cuidados recaen en los hogares y dentro de ellos, principalmente, en las mujeres. El segundo costo corresponde a los elevados gastos para el sistema de salud al atender a las personas adultas mayores o con discapacidad severa que, ante la ausencia de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia, terminan requiriendo servicios médicos agudos y de alto costo.

En Costa Rica, la oferta de servicios de atención a la dependencia se caracteriza por la existencia de programas fragmentados y orientados a atender a poblaciones específicas, en situación de pobreza o pobreza extrema. En este marco, para atender la demanda actual, se requiere organizar un nuevo modelo que articule todas estas ofertas y que pueda implementar nuevos servicios, según las necesidades presentes y proyecciones futuras y sin limitar los apoyos a la situación socioeconómica de las personas, sino a la severidad de su dependencia.

Además de la oferta limitada de cuidados formales en el país, una gran cantidad de personas recibe cuidados no formales en el hogar, facilitados especialmente por mujeres y ante los cambios demográficos que presenta el país, los recursos familiares para atender la dependencia están sobre exigidos y serán insuficientes. Como sociedad es ética y económicamente imposible continuar subsumiendo el trabajo de cuidados y apoyos mayoritariamente en el entorno familiar.

Esta situación se complejiza al tomar en consideración que el país enfrenta el envejecimiento en un contexto de elevado endeudamiento público (58,48% del PIB para el Gobierno Central en 2019) y estrechez debido al elevado déficit fiscal (6,96% del PIB para 2019).

Este panorama exige adecuar las decisiones en el campo presupuestario, normativo, de capacidad institucional y de gestión, de modo que el país pueda hacer frente al envejecimiento y a los cambios en su salud en forma exitosa) y con eficiencia en el uso de los recursos públicos (Contraloría General de la República, 2019).

Los avances que se han hecho son significativos, pero aún insuficientes: el concepto de dependencia no existe en las cartas de oferta de servicios, los servicios que existen adolecen de segmentación y dispersión, no logran dar respuesta a la demanda actual y mucho menos a la brecha futura en materia de cuidados y apoyos para personas dependientes. Además, no existen instrumentos homogéneos de valoración, no existen dispositivos de inteligencia de datos para la toma de decisiones ni para medir y mejorar la calidad de las prestaciones.

La conformación de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia permitirá a las personas en situación de dependencia acceder a una cobertura de servicios de cuidado de calidad y hacer uso de una red de servicios institucionales más integrados que les permitan tener una vida digna. Igualmente, sus personas cuidadoras informales y familiares, quienes son en su mayoría mujeres, tendrán apertura a los servicios del sistema que les permitan disponer de su tiempo, mejorar su calidad de vida e insertarse al mercado formal de trabajo.

Asimismo, el sistema pretende maximizar la rentabilidad de la demanda de los servicios públicos, desarrollando una gama integrada de servicios sociales comparativa y socialmente más rentables que los sanitarios, de modo que sea posible restar presión financiera sobre los servicios de consulta externa y de hospitalización de la Caja Costarricense del Seguro Social, al mismo tiempo que se agrega valor público en función del bienestar colectivo.

Así, esta política pretende dar vida a un conjunto articulado de programas y acciones que realizará el Estado dentro del tejido social para procurar el desarrollo humano y el bienestar cotidiano de quienes se encuentran en situación de dependencia y requieren apoyos de otras personas para realizar actividades de la vida diaria. Esto a través de una mejor oferta de servicios de atención a la dependencia y cuidados con un sistema de aseguramiento de la calidad en servicios de apoyo al cuidado.

Mediante esta Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, el Gobierno de la República se conduce en transformar la realidad de todas las familias costarricenses, cerrando las brechas de género, desde el enfoque de los Derechos Humanos y el paradigma de la corresponsabilidad social de los cuidados. Con la promulgación de este instrumento, se avanzará con pasos firmes hacia un sistema integrado y coordinado de servicios sociales para la atención de las personas dependientes.

Juan Luis Bermúdez Madriz
Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social.

Introducción

COSTA RICA Y SU ESTADO DE BIENESTAR se enfrentan a un doble desafío que afecta el futuro económico del país: el bienestar de sus personas ciudadanas y la calidad democrática de sus políticas públicas. Una economía que busca el salto al desarrollo requiere de una sociedad inclusiva. Las políticas de atención a la dependencia han demostrado tener numerosas externalidades positivas. No solo se trata de mejorar los cuidados y apoyos recibidos por las personas dependientes, sino de liberar capital humano hacia actividades de alta productividad, generar empleo y avanzar en la igualdad y equidad de género.

Esta política tiene por objetivo ordenar el curso de la acción del Estado costarricense y sus prioridades para atender mediante un sistema nacional de cuidados, todos aquellos requerimientos que tengan las personas dependientes, sus familias y sus comunidades que les cuidan y apoyan. De modo que esta es una política enfocada en resolver un problema público de al menos una cuarta parte de la sociedad costarricense.

Si bien en los países donde no existen servicios sociales para la atención de la dependencia, este concepto suele asociarse con poblaciones proxis como las personas con discapacidad o las personas adultas mayores, este instrumento tiene por población objetivo a todas aquellas personas que, debido a algún evento en su vida, sin importar cuál o cuándo acontezca, le conviertan en dependiente. Por tal motivo, esta no es una política para todas las personas con discapacidad o exclusiva para las personas adultas mayores, debido a que no todas las personas con discapacidad, ni todas las personas adultas mayores son dependientes. Esta es una política pública específica para las personas dependientes.

Esta política se divide en 12 capítulos. En el primero, se presentan los antecedentes y la justificación que constituyen el fundamento sobre la necesidad de consolidar un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia en el país. En el segundo apartado, se presentan las políticas e iniciativas previas que ofrecen los cimientos para la articulación de un sistema. Como parte del tercer apartado, se explican los principales conceptos que orientan la política y que dan cuenta de las características de los sistemas de cuidados. En el cuarto, se recopila la experiencia internacional en cuanto a las características, oferta de servicios y fuentes de financiamiento de otros sistemas similares. El quinto bloque describe la metodología utilizada en la construcción de esta política pública. En el sexto apartado, se presenta un panorama sobre el estado de la situación en relación con la demanda y oferta de servicios de atención a la dependencia en el país y se recopilan las principales estadísticas que dan cuenta de la urgencia de atender esta problemática.

El resto de las secciones contienen los elementos sustantivos que define esta política pública para la implementación progresiva de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia en Costa Rica. Por último, se presenta el Plan de Acción que permitirá planificar y cristalizar el sistema en su etapa de implementación.

1

Capítulo

Justificación[1]

EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Y DE INVERSIÓN PÚBLICA (PNDIP) de Costa Rica para el período 2019- 2022 es un proyecto que tiene la aspiración de sostener los importantes logros acuñados durante varias décadas, y que mira al Bicentenario de la Independencia con la aspiración de consagrar una economía más sólida, con un crecimiento sostenible y sustentable y con un sistema de bienestar social más inclusivo y solidario.

Entre las Áreas Estratégicas del PNDIP, dos guardan estrecha relación con los objetivos y alcances de esta política. La denominada "Seguridad Humana" contiene elementos vinculados con la priorización de las pensiones del Régimen No Contributivo (RNC) en las personas adultas mayores y la satisfacción de las necesidades fundamentales de las personas adultas mayores mediante la ejecución de programas sociales interinstitucionales. El área estratégica "Salud y Seguridad Social" contiene acciones que buscan mejorar las condiciones de salud de la población para vivir más años libres de enfermedades y sin discapacidades mediante el fomento de estilos de vida saludables y la ampliación del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), e intervenciones que aspira a fortalecer la prestación de servicios de salud en la CCSS acorde con las necesidades de la población[1].

En consonancia con la tendencia mundial hacia el envejecimiento demográfico, Costa Rica no escapa a esa realidad, tal como se evidencia en el estudio realizado por la Unidad de Análisis Prospectivo de Mideplan y UNICEF (2015).

Como resultado de la disminución sostenida de la mortalidad infantil y la acelerada baja de los niveles de la fecundidad, el país ha venido experimentando un proceso de envejecimiento de su población. En los últimos veinticinco años, la estructura de la población por sexo y edad se ha venido transformando, pasando de una forma piramidal, a una forma más rectangular, producto del traslado de población de los grupos de menor edad, a los siguientes grupos de edades, es decir, la evolución de cohortes de nacimientos producto de una mayor fecundidad experimentada en los ochentas y noventas que se beneficiaron del decrecimiento de los niveles de la mortalidad infantil y de la niñez de las décadas más recientes (Mideplan, 2017b).

---

1 Esta política pública está dirigida a personas dependientes. Estadísticamente estos servicios son utilizados en una proporción mayor por personas adultas mayores pues son quienes tienen mayor prevalencia de dificultades para realizar actividades de la vida diaria de manera autónoma. Cuando aumenta la cohorte de este segmento poblacional, hay que tomar medidas adicionales de provisión de servicios sociales. Reconociendo la necesidad de ampliar la coordinación de los servicios de cuidados y apoyos, se tiene la intención de avanzar en los siguientes planes de acción para engranar la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil como un subsistema del Sistema Nacional de Cuidados.

En consecuencia, la Subsecretaría Técnica de Población y Desarrollo liderada por Mideplan, en el Informe País sobre el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, prioriza 42 medidas para ser abordadas en el primer informe nacional presentado en el 2017 con el objetivo de que al 2020 se cumplan en 100%. En esta política destacan las medidas del Capítulo C sobre Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos presentadas a continuación:

- **Medida prioritaria 19:**

Formular y ejecutar políticas, planes y programas públicos —a todos los niveles político-administrativos— para que consideren la evolución de la estructura por edades, en particular, el envejecimiento de la población y las oportunidades y desafíos asociados a esta evolución en el mediano y largo plazo.

- **Medida prioritaria 20:**

Costa Rica se compromete a desarrollar políticas a todo nivel (nacional, regional y local) tendientes a garantizar la calidad de vida, el desarrollo de las potencialidades y la participación plena de las personas mayores, atendiendo a las necesidades de estímulos (intelectuales, afectivos y físicos) y contemplando la diferente situación de hombres y mujeres, con especial énfasis en los grupos más susceptibles de discriminación (personas mayores con discapacidad, carentes de recursos económicos o cobertura previsional y personas mayores que viven solas o no cuentan con redes de contención).

- **Medida prioritaria 30:**

Promover el desarrollo de prestaciones y servicios en seguridad social, salud y educación en los sistemas de protección social destinados a las personas mayores que avancen en calidad de vida, seguridad económica y justicia social.

Por lo anterior, el fortalecimiento del seguro de salud de la CCSS, uno de los baluartes más importantes de la política pública del país, es objeto de diversas líneas de acción del Plan, así como otras cuestiones relacionadas directamente con la mejora de los resultados en salud de la población, entre ellos, reducir la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) de 76 a 72 por cada 100 mil habitantes. Asimismo, el Plan incorpora acciones específicas de atención a la dependencia, como la ampliación de la modalidad domiciliaria en hospitales regionales y periféricos del país, incorporando una línea de monitoreo telemático de la salud (Mideplan, 2019a).

Dentro del conjunto de objetivos y metas del plan que establece las prioridades de política pública para el período en curso, llama la atención la presencia de indicadores como la incorporación de personas adultas mayores a la red de protección social o la contención de enfermedades crónicas de alta prevalencia, que pueden devenir en una dependencia si no se atienden de manera preventiva.

A esto es preciso sumar que la cantidad de nacimientos cada vez será menor, a la vez, que se proyecta que la esperanza de vida al nacer sea cada vez mayor, pasando de un promedio cercano a los 80 años (2015) a un promedio de más de 81 años (2025). Por ello, Costa Rica se cuenta entre los países latinoamericanos más avanzados en la transición demográfica junto con Chile y Cuba, al tener las tasas de fecundidad más bajas (menos de 1.8 hijos por mujer) y una esperanza de vida al nacer superior a los 80 años.

Con este ritmo, se espera que en el 2030 se iguale la proporción de personas menores de 15 años y las mayores de 60 años y para el 2032 se supere. En el quinquenio 2030-2035, se estima que Costa Rica pasará a formar parte del grupo de las sociedades super envejecidas (aquellas en las que la proporción de personas mayores es superior al 20%) junto con Bahamas, Barbados, Chile, Cuba, Trinidad y Tobago y Uruguay[2].

También, vinculado con el notorio proceso de envejecimiento poblacional está la prevalencia de enfermedades neurocognitivas. La

2 El cambio en la estructura por edad de la población con una preeminencia creciente de las personas mayores no solo se está convirtiendo en la tendencia demográfica más importante de la región, sino que también tendrá consecuencias cada vez más importantes para las economías de los países. Es de suponer que cada vez se harán

edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo, debido posiblemente al envejecimiento cognitivo que, aunque no es un factor causal, favorece la manifestación de enfermedades degenerativas, así como una mayor incidencia de enfermedades crónicas con riesgo cardiovascular que incrementan el riesgo de demencia vascular y degenerativa.

Actualmente, América Latina envejece, pero con historial de morbilidad comparativamente menos saludable que la trayectoria de Europa en la segunda mitad del siglo XX (Palloni et al., 2005), con insuficiencia de recursos económicos, menor cobertura en servicios y prestaciones sociales y a una velocidad superior a la que envejeciera Europa (Huenchuan, 2014; Sirodenko, 2014; CEPAL, 2017).

Esta transición demográfica en la región supone también la transformación en la demanda de cuidados: "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).

En este sentido, a nivel internacional son planteados cambios en los paradigmas de las relaciones de dependencia de cuidados (Razavi, 2007; Gascón y Redondo, 2014; Rossel, 2016, Huenchuan, 2018; Jara y Chaverri, 2020) que permutan el enfoque de los cuidados desde el prisma de la primera infancia para priorizar en primer plano los apoyos enfocados en personas dependientes debido a las deficiencias funcionales derivadas principalmente de la edad (Katz et al., 1963). Por ello, los Estados latinoamericanos deben prepararse y tomar medidas contundentes con celeridad (Harper et al., 2014).

Según la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina (CEPAL, 2014) se calcula que la cantidad de personas mayores de 60 años y más en América Latina y el Caribe se duplicará en 2030, cuando este grupo represente el 16,7% del total de la población.

El acelerado ritmo de envejecimiento previsto para las próximas décadas no tiene precedentes. En 2030, la población mayor de 60 representará 17% del total (ONU 2017) y hacia 2050, en tan solo 35 años, se estima que uno de cada cuatro habitantes en ALC será mayor de 60 años. Europa tardó 65 años en materializar un aumento similar y se estima le llevará alrededor de 75 años a América del Norte (Aranco et al., 2018: 7).

Este cambio demográfico supone actualizar, reorganizar y coordinar una oferta pública diferenciada de servicios sociales y sociosanitarios (Durán Heras, 2012) que atienda al nuevo perfil etario y epidemiológico: "América Latina y el Caribe se encuentra en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años" (CEPAL, 2017: 11). Para el caso costarricense, según estimaciones propias realizadas con datos del INEC se calcula que el año frontera de esta transición será más acelerado que para el promedio en la región.

Para afrontar esta nueva realidad, es preciso indagar el camino recorrido por otras sociedades que han afrontado contingencias similares, para tener como referencia la forma en que han desarrollado mecanismos y políticas públicas que permitieran solventar o reducir las necesidades sobrevenidas de cuidados y apoyos (Jara y Chaverri, 2020).

Así, se piensan y desarrollan políticas de cuidados de larga duración o cuidados prolongados con servicios sociales organizados y articulados dirigidos a atender personas dependientes resulta imperativo: "Más allá de los servicios en salud, se necesita una amplia gama de servicios de apoyos adicionales" (ONU, 2018: 76).

Este reto no solo radica en repensar el contrato social de solidaridad intergeneracional (Cháves, 2014), sino también en la actualización, adaptación y creación de políticas públicas en el ámbito de los servicios sociales y socio sanitarios que permitan enfrentar desde el ámbito preventivo hasta el in situ

más evidentes las nuevas dinámicas relacionadas con las actividades productivas y reproductivas de las sociedades, incluyendo los drásticos cambios producidos en la relación entre la población potencialmente dependiente y la potencialmente activa, donde la población dependiente crece a un ritmo significativamente más rápido que aquella en edad de trabajar. El caso de Costa Rica no es ajeno a este fenómeno y se encontrará en el próximo cuarto de siglo entre los países latinoamericanos considerados como economías envejecidas (Huenchuán, 2018).

las dificultades asociadas con el deterioro de las funcionalidades que adolecen personas por motivos relacionados con su edad, por prevalencia de morbilidad de enfermedades crónicas o por discapacidad cuando se carece de autonomía para tomar decisiones (Schell-Adlung, 2015) y se enfrentan limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Por ello, los servicios ajustados deben proveer de apoyos públicos destinados a personas que requieran de otra persona para desarrollar su vida con autonomía (Ibarrarán et al., 2016).

La esperanza de vida en Costa Rica llegó a un promedio de 80,4 años (77,8 para los hombres y 82,9 para las mujeres) en el 2019, mientras que los años de vida libres de enfermedades y discapacidades sobrevenidas, están en los 71,2 (INEC,2018). Sin embargo, para comprender la magnitud del desafío que implica hacerse cargo de la realidad de la dependencia que comúnmente trae consigo el envejecimiento demográfico, no por el envejecimiento en sí, sino por la aparición de mayor prevalencia de enfermedades crónicas y pérdida de funcionalidad, es preciso considerar también otras variables, como el promedio de años que la población de 60 años y más espera vivir con alguna enfermedad.

La esperanza de vida saludable a los 60 años era de 18 años para Costa Rica en el 2015, mientras que la esperanza de ida sin buena salud era de 5,7 años[3]. Estos números deberán seguir monitoreándose muy de cerca, ya que una comparación de dos puntos realizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), contrastando estas cifras con los datos registrados en el 2000, mostró que en más de la mitad de los países estudiados-incluyendo Costa Rica-en la última etapa de la vida aumentó[4] el número de años que vivía una persona mayor con alguna enfermedad crónica, discapacidad o limitación (Huenchuan, 2018).

En Costa Rica, el gasto nacional en salud como porcentaje del PIB es del 9,3%, algo por encima del 8,9% que registra el promedio de los países de la OCDE, 2017. Sin embargo, existen factores demográficos y económicos que presionan por mayor inversión pública.

La Contraloría General de la República, en el 2019, hizo un llamado vehemente para incluir el tema del envejecimiento en la política pública mediante el informe DFOE-SAF-OS-00001-2019 denominado: "Impacto fiscal del cambio demográficos: retos para una Costa Rica que envejece". En dicho documento, el ente contralor señala que Costa Rica se enfrenta a los desafíos del envejecimiento poblacional y el cambio en la estructura etaria de su población. Cuando la proporción de personas mayores de 60 años aumenta más rápidamente que cualquier otro grupo de edad, es resultado del éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico de las sociedades, pero también constituye un reto para las sociedades, que deben adaptarse a eso para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (Mideplan, 2017a).

Como tal, el proceso de envejecimiento modifica la demanda de algunos servicios públicos, por lo que se le considera un proceso con capacidad de impactar significativamente la Hacienda Pública, en particular, en lo que respecta a los servicios como la salud y las pensiones.

A mediano y largo plazo habrá cada vez más personas adultas mayores con enfermedades crónicas demandando mayores y mejores servicios, mientras que la cantidad de cotizantes será cada vez menor, lo cual genera presiones importantes sobre la sostenibilidad del sistema. El sistema de salud se concentra principalmente en el sector público que representa aproximadamente 70% del total, pero su parti-

3 El Estudio sobre la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (2017) dio cuenta de la esperanza de vida libre de discapacidad, años de vida ajustados por discapacidad y la esperanza de vida en diversos países. Para Costa Rica, la principal enfermedad crónica que causa discapacidad al final de la vida es la diabetes (64%), en segundo lugar se encuentran los accidentes cerebrovasculares (45%) y la tercer razón es la enfermedad crónica renal (43%), y en cuarta posición está la isquemia miocárdica (41%) (Global Health Metrics, 2019).

4 Si bien la esperanza de vida al nacer es alta en Costa Rica, la esperanza de vida libre de discapacidad (o esperanza de vida saludables) es bastante menor: "…a los 65 años es de 12, 8 años para hombres y 10, 5 años para las mujeres; estas cifras son equivalentes a esperar los hombres pasen 48% de la vida restante sin discapacidad, y las mujeres, 35%" (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020).

cipación ha venido disminuyendo a costa del sector privado y el principal actor es la CCSS y sus aportes tripartitos (empleadores, personas trabajadoras y el Estado), por tanto, la sostenibilidad del sistema depende fundamentalmente de la sostenibilidad financiera y operativa de esta institución (Mideplan, 2017c).

De acuerdo con las proyecciones estimadas por la Contraloría, con respecto al 2016, el envejecimiento generará en 2030, un incremento en el gasto en hospitalización y consulta externa de al menos el 86% (Contraloría General de la República, 2019).

En materia de pensiones, el aumento de la población adulta se traduce en una mayor demanda de pensiones por vejez que en conjunto con las de invalidez y sobrevivencia suponen un desafío mayor para la sostenibilidad financiera para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM): "En 2030, el cambio demográfico redundaría en un aumento del 263% en el gasto de pensiones por vejez, las cuales pasarían de representar el 1,5% del PIB en 2017 a un rango del 2,5% al 2,7% del PIB en tan solo 12 años, lo que permite apreciar la velocidad con la que el envejecimiento afectará las finanzas del IVM" (Contraloría General de la República, 2019).

Por ello, la prevención y el establecimiento de servicios sociales menos costosos que los sanitarios es una alternativa necesaria. Dentro de los elementos que explican la presión financiera de la inversión sanitaria; además, del aumento de la fuerza laboral informal y el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población aparece como uno de los principales determinantes. Las necesidades de atención en salud, como en muchos países de la OCDE, provienen cada vez más de enfermedades no transmisibles (ENT), como enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes. Más del 80% de todas las muertes en Costa Rica se deben a las ENT, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte (30% de los decesos), seguidas de cerca por diversos cánceres, responsables del 23% de todas las muertes (OCDE, 2017).

La vejez no es sinónimo de enfermedad. Sin embargo, el envejecimiento trae consigo una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales y también una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas (OMS, 2015). El aumento de la proporción de adultos mayores en el conjunto de la población implica una mayor demanda de servicios de salud y de cuidado (Spillman y Lubitz, 2000; Colombo et al., 2011; Sirodenko, 2014; Zalakain, 2017). Para Costa Rica se proyecta un aumento sustancial en la demanda potencial de cuidados para la población mayor de 75 años, pasando de 2,9 adultos demandantes de cuidados por cada 100 personas entre 15 y 74 años en 2015, a 11,3 en el año 2050 (Aranco et al., 2018).

En consecuencia, a medida que la población envejece, aumenta la proporción de personas con limitaciones funcionales que, a su vez, son un factor de riesgo para la dependencia (Huete, 2019; Medellín et al.,2019). De modo que conforme aumenta la edad, crece la prevalencia de discapacidad. El II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, (2020) señala que en el caso de Costa Rica, la situación de discapacidad llega al 29% de la cohorte entre 65-79 y al 55% de las personas mayores de 80%; de modo que un 33% de la población de 65 años o más, con discapacidad, requiere apoyos[5], de los cuales dos terceras partes requieren un solo asistente y la otra tercera parte requiere la asistencia de dos o más personas.

Asimismo, el deterioro cognitivo y las demencias plantean retos importantes en este contexto, en tanto requieren de un abordaje integral no solo por profesionales de la salud, sino también por personas que asumen los cuidados. La Norma Nacional de atención a personas adultas con deterioro cognitivo y demencia reconoce que, por su impacto, ambos padecimientos son considerados un problema de salud pública, ya que no solo es un trastorno fisiológico o funcional en la persona, sino también social por sus implicancias en las personas cercanas ya sea de la familia, amigos o comunidad. Esta política pública también incluye el apoyo a los cuidados en casos de dependencia generados por el deterioro cognitivo y demencias.

Dificultades funcionales como estas no implican necesariamente dependencia, enten-

5 Las actividades con el mayor porcentaje de personas adultas mayores con imposibilidad de realizarlas son el cuidar o apoyar a otras personas (14%), hacer trabajo doméstico (12%), hacer compras o ir al centro de salud (11%), salir a la calle (10%) y participar en actividades sociales (9%).

dida como aquella condición de carácter prolongado o permanente en la que las personas requieren del apoyo de otras para realizar actividades básicas de la vida diaria (OMS, 2004). Sin embargo, si esas dificultades no se tratan de manera oportuna, a la larga podrían generar dependencia.

Por ello, suponer que estas necesidades de cuidado se seguirán solventando con las redes informales y familiares que tradicionalmente han estado a cargo de esta función, puede resultar equivocado y, de hecho, las tendencias internacionales muestran lo contrario (Esping-Andersen, 2002; Durán-Heras, 2006; Harper et al., 2011; Gascón y Redondo, 2016; European Commission, 2019; OCDE, 2019).

Los cambios en las estructuras familiares (familias más reducidas y más mujeres participando en el mercado laboral, por ejemplo) ponen en cuestión la capacidad real de los hogares para asumir el cuidado de las personas mayores. Por ello, se vuelve tan importante plantear sistemas de protección social, que ofrezcan respuestas concretas a las necesidades de la población que necesita de cuidados o de apoyos a la tarea de cuidar de otros, especialmente, si se trata de personas con dependencia (Scheil - Adlung, 2015; Cecchini et al.,2015).

Con respecto al tema económico, a corto plazo la transición demográfica genera alertas debido a la falta de mano de obra, reducción de la población activa en los sistemas de pensiones y pone en riesgo su sostenibilidad en el tiempo, la vez que plantea interrogantes sobre la readecuación de los servicios sociales (Mideplan, 2017a). Por eso, es preciso avanzar con celeridad en la tradición solidaria costarricense para desarrollar políticas de bienestar social y conformar un nuevo pilar del sistema de protección social: los servicios sociales para la atención de personas dependientes y las personas que les apoyan y cuidan.

En Costa Rica este fenómeno tiene una doble consecuencia. Por un lado, la participación laboral femenina se ha visto reducida, porque el trabajo doméstico no remunerado es realizado principalmente por las mujeres (74%). En promedio una mujer destina, en promedio, 5 horas y 25 minutos por día a esta función (Jiménez-Fontana, 2019).

En consonancia, la medida prioritaria 53 definida en el primer Informe País del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (Mideplan, 2017b) evidencia la intencionalidad y el compromiso del Estado costarricense por: "(...)desarrollar y fortalecer las políticas y servicios universales de cuidado que estén basados en los estándares más altos de los derechos humanos, con perspectiva de igualdad de género y generacional, que promuevan la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las familias y los hogares, así como entre hombres y mujeres y que faciliten el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas".

Asimismo, los desafíos identificados por Mideplan (2017b) a propósito de esta medida, pivotan entre garantizar la implementación del enfoque de corresponsabilidad de cuidados consiguiendo un involucramiento real del sector privado y de los hombres, además del Estado, garantizar la planificación y asignación presupuestaria para prestaciones y la ampliación geográfica de la oferta y alternativas de cuidados. De este modo, modificar la relación por género y desde la corresponsabilidad social de los cuidados es un compromiso público.

Cuando se mide el tiempo dedicado al cuidado de personas parcialmente dependientes, según la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (2017), las mujeres destinan el 65% del tiempo social promedio (tiempo que la sociedad en su conjunto dedica a determinada actividad) al cuidado y apoyo de miembros del hogar mayores de 12 años, mientras que los hombres lo hacen en 35%. Por su parte, la división del tiempo social promedio dedicado al cuidado de personas totalmente dependientes es del 19,6% para los hombres y del 80,4% para las mujeres.

En relación con las personas con discapacidad, del total de quienes reciben apoyos (311.214 personas) el 66,08% la recibe en el hogar. En 7 casos de cada 10 el apoyo está a cargo de una mujer y 9 de cada 10 de esas ellas no recibe ninguna remuneración por los apoyos (INEC-CONAPDIS, 2019).

En consecuencia, una medida de recuperación para el equilibrio de las finanzas del sistema de salud público podría ser la liberación de parte de esa tarea asociada al cuidado, para habilitar a las mujeres a realizar trabajos remunerados (Durán-Heras, 2006; Razavi, 2011; Brimblecombe et al.,2018). Por otro lado, si aumenta la población con necesidad de cuidados, atribuible en parte a la menor disponibilidad de cuidadores en el hogar, las redes de apoyo al cuidado deberían ampliarse (Martínez - Buján et al., 2018). En consecuencia, en el marco de un sector social disperso, sin rectoría común, sin la existencia del concepto de

“...desarrollar y fortalecer las políticas y servicios universales de cuidado que estén basados en los estándares más altos de los derechos humanos, con perspectiva de igualdad de género y generacional, que promuevan la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las familias y los hogares, así como entre hombres y mujeres y que faciliten el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas”.

Medida prioritaria 53 definida en el primer Informe País del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (Mideplan, 2017b)

dependencia en las cartas de ofertas de servicios, desasociado y descoordinado del sistema de salud, resulta necesario incluir el concepto, valorar a las personas desde su paradigma y, en consecuencia, cerrar las brechas de la desatención (Chaverri, 2019).

A no dudarlo, el Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, además de ser una apuesta por la renovación y la actualización de los servicios sociales en Costa Rica, es también una travesía por la articulación y la integración.

Costa Rica ha suscrito distintos compromisos internacionales y ha aprobado un significativo número de leyes orientadas a garantizar la protección de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades para todas las personas y la atención de las necesidades de los grupos vulnerables. Con el fin de enmarcar las obligaciones que el Estado costarricense ha adquirido y que fundamentan la creación de esta política, que busca atender las necesidades en materia de cuidados de la población dependiente y de sus familias y de las personas que apoyan con actividades de cuido, en los anexos de este documento se recopila el marco jurídico nacional e internacional que antecede las acciones que impulsará esta política pública.

Experiencias recientes de política pública costarricense como la Estrategia Puente al Desarrollo muestran el rol crucial de la articulación como factor determinante en una mejor orientación, asignación y uso de los recursos de inversión social a modo de una ruta segura a seguir.

La ruta de consolidación del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia requiere precisamente de la articulación de las instituciones, programas, servicios y prestaciones alrededor de un marco regulatorio común robusto y actualizado, capaz de consolidar las acciones existentes, superar brechas de cobertura y calidad de las intervenciones y generar servicios innovativos a tono con las demandas sociales crecientes por cuido y apoyos.

También, serán claves dentro de los esfuerzos de articulación la gestión de la información, la inteligencia de datos y el conocimiento, así como la apuesta por la promoción de cambios en las comprensiones y prácticas socioculturales. Todo desde el paradigma de la corresponsabilidad social, el enfoque de derechos y la perspectiva de género.

2

Capítulo

Antecedentes: Trayectoria hacia una Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

EN COSTA RICA no existe el concepto de dependencia en el diseño de los programas y prestaciones sociales de las instituciones que los ofrecen[6]. Tampoco, se cuenta con un marco normativo que organice los servicios de apoyo al cuidado. Sin embargo, existen algunas políticas, leyes y acciones institucionales previas que se constituyen como antecedentes relevantes para avanzar en la articulación de un sistema de apoyo al cuidado y atención a la dependencia que estructure la oferta existente y dé respuesta a la demanda creciente de estos servicios en la población.

Modalidad de hospital de día y visita domiciliar en la CCSS (2007)

La implementación de la Hospitalización y Atención domiciliar y comunitaria como prevención de eventos adversos que garantiza la seguridad del paciente se lleva a cabo en concordancia con el Lineamiento N°4 de la "Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente" aprobada por la Junta Directiva de la CCSS en Artículo 2° de la sesión N° 8139, celebrada el 22 de marzo de 2007.

En consecuencia, en el Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Servicios de Salud, de la Gerencia Médica, se ha propuesto desde 2009 la creación de un Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en Red para la persona y su sistema familiar que tiene como misión:

> Lograr el posicionamiento de la hospitalización, atención y apoyo domiciliar en el sistema de atención integral a la salud del país, dirigidas a los usuarios(as) con limitación funcional temporal o permanente y a sus familias, con calidad, seguridad, equidad, solidaridad y universalidad (Bolaños, Arreola y Mata, 2009).

---

6 Con excepción de una pequeña porción de menos de 500 personas adultas mayores en situación de pobreza y de abandono que son valoradas por organizaciones de bienestar social de forma heterogénea (ver tabla 6); y algunas capacitaciones ofrecidas por la CCSS para personas cuidadoras (principalmente familiares) de personas en situación de dependencia.

En el afán de acercar los servicios institucionales a las personas que no pueden llegar hasta los centros de salud, la CCSS dispone de más de 45 unidades que posibilitan llevar a cabo la hospitalización y Atención Domiciliar y la Modalidad de día, las cuales de describen a continuación:

- **Hospitalización y Atención Domiciliar:**

Son modalidades no convencionales atención, que se desarrollan en el escenario domiciliar con la participación de un equipo interdisciplinario capacitado, con experiencia en su disciplina, en el trabajo en equipo y con habilidades sociales. En esta modalidad destaca el papel de los cuidadores. Acorta los tiempos de recuperación por el efecto psicosocial que implica la internación en el hogar. Requiere de recursos tecnológicos para fortalecer el enlace entre los diferentes servicios de hospitalización, de la red de servicios, el domicilio y los servicios de apoyo durante las 24 horas de los días que dure el internamiento domiciliar. La atención en el domicilio corresponde a las áreas de salud e implica la atención a pacientes crónicos, terminales e inmovilizados, cuya organización depende de los de áreas de salud, los recursos con que se organiza son los propios de estos establecimientos y los profesionales del área se convierten en referentes últimos de la asistencia y los profesionales de atención especializada brindan apoyo. La familia por su parte o personas encargada son quienes se ocupan habitualmente del paciente, lo acompañan, lo vigilan y le ofrecen atención personal. El horario y periodicidad de las visitas se establece en cada área dependiendo de los recursos disponibles y las necesidades asistenciales. Para el año 2019, más de "93 mil personas recibieron este servicio" (CCSS,2019).

- **Hospital de día:**

Esta modalidad de atención ambulatoria diurna, se crea en el escenario hospitalario, tiene fines de rehabilitación, en la cual predominan los servicios médicos y de rehabilitación. Sus objetivos son claramente terapéuticos, temporalizados en un periodo limitado. Están dirigidos por personal de salud calificado que coordina y dirige el programa de intervención. Sus ventajas técnicas son: 1-Prevenir la institucionalización y la dependencia; 2-Preservar las relaciones con el medio social habitual y con la familia; 3-Evitar el aislamiento; 4-Hacer más económico el internamiento (CCSS,2014).

Manual de criterios técnicos de la Junta de Protección Social

De conformidad con la Ley 8718, para asignar los recursos que genera, la JPS dispone de un documento dividido en catorce diferentes sectores sobre los cuales se pueden distribuir recursos a organizaciones que atiendan poblaciones que se circunscriban en ellos. Tiene por nombre el Manual de Criterios para la distribución de recursos.

La Junta de Protección Social concibió un manual de criterios técnicos[7] en el 2009, donde se establecen disposiciones para las modalidades de giros de fondos que hace la institución, entre estas, el apoyo a la promoción de la autonomía personal para personas con discapacidad y adultos mayores.

La Junta de Protección Social aprobó el vigente Manual de Criterios Técnicos, mediante su publicación en La Gaceta 83 del 30 de abril del 2010. De modo que se incluyó en el manual la conceptualización de la dependencia en adultos mayores, señalando que se trata de los casos en que la persona presenta una pérdida de su autonomía funcional y requiere el apoyo de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria (Junta de Protección Social, 2010).

Además de la existencia previa de estos instrumentos jurídicos y de políticas y acciones institucionales que abordan algunos componentes en materia de cuidados y bienestar social, el país requiere contar con una Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia que permita dar respuesta a las transformaciones sociodemográficas y epidemiológicas que enfrenta el país.

Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021

Se impulsó en el 2011 con el objetivo de adoptar las medidas necesarias para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas adultas mayores.

7 Mediante acuerdo JD-192 de la sesión 14-2009 del 19 de mayo, 2009.

La política establece la necesidad de fomentar alternativas comunitarias de cuidados de largo plazo para la población adulta mayor y la generación de redes de apoyo para lograr que las personas permanezcan en el hogar y se prevenga el agotamiento del cuidador. Asimismo, se plantea como objetivo incentivar programas de promoción, prevención, atención, curación y rehabilitación de la salud (Presidencia de la República, 2011).

Decreto 36607-MP que declara de interés público la conformación y desarrollo de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica

Se aprobó el decreto durante el 2011 que declara de interés público la conformación y desarrollo de la red. El decreto indica que la red operará como una estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, a través de la cual se articularán programas y acciones orientados garantizar el cuido adecuado y la satisfacción de necesidades de la población adulta mayor (Presidencia de la República, 2011).

Política Nacional de Discapacidad (PONADIS) 2011-2021

La PONADIS se creó en el 2011 con el fin de contar con un marco normativo a largo plazo que favorezca la efectiva promoción, respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad y que facilite el cierre de brechas de inequidad que inciden en el desarrollo personal y social de esta población (CONAPDIS,2011).

Esta política posiciona de manera permanente y consistente en la agenda política a la discapacidad y traza la hoja de ruta con las acciones que deben desarrollarse para que la población pueda disfrutar del pleno ejercicio de sus derechos.

Como parte del eje "Personas, instituciones, organizaciones y entorno inclusivo", la política establece el compromiso del Estado con las personas con discapacidad y sus familiares para que reciban el apoyo, la asistencia y la protección que requieren. Para ejercer sus derechos y con el fin de consolidar este compromiso, indica que el Estado debe crear modelos de redes de cuido y desarrollo que promueven la vida independiente (Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2011).

Programa de navegación de pacientes de cáncer de mama (2012)

Con la intención de brindar los apoyos necesarios integrando las virtudes de los servicios sociales y sanitarios, la Presidencia Ejecutiva de la CCSS desarrolló este programa que, en asocio con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR), acompaña, guía, apoya y da seguimiento en "la navegación" de las pacientes para enfrentar todos los escollos contingentes devenidos con esta enfermedad.

Este programa fue posteriormente incluido en el Plan Nacional de Oncología, y vincula a las pacientes navegadas, mujeres voluntarias sobrevivientes del cáncer de mama, ONGs y centros de salud. Por medio de ese trabajo conjunto, cuyo financiamiento económico proviene de la UCR y la CCSS, los hospitales han logrado reducir sus listas de espera en seis meses (Jiménez, 2016).

Política Nacional de Salud Mental 2012-2021

La política establece un marco normativo para conducir a los distintos actores sociales hacia la promoción de la salud mental, la prevención de enfermedades y la rehabilitación de personas con enfermedades mentales en sus comunidades.

La política tiene como principio orientador la autonomía y establece el derecho de cada persona de tomar las decisiones que atañen su vida personal y especialmente el de poder vivir en el lugar que se quiera y ser atendido por las personas que se desee cuando requiere asistencia personal (Ministerio de Salud, 2012).

El documento señala que la autonomía personal se ve impactada en aquellas enfermedades que impliquen alteraciones de la movilidad y enfermedades mentales que provoquen una desorganización de la conducta, de ahí que este documento sea un antecedente relevante para el sistema de cuidados que aspira a brindar servicios para personas dependientes como las que se identifican en la Política de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2012).

En materia de sistemas y servicios de salud,

La política tiene como principio orientador la autonomía y establece el derecho de cada persona de tomar las decisiones que atañen su vida personal, y especialmente el de poder vivir en el lugar que se quiera y ser atendido por las personas que se desee cuando requiere asistencia personal.

(Ministerio de Salud, 2012).

la política propone convertir el modelo tradicional de atención de la Salud Mental en un modelo de promoción y atención integral centrado en la comunidad, a través de la desconcentración de los recursos materiales, humanos y financieros de manera que haya mayor énfasis en el primer nivel de atención.

Programa de Formación en Asistencia Personal para Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad (2014)

El Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) ha desarrollado desde 2014 diversos programas técnicos de capacitación con diversas mallas curriculares ajustadas para formar como asistentes en la atención integral para la persona adulta mayor (2014) y como asistentes personales para la persona con discapacidad (2015)[8].

De este modo, el INA aúna en la consecución de dos objetivos de amplio calado: una formación desde los paradigmas actuales de vida independiente y enfoque de Derechos Humanos, a la vez que apertura un mercado de trabajo relevante dentro de la economía de los cuidados y apoyos, prodigando altos estándares de calidad en los servicios brindados.

El programa de formación de asistentes en la atención integral para la persona adulta mayor ha egresado a 291 personas entre 2015 y 2019, de las cuales el 91,8% son mujeres. Por su parte, el programa de formación de asistentes personales para personas con discapacidad tuvo su primera promoción en el año 2019, egresando a 102 personas, de las cuales el 80,4% son mujeres.

Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas. Esfuerzos compartidos (2014-2024)

En un esfuerzo compartido, y tomando en consideración que Costa Rica se encuentra en un claro proceso de envejecimiento poblacional, la Vicepresidencia de la República, CONAPAM y organizaciones privadas articularon esfuerzos para convertir a Costa Rica en el primer país de América Latina en contar con un plan para atender la demencia del Alzheimer.

Señala el plan que "cada año hay 7.7 millones de nuevos casos de demencia alrededor del mundo, lo que implica un nuevo caso cada 4 segundo en algún lugar del mundo", para el caso costarricense ADI señala que, según sus estimaciones, "para el año 2010 unas 30.00 personas vivían con demencia, proyectando que esta cifra se incrementará en un 433% llegando a impactar a 160.000 personas en el año 2050. Lo que representará un costo de $160 millones" (PNEA, 2014).El Plan propone diversas acciones coordinadas para mejorar el bienestar de las personas que viven con Alzheimer. Entre ellas se cuenta: el mejoramiento en el acceso al diagnósticos de enfermedades neurocognitivas y las formas de atención integral, el fortalecimiento de la coordinación entre todos los actores sociales, la motivación para la permanencia en el hogar y el incremento a los apoyos de una persona cuidadora o asistente personal, así como el mejoramiento de la calidad de atención y cuido en las residencias u hogares de larga estancia que mejoren la calidad de vida de las personas con enfermedades neurocognitivas.

Por último, el Plan propone entrenar a las personas profesionales de la salud en la temática de enfermedades neurocognitivas, desarrollar investigación, realizar promoción desde el enfoque de los Derechos Humanos y promover la información general y la conciencia social.

Uno de los resultados más ejemplarizantes de este esfuerzo, es la "Casa del Cuidador" de ASCADA inaugurada en 2014 gracias al impulso conjunto entre ASCADA y el Colegio de Profesionales en Trabajo Social.

Política Institucional para la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor (CCSS)

La Caja Costarricense del Seguro Social aprobó una Política Integral del Adulto Mayor en el 2016, que tenía como fin procurar una atención más ágil para la población y facilitar la atención domiciliaria y ambulatoria. Como parte de las acciones a desarrollar, se estableció implementar modalidades de atención

8 También existen otros programas similares que el INA proporciona para todas aquellas personas que se quieren capacitar como Asistente en la Atención Integral para Personas de de 0 a 6 años (2015) y como Asistente en la Atención Integral para Personas de 7 a 17 años.

ambulatoria en salud, con el fin de que las personas adultas mayores permanezcan en sus hogares y con ello, evitar el desarraigo familiar y comunitario (CCSS, 2016).

El objetivo de la Política es fortalecer la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral e integrado de la persona adulta mayor, con la finalidad de responder a sus necesidades acorde con la demanda del envejecimiento poblacional del país. Con ello se pretende fortalecer la atención domiciliar y otras modalidades de atención para las personas adultas mayores e incluye la atención de aquellas que se encuentran en situación de dependencia.

Política Nacional para la Atención a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016-2026

Se presentó la Política Nacional para la Atención a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle en el 2016, con el objetivo de atender la situación de desigualdad y exclusión en la que se encontraba históricamente esta población. Para esto, se establecía como meta disponer de servicios públicos y privados articulados que faciliten la prevención, atención y protección de los derechos de estos grupos (Presidencia de la República, 2016).

Con el fin de facilitar una atención oportuna, la política fortalece el cuido a través de familias solidarias, hogares independientes, hogares multifamiliares, instituciones residenciales, residencias privadas y albergues transitorios.

La política se plantea como acciones a desarrollar: la formulación y ejecución de programas, proyectos y acciones para la prevención y protección de quienes están en abandono, la promoción de la corresponsabilidad social, mejorar el acceso a servicios para las personas en situación de riesgo o abandono y reforzar el compromiso gubernamental de atender la población vulnerable.

Política Nacional para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres 2018-2030

La Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres en Costa Rica 2018-2030 se impulsó en el 2018 con el fin de promover cambios culturales en la ciudadanía favorables a alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres, fortalecer la institucionalidad de género en el Estado, promover la corresponsabilidad social de los cuidados de personas en situación de dependencia y del trabajo doméstico no remunerado, fortalecer la autonomía económica de las mujeres y su empoderamiento personal y liderazgo colectivo (INAMU, 2018).

El eje denominado “Distribución de tiempo” constituye un antecedente de especial relevancia para la creación de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia a nivel nacional, ya que tiene como resultados esperados garantizar que un mayor número de personas en situación de dependencia pueda acceder a servicios de cuidados, a través de la articulación de servicios públicos y privados en todas las regiones del país.

Asimismo, se establecen como metas el aumento de las mujeres que acceden a servicios públicos y privados orientados hacia su recreación y autocuido y el incremento de hombres que participan en el trabajo doméstico no remunerado y en el cuido de las personas dependientes. Estas metas están orientadas a disminuir la sobrecarga de trabajo que tienen las mujeres, con el fin de que tengan acceso a oportunidades que favorezcan su desarrollo personal y social (INAMU, 2018).

Estrategia Nacional para un envejecimiento Saludable 2018-2020

Se lanzó la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable en el 2018, con el objetivo de crear un modelo de promoción de salud y desarrollo integral para el envejecimiento, que oriente la formulación de políticas, la participación social y la generación de entornos promotores de la salud. Para alcanzar este objetivo se plantea el desarrollo de proyectos institucionales y locales y el fortalecimiento de los servicios de salud y de cuidados a largo plazo.

Con el impulso de esta estrategia, Costa Rica se convirtió en el primer país de la Región de las Américas en definir un instrumento de esta naturaleza (OPS, 2018) y este es uno de los esfuerzos gubernamentales por dar respuesta a los retos que plantea el envejecimiento de la población.

En el eje de cuidados a largo plazo, se planteó la necesidad de contar con un sistema de atención que se articule entre las familias, las

personas adultas mayores y sus comunidades, los distintos proveedores y el sector público y privado (Ministerio de Salud, 2018).

Cierre del área asilar del hospital psiquiátrico

Se ordenó el cierre de la sección asilar del Hospital Psiquiátrico durante el 2018, con el fin de dar una respuesta integral a las personas en situación de abandono. Esta decisión se tomó en el marco del cumplimiento de la Política Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y Personas en Situación de Calle 2016-2026 (Presidencia de la República, 2016).

Mediante el apoyo interinstitucional de CONAPDIS y CONAPAM más de 250 personas fueron reubicadas en albergues especializados para brindarles acompañamientos médicos y facilitar su inserción comunitaria. Se trató de una decisión para dar respuesta a una necesidad histórica con la población en situación de abandono de brindarles una mayor calidad de vida a través de cuidados integrales y desde un enfoque de derechos humanos.

3

Capítulo

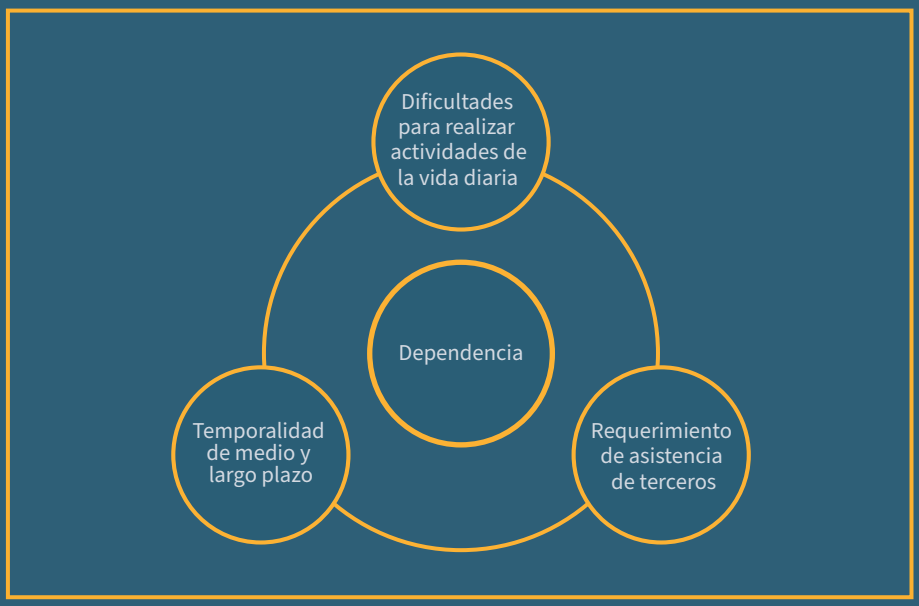
Definiciones

EXISTEN DIVERSAS DEFINICIONES de qué se considera una situación de dependencia, aunque la mayoría coincide en la concurrencia de tres condiciones que pivotan en limitaciones y carencias en la autonomía personal para vivir de forma independiente:

a. que 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 aseo personal;
b. que exista necesidad de apoyos de terceros para desarrollar estas actividades y,
c. que estos requerimientos y necesidades sean permanentes o estén presentes durante un extenso período (OMS, 2004; CE, 2009; OCDE, 2012, Matus-López, 2019).

Tomando esto en consideración, en esta política se entenderá la dependencia como una situación permanente o prolongada[9] en que vive una persona que ha perdido su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, lo cual le impide realizar por sí misma, al menos una de sus actividades básicas de la vida diaria sin apoyo de otra persona, de manera prolongada en el tiempo.

Ilustración 1. Características de la situación de dependencia



Fuente: Matus-López (2020).

9 Aunque esta puede ser temporal generada por un evento agudo y que, con el debido tratamiento y rehabilitación, la persona recupera su independencia, la política tiene énfasis en los cuidados de larga duración para la atención de la dependencia.

Al conceptualizar la dependencia es preciso referirse también al concepto de los cuidados, pues, la dependencia los trae de forma implícita, de manera que los mismos se comprenden de manera amplia: "(...) como la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia" (Huenchuan, 2011: 164).

El cuidado es una función social, un bien público y un derecho básico sin el cual no es posible concebir la existencia y la reproducción de la sociedad. Interpela a un nivel medular al propio concepto de humanidad; se funda en relaciones "cara a cara" entre quienes lo reciben y quienes lo proveen de forma remunerada o no remunerada, por ello las políticas de cuidado deben cubrir, tanto a las personas cuidadoras como a quienes requieren esos servicios, a saber: personas en situación de dependencia (Rico y Robles, 2016).

Para esta política, por cuidados informales se comprenden aquellos que son llevados a cabo por familiares, voluntarios o amigos no profesionales, efectuados de manera solidaria, es decir, se realizan de manera no remunerada. Por tal motivo, en esta categoría se circunscriben los que, sin paga alguna, son proporcionados diariamente por los familiares convivientes.

Por su parte, se entenderá por servicios formales de cuidado los que están sujetos a algún tipo de regulación, contrato de trabajo y que, quienes los ejercen reciben remuneración por ellos. En esta categoría se considerarán aquellos brindados por el Estado, las organizaciones de bien social y el mercado.

Sin embargo, la oferta de servicios formales, en la mayoría de los países del mundo es considerablemente menor que su demanda. Esto supone que cuando una sociedad tiene factores sociodemográficos como los que se estiman en el corto plazo para Costa Rica, es fundamental crear políticas de cuidados de larga duración o cuidados prolongados que tengan por objetivo cerrar esta brecha a tiempo:

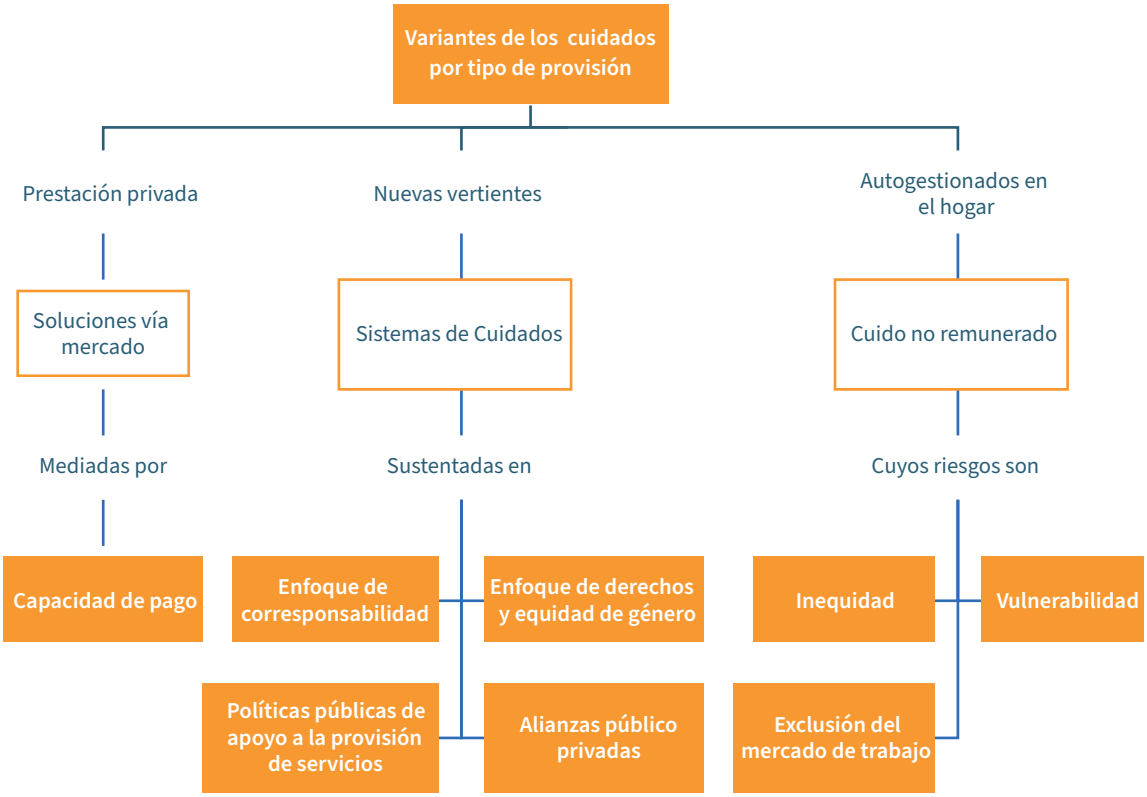
> La cobertura de esos cuidados excluye a más del 48% de la población mundial, siendo las mujeres las más gravemente afectadas. Otro 46,3% de la población de edad en el mundo está en gran medida excluida de los cuidados de larga duración a causa de las estrictas reglamentaciones, que exigen que los adultos mayores sean pobres para tener derecho a estos servicios (OITb, 2017: xxxv).

La diversidad en que son asumidos los cuidados y apoyos por el conjunto de la sociedad y los diversos estados, (Ilustración 2) se extiende por todas las clases sociales y depende esencialmente de la confluencia de diversos factores que condicionan la toma de decisiones para solventar los requerimientos sobrevenidos con el advenimiento de la dependencia a los hogares.

Por su parte, los cuidados de larga duración (CLD) son aquellos que: "Incluyen una amplia variedad de servicios para extender por el mayor período la posibilidad de vivir de la manera más independiente posible a personas que tienen limitaciones permanentes" (Gascón y Redondo, 2014: 20), de modo que, es plausible comprender dentro de los servicios formales, los servicios de cuidados de larga duración.

Por lo tanto, los CLD son un tipo de servicio social que tienen por objetivo apoyar a las personas dependientes de manera directa o apoyar a sus personas cuidadoras en la realización de las actividades que debido a la pérdida de independencia (física, sensorial o intelectual, mental), de forma individual, no pueden realizar debido a que carecen de autonomía para ello. Además, los CLD deben comprenderse como un servicio continuado, es decir, no es una intervención aislada, sino que debido a la atención que se brinda a su público meta, su énfasis es puesto en la provisión de mecanismos de apoyo a la autonomía.

Ilustración 2.Variantes de los cuidados por tipo de provisión



Fuente: Elaboración propia.

El cuidado es una función social, un bien público y un derecho básico sin el cual no es posible concebir la existencia y la reproducción de la sociedad. Interpela a un nivel medular al propio concepto de humanidad; se funda en relaciones "cara a cara" entre quienes lo reciben y quienes lo proveen de forma remunerada o no remunerada, por ello las políticas de cuidado deben cubrir, tanto a las personas cuidadoras como a quienes requieren esos servicios, a saber: personas en situación de dependencia.

Rico y Robles, 2016

4

Capítulo

Marco de referencia internacional

EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS de atención a la dependencia se produjo en tres olas. La primera se registró entre los años sesenta y setenta del siglo anterior, fundamentados en la existencia de los Estados de Bienestar que propiciaron su expansión. A pesar de que sufrieron sucesivas reformas durante los años siguientes, conservan su carácter universal. Estos sistemas se ubican, especialmente, en los países nórdicos y son los más caros y completos (Gori et al., 2016; Matus-López, 2019).

La segunda ola se desarrolló en la década de 1990, en países como Alemania, Francia y Austria, entre otros, a partir de procesos de reformas en los sistemas de seguridad social. Debido al momento histórico en que se erigieron, dichos sistemas están alineados a las directrices del mercado, pero mantienen su carácter universal.

La tercera ola se produjo durante la primera década de este siglo, en un contexto de control del gasto público, en que los países requerían ampliar derechos, pero al mismo tiempo restringir gastos. Como parte de esta ola, se agrupan los casos de España, Portugal y Corea (Rodríguez y Matus-López, 2016).

En la actualidad, se está gestando una ola más, en la que países de ingresos medios, sobre todo, en América Latina, intentan consolidar sistemas de atención a la dependencia. Uruguay ha creado un sistema nacional de cuidados y Chile ya ha implementado programas piloto de atención a la dependencia.

Al indagar sobre las condiciones previas que enfrentaban los países en el momento de crear o actualizar sus modelos formales de cuidados de larga duración, tras analizar los informes de las comisiones de los distintos países para crear o reformar los sistemas (Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care para Estados Unidos en 1990, Comisión Onofri para Italia en 1997, Dilnot Commission on Funding of Care and Support para Inglaterra en 2011, European Ageing Group para la Comisión Europea en 2012, así como en informes internacionales de OCDE (2005 y 2011), Matus y Rodríguez (2014) establecen que:

> Básicamente, la presión sobre la construcción de nuevas políticas formales de cuidados o la reforma profunda de las existentes tiene dos vertientes. La primera se debe a una presión de demanda, que viene dada por el incremento de la cantidad y de la intensidad de uso de la ayuda para la población dependiente; la segunda es la presión de oferta, que se deriva de la menor capacidad de oferta de cuidados por la vía informal de las familias (Matus y Rodríguez, 2014: 115).

Cuando los países europeos se enfrentaron a escenarios similares al que enfrenta hoy Costa Rica, lo hicieron a través de sistemas de cuidados prolongados debido a que: "El envejecimiento progresivo de la población europea y la creciente incorporación de las mujeres al empleo regulado ha incrementado la presión sobre los servicios sociales destinados a adultos mayores" (Ibarrarán et al., 2016: 28); esto incentivado también por la comprensión de que se trata de un fenómeno dinámico (Durán-Heras, 2012) que debe trascender el ámbito privado/familiar, al ámbito público/político: "Las situaciones de dependencia por su dimensión actual, crecimiento futuro e implicaciones sociales y económicas están pasando a ser un componente básico de la agenda política" (Rodríguez Cabrero, Monserrat, 2002: 12).

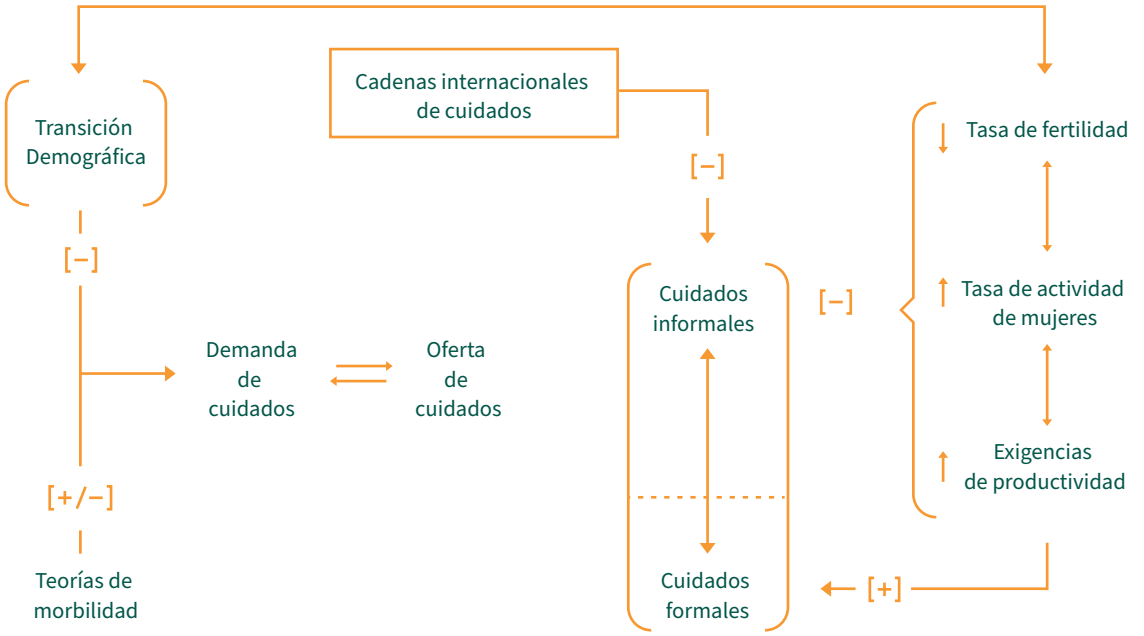
En la revisión de las dimensiones sobre las redes de los servicios sociales y cuidados de larga duración en la Unión Europea realizada por Ibarrarán et al. (2016), se encuentra evidencia que justifica la necesidad de una conceptualización y dimensionamiento de estos servicios para la promoción de la inserción social de las personas y familias en situación de exclusión, apoyo a las necesidades en la vida diaria de las personas dependientes, provisión de información, contacto y vinculación de la población con la oferta de prestaciones y servicios públicos en razón de su rol en complementar a los sistemas sectoriales como salud, educación, políticas activas de mercado laboral y vivienda adecuados para América Latina y el Caribe.

Un acercamiento que permite entender la conformación de los sistemas de atención a la dependencia es analizar los patrones de demanda de cuidados y de la oferta de cuidados (Matus-López y Rodríguez 2014 en Matus, 2019) (Ilustración 3).

Las presiones de demanda se producen por la necesidad de contar con más servicios de cuidados y dos factores preponderantes que influyen en su aumento son el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida.

Las tendencias demográficas que modifican al mismo tiempo la demanda y oferta de cuidados contribuyen a transformar la forma en que ambos elementos (demanda y oferta) se combinan y se ajustan. Este balance (o desbalance)

Ilustración 3. Presiones de oferta y de demanda de servicios de atención a la dependencia



Fuente: Matus-López y Rodríguez (2014).

se ve reflejado en la relación de dependencia demográfica (también denominada en la literatura relación de dependencia de edades) (Rossel, 2016: 27). Cuando se registra un aumento de la población adulta mayor, se eleva la demanda de cuidados.

Así ocurrió en los países de Europa entre 1960 y fin de los años 1970. Sin embargo, esa tendencia disminuyó en la década siguiente gracias a los procesos de migración y volvió a consolidarse durante los años noventa dando origen a una nueva demanda en materia de cuidados (Matus-López, 2019).

En el caso de la región latinoamericana, todavía conserva una población relativamente joven. De acuerdo con Matus-López (2019), durante el 2016, los mayores de 65 años representaban solo el 7,8% del total regional. Sin embargo, hay variaciones sustantivas de país a país y algunos presentan tendencias de envejecimiento que son mucho más acentuadas y que ameritan una respuesta oportuna en términos de servicios de cuidados.

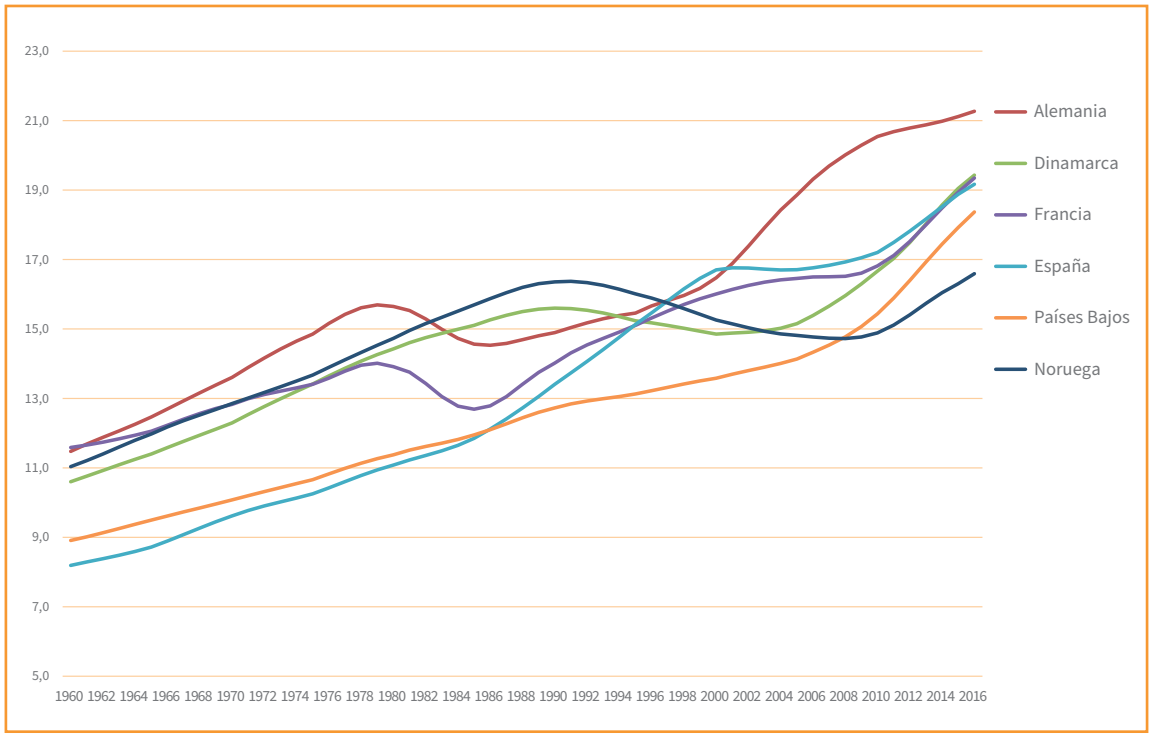
Tal es el caso de Uruguay y Cuba, seguidos por Chile y Argentina y el quinto país es precisamente Costa Rica (gráfico 2).

La demanda de cuidados fuera del hogar se exacerba, no solo a causa del envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico y el incremento de personas dependientes mayores que sufren enfermedades crónicas, sino también "(...) gracias a la reducción de los cuidados informales porque es más probable que las mujeres jóvenes participen en el mercado de trabajo a edades más tempranas, por lo tanto, es menos probable que estén disponibles para cuidados en la familia" (OITa, 2017: 80).

El acuerdo tradicional de que familiares -usualmente mujeres- proporcionen atención a personas dependientes se ha hecho cada vez más difícil debido al aumento en la esperanza de vida, los índices de fertilidad en descenso, cambios socioculturales, hogares más pequeños, tasas de dependencia etaria más elevadas y la inserción masiva de mujeres en el mercado laboral (Caruso et al., 2017: 5). La cultura ha cambiado a favor de la equidad de género.

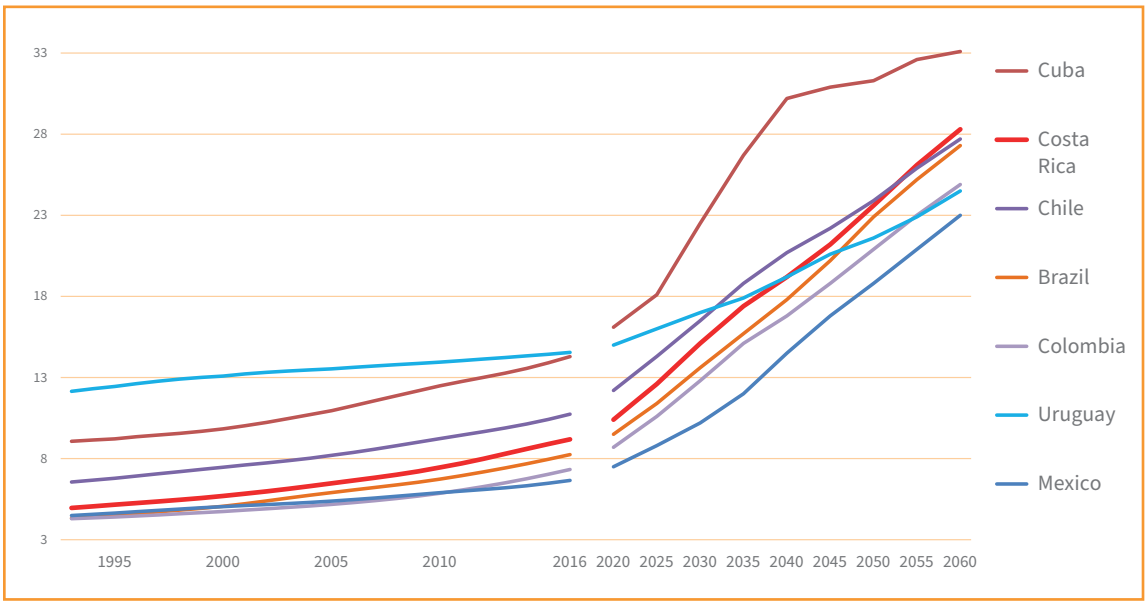
Comparativamente, los últimos veinte años han mejorado la situación de las mujeres en el mundo del trabajo y la igualdad de género en

Gráfico 1. Porcentaje de personas mayores en la población. Europa. Países seleccionados. 1960-2016



Fuente: Matus (2019) a partir de los datos del Banco Mundial (2018).

Gráfico 2. Porcentaje de personas mayores en el total poblacional. América Latina. Países seleccionados, datos históricos 1960-2016 y proyecciones 2020-2060



Fuente: Matus (2019) a partir de datos del BM (2018) y UN (2018).

el conjunto de la sociedad. La cantidad actual de mujeres con alta escolaridad y que participan en el mercado laboral no tiene precedentes (OIT, 2018), por ello, la disminución de la oferta de cuidados y apoyos informales brindados en el entorno familiar en Latinoamérica puede también comprenderse como el resultado de la mayor incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo y de la reducción del tamaño de las familias (Matus-López, 2015). Sin embargo, actualmente "(...) las responsabilidades domésticas y de cuidados, que continúan recayendo fundamentalmente en las mujeres, limitan los tipos de trabajo a los que estas pueden acceder, lo que refuerza aún más la desventaja socioeconómica que sufren" (ONU, 2016: 595).

Las desigualdades por género en el uso del tiempo destinado a cuidar y apoyar personas dependientes en el entorno familiar provocan recargos porcentualmente notables que se acumulan sobre las mujeres (Finch, 1989; Batthyány, 2019); además, al interno de los hogares las responsabilidades de los cuidados comúnmente están recargadas sobre ellas: "La inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extradoméstico no siempre es acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado" (Huenchuan, 2011: 164).

Esto supone que las mujeres siguen afrontando y sosteniendo jornadas laborales extendidas fuera y dentro del hogar, asumiendo casi de manera exclusiva los cuidados y apoyos de las personas dependientes, cercenando sus relaciones sociales, padeciendo de patologías múltiples como la depresión y trastornos de sueño (Durán-Heras, 2006); además, esto repercute en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, debido al cuidado sin apoyo y por períodos prolongados. Razón que ha motivado a la consideración del desarrollo de acciones y prestaciones enfocadas[10] en los cuidados para las personas cuidadora (Durán-Heras, 2015).

10 Dentro de las cuales se pueden mencionar: la prevención del burnout, servicios de respiro con descansos para la persona cuidadora, equipo de asistencia, reparaciones menores al hogar, y conserjería a corto plazo disponible 24/7.

Para el caso de la Unión Europea, las mujeres destinan tres veces más tiempo que los hombres a cuidados no pagados: las mujeres destinan el 26,4% del tiempo y los hombres 8,9% (Davaki 2016 en Matus, 2018). Asimismo, esta tendencia se repite en América Latina donde el trabajo remunerado que desempeña la población femenina es 2,5 veces que el desarrollado por hombres (Aguirre y Ferrari 2014 en Matus, 2019).

Las mujeres soportan una carga desproporcionada de trabajo no remunerado, que incluye las labores domésticas y los cuidados y que, por lo general, se excluyen del cálculo del Producto Interno Bruto (PIB) (...) Los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico apoyan la economía y a menudo suplen la falta de gasto público en servicios sociales e infraestructura (ONU, 2017: 12).

Por ello, el camino hacia una sociedad más democrática y equitativa atraviesa las avenidas donde resulta de vital importancia sacar del ámbito "privado" cuestiones políticas de carácter "público" (Puga, 2005) pues de no comprenderse que, de no haber una política estatal encaminada en atender a las personas dependientes de Costa Rica, podrían agudizarse las brechas en desmedro de las mujeres:

> En ausencia de servicios de cuidado adecuados, el hecho de que la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado recaiga sobre las mujeres puede reforzar su desventaja socioeconómica, dado que limita su acceso a la educación, a la atención de la salud y al empleo remunerado, así como su participación en la vida política y cultural (ONU MUJERES, 2016: 602).

En el ámbito internacional, existen varias experiencias de países que han implementado políticas o servicios de cuidados de larga duración y de atención a la dependencia, cuyas características y modelos pueden ser una guía para Costa Rica, con el fin de conformar un sistema que permita articular y optimizar los esfuerzos existentes en esta materia y suministrar servicios de cuidado de calidad para la población que los demanda.

De acuerdo con las estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), más de 20 millones de personas en 22 países tienen acceso a cuidados de larga duración (OCDE, 2017) y 30 países pertenecientes a esta organización cuentan con políticas de larga duración (Matus, 2015).

Sumado a lo anterior, según la OIT (2017), solo el 5,6% de la población mundial vive en países con legislación que ampara la cobertura universal de cuidados de larga duración, el 46,4% de la población mundial (Costa Rica incluida) vive en países donde el acceso es escaso, desarticulado y limitado basado en normas restringidas a elegibilidad en razón de la condición y vulnerabilidad socioeconómica y el 48% de la población mundial no tiene ninguna cobertura legal que le faculte a recibir servicios públicos de cuidados de larga duración.

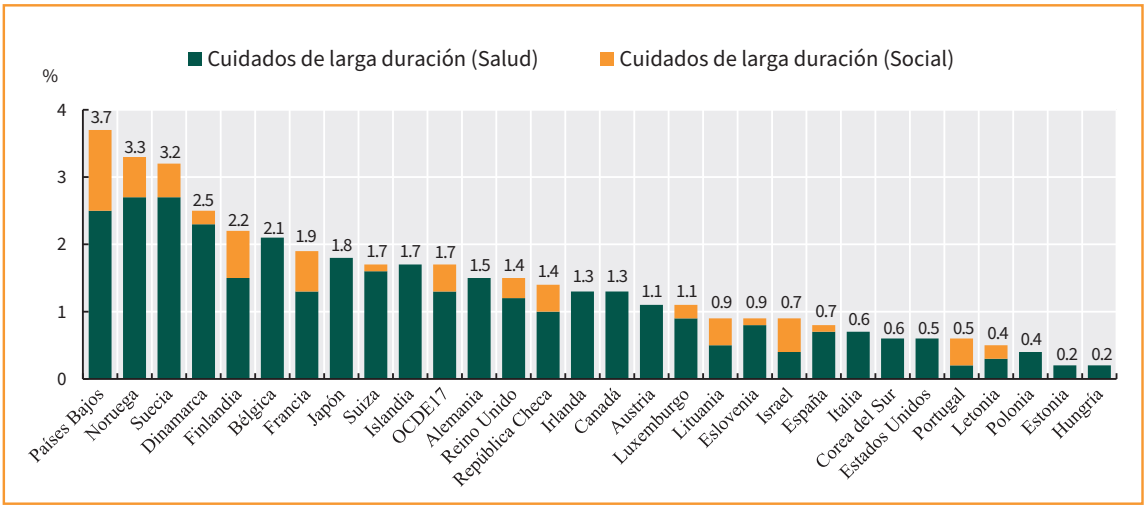
Modelos Internacionales

Para comprender las particularidades de la experiencia internacional es necesario establecer primeramente las diferencias esenciales entre cuidados de larga duración (CLD) y servicios de atención a la dependencia (SAD), ya que si bien en español, ambos términos hacen referencia a servicios para las personas que requieren apoyo de terceros para realizar las actividades básicas de la vida diaria (OCDE, 2018), tienen acepciones distintas.

En la literatura anglosajona se suele hablar de cuidados de larga duración (Long-Term Care o LTC) y en ella se incluyen no solo los servicios sociales de cuidados que en español se refieren a dependencia, sino también otros servicios. El motivo es que el concepto de LTC se refiere tanto a dependientes que reciben servicios médicos, como a aquellos que reciben servicios sociales. Los primeros son ofrecidos en instituciones hospitalarias, como 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, por ejemplo, la atención en el domicilio, centros de día y teleasistencia, permisos, licencias y formación a personas cuidadoras, normalmente en el ámbito familiar (OECD 2011, 2013).

De este modo, el concepto de atención a la dependencia hace referencia a un conjunto delimitado de servicios de carácter más social que clínico, es decir, que no se ofrecen exclusiva o principalmente en hospitales o centros médicos, dentro de ellos se incluyen, por ejemplo, la estadía en residencias para personas adultas mayores, los centros diurnos y los asis-

Gráfico 3. Gasto en cuidados de larga duración (componentes sociales y de salud) por país y regímenes de seguro obligatorio, como proporción del PIB, 2019



Fuente: elaboración propia con la información de las estadísticas de salud (OCDE, 2019) de los 17 países que reportan sus registros sobre cuidados de larga duración por componentes sociales y de salud

tentes domiciliares y personales para apoyos específicos a personas dependientes. A pesar de que su implantación es disímil, en general los servicios de atención a la dependencia han tendido paulatinamente a crecer en los países de la OCDE (ver gráfico 3).

Por lo tanto, los cuidados de larga duración o cuidados prolongados, además de incluir esta oferta de servicios sociales, comprenden otros de tipo sanitario como lo son las hospitalizaciones de fin de vida, los cuidados paliativos (OCDE, 2018) y otros apoyos como adaptaciones físicas en espacios domésticos, entrega de comidas preparadas en los hogares, servicios de apoyo telemático, transferencias monetarias para cuidados o la reducción de impuestos para la compra de implementos de apoyo (Maarse y Jeurissen, 2016; Becker y Reinhard, 2018; Matus-López, 2019, Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Cuando se hace referencia únicamente a los servicios de atención a la dependencia, se hace referencia a los servicios con menos carácter médico. Siguiendo el mismo esquema anterior y tal como lo muestra la Ilustración 4, son aquellos servicios de la base de la pirámide: atención domiciliaria complementaria y sustituta y atención residencial, principalmente, son servicios para la atención formal en el hogar (derecha del esquema) y para atención residencial o integrada (cuadro central). También y dependiendo del país, se consideran servicios para el cuidado en el entorno familiar (izquierda del esquema), pero estos últimos son fuertemente criticados, porque dependiendo de la disponibilidad de otras prestaciones sociales, pueden consolidar la informalidad. Por este motivo, en teoría, los servicios formales tienen como objetivo desplazar esta frontera reduciendo el tamaño de los cuidados realizados por familiares.

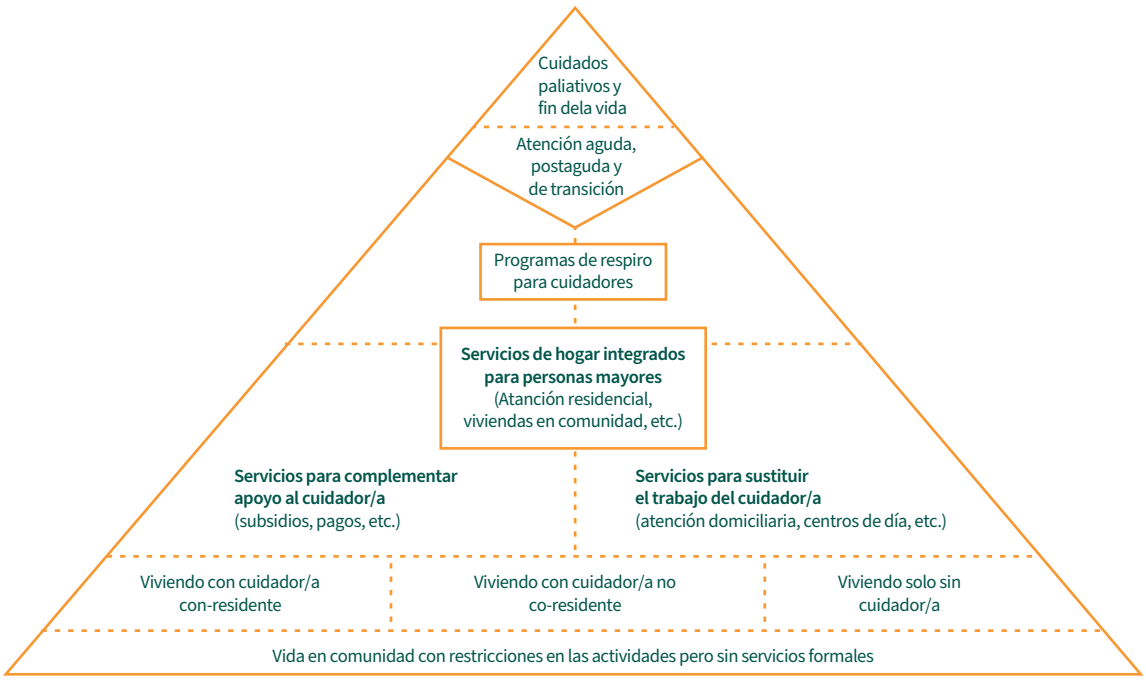
Para comprender la relación entre los CLD y los SAD se puede recurrir a un esquema piramidal, en el que la base está integrada por un concepto más amplio de población dependiente y en la parte superior se encuentran los receptores de cuidados paliativos y de fin de vida (Ilustración 4).

A partir del esquema anterior, es posible observar que el grupo de servicios y prestaciones de CLD está dirigido a todas las personas que requieren apoyo para realizar actividades de la vida diaria, pero existen diferentes tipos.

En la base de la pirámide están ubicadas las personas que requieren apoyo, pero no reciben servicios en sus hogares ni fuera de ellos, lo que implica que, si tienen un cuidador, no consta formalmente que este preste los servicios (Matus-López, 2019).

Posteriormente, se ubican los servicios sociales prestados a las personas que requieren

Ilustración 4. Servicios de cuidados de larga duración (CLD) y servicios de atención a la dependencia



Fuente: Matus-López (2019).

apoyo y reciben algún tipo de asistencia reconocida. Se trata de apoyos que se dan en los hogares a través de familiares o terceros, pero con servicios de atención formales (Matus-López, 2019). Desde este nivel, se encuentran los servicios de atención a la dependencia que pueden ejecutarse de forma domiciliaria o en atención residencial. En la cúspide se encuentran los servicios sociosanitarios que también son CLD, pero no pueden ser considerados SAD.

A continuación, se explica la clasificación de los servicios de atención a la dependencia que pueden ser de base domiciliaria, servicios integrados o de atención residencial.

a Servicios de primer nivel

Estos servicios se prestan con el fin de que las personas puedan continuar viviendo en su hogar y se dividen en complementarios y sustitutos. Los primeros están orientados a brindar apoyo al cuidado que realizan los familiares sin reemplazarlo. Entre estos se encuentran las transferencias económicas que permiten ayudar a solventar los costos de atender a la persona dependiente a través del cuidado prestado generalmente por un familiar. La transferencia que se realiza es baja y en estos servicios no existe control sobre el uso de los recursos o la calidad del cuidado. Los segundos son catalogados como servicios formales y tratan de sustituir parcial o completamente los cuidados familiares. Uno de estos y quizás el más icónico es el de la atención domiciliar para apoyar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria. Se trata del servicio más extendido y opera a través de un tercero contratado para prestar la atención una cantidad de horas a la semana.

Hay tres modalidades para adquirirlos, con la contratación directa a una persona por parte de la administración del sistema, con la entrega de un voucher a la persona dependiente, para que seleccione el proveedor/cuidador o con una transferencia monetaria condicionada a que se contrate la persona o se le compren servicios a un ente privado. Ejemplos de estos servicios de atención domiciliaria se registran en Francia, España y Uruguay.

Asimismo, hay otro tipo de servicios que pueden ser consideraros dentro del grupo del primer nivel como lo son el telecuidado o tela-

sistencia. Este funciona a través de un dispositivo electrónico instalado en la casa de habitación de la persona dependiente y que está conectado con una central de llamadas, para atención puntual o permanente. Se presentan en países como en España y Escocia.

Además de estos servicios de base domiciliaria, existen otros conocidos como servicios integrados que incluyen alojamiento y estancia permanente en centros. Son la última opción por considerarse indeseables para las personas mayores (OMS, 2015) y ser las alternativas más costosas (EC, 2019). Un ejemplo de estos es la atención en residencias, donde se apoya a las personas para realizar actividades de la vida diaria y se les ofrecen servicios socio sanitarios (Matus, 2019).

b Servicios de segundo nivel

Son servicios de carácter médico. En estos se incluyen atención aguda, los servicios post operatorios y los cuidados intensivos o paliativos, entre otros. Usualmente, están a cargo del sector salud y se prestan en hospitales o centros dedicados a estas actividades.

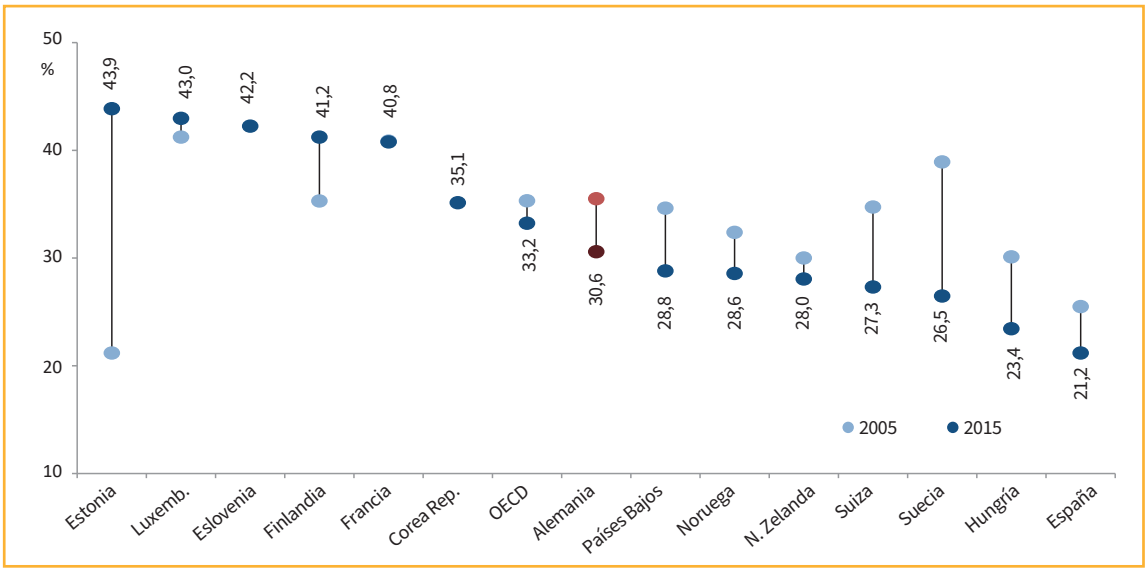
No están completamente separados de los servicios de corte social, sino que existe coordinación sociosanitaria entre ambos tipos de servicios, lo cual favorece la atención integral y el ahorro para cada sistema (Matus-López, 2019).

c Servicios para personas cuidadoras

Finalmente, como parte de los cuidados de larga duración o cuidados prolongados, se incluyen una serie de prestaciones para la población cuidadora, para quienes prestan servicios en los hogares y en centros médicos. Como parte de la oferta, se incluyen los permisos para descanso *(respite care)*, integrados por permisos, vacaciones pagadas, reducciones de jornadas, licencias para brindar cuidados y apoyos, permisos retribuidos y actividades de tiempo libre para personas cuidadoras, formación, asesoramiento y coaching para personas cuidadoras, entre otros.

Debido a lo anterior, los servicios de atención directa a las personas dependientes pueden agruparse en dos tipos: aquellos que permiten a las personas dependientes continuar viviendo en sus hogares (con cuidados formales o con cuidados por familiares) y aquellos que implican un traslado a un centro especializado.

Gráfico 4. Porcentaje de personas usuarias de 65 y más años recibiendo cuidados en residencias. OECD. 2016 o año más próximo



Fuente: OECD (2018). Elaboración propia.

Servicios integrales o de atención residencial

Los servicios residenciales son aquellos que se reciben en centros que proveen alojamiento y cuidados sociales y de enfermería, como un único paquete. Están destinados a personas en situación de dependencia severa e implican la estancia de forma continuada o por un extenso período en estos establecimientos (Sanford et al., 2015, OECD 2013).

En la OECD, la atención residencial constituye aproximadamente el 69% de las prestaciones de cuidados de larga duración, con porcentajes que van del 43,9% en Estonia al 21,2% en España (Gráfico 4).

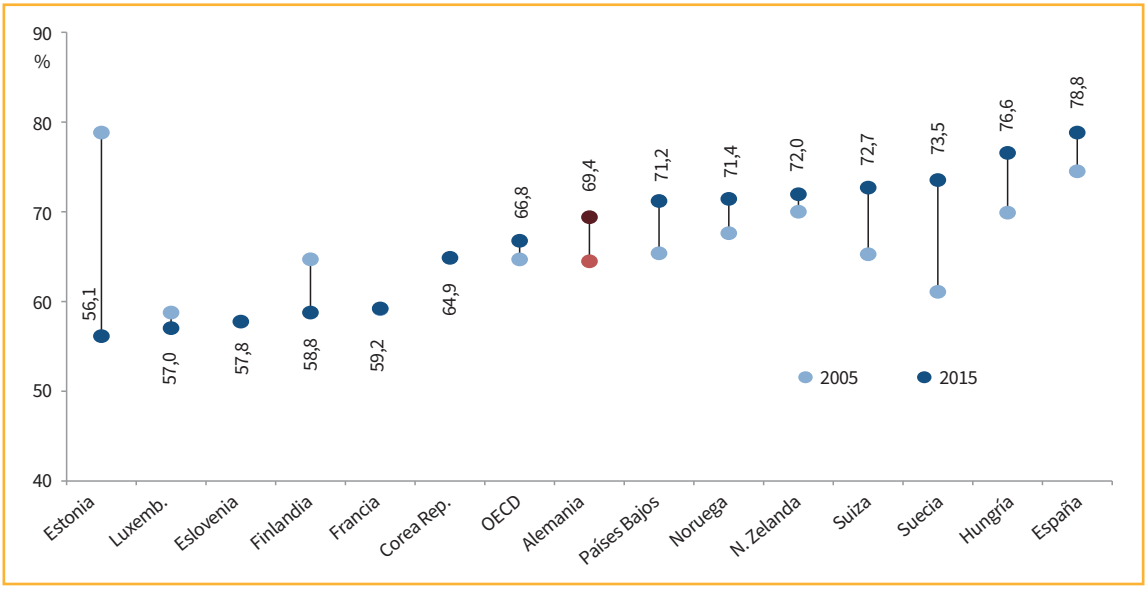
De la definición de atención residencial para personas dependientes se derivan dos particularidades. La primera es que está destinada para las personas que tienen mayores dificultades para desarrollar las ABVD, principalmente, para aquellas con problemas graves o imposibilidad total para desplazarse. Por ello, suelen estar incluidos en la primera etapa del desarrollo de sistemas que priorizan por nivel de severidad.

La segunda característica es que involucran un cambio de residencia, desde los hogares a los centros. Por ello, en estos establecimientos reciben, además de los servicios de salud y social para la atención a la dependencia, todos los servicios cotidianos para la vida diaria, como alimentación, lavandería, actividades recreativas, etc.

Prácticamente todos los países ofrecen, en alguna medida, estos servicios. El caso más claro está constituido por las plazas de residencias u hogares de mayores. Estas plazas no están destinadas únicamente a personas dependientes ni brindan necesariamente los servicios adecuados a esta condición, ya que la causa de entrada puede ser el abandono o la carencia de domicilio del residente. Sin embargo, parte de esta población es dependiente.

En un catastro realizado en Uruguay, previo a la implementación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, se identificaron 862 centros (1,9 por mil personas mayores de 65 años) con más de 14.000 usuarios (algo menos del 3% de la población mayor), atendidos por 3.875 cuidadores (2,7 por cada 10 usuarios). De estos residentes, el 59% de ellos necesitaba apoyo para realizar actividades de la vida diaria. Vale decir, algunos de los posibles receptores de atención institucional, residía en un centro de cuidados antes de la implementación del siste-

Gráfico 5. Porcentaje de beneficiarios de 65 y más recibiendo cuidados en el hogar. OECD. 2015 o año más próximo



Fuente: OECD (2017). Elaboración propia.

ma, aunque este establecimiento no disponía de los servicios adecuados para la atención de este perfil de beneficiarios (MIDES 2015).

Por este motivo, el desarrollo de la red de atención residencial involucra la creación de nuevos centros a la vez que la adecuación y expansión de algunos ya existentes. La formación, infraestructura y control de la calidad son esenciales en este proceso.

Servicios de base domiciliaria

Los servicios de base domiciliaria son aquellos que permiten a las personas dependientes, continuar residiendo en sus hogares. Concretamente, están constituidos por la atención domiciliaria, los centros de día o noche y las distintas formas de cuidado telemático (teleasistencia o tele-cuidado). A ellos y dependiendo del país, se agregan otros servicios complementarios, como a transferencias económicas, programas de promoción de la autonomía, etc.

En promedio, en la OECD el 66,8% de las personas usuarias recibe este tipo de servicios, con porcentajes que van desde 56,1% en Estonia al 79,8% en España (Gráfico 5). Son precisamente los sistemas más amplios los que presentan mayor proporción de servicios domiciliarios. El motivo es que, precisamente, la extensión de los modelos se basó en la atención en domicilio. En una comparación para los últimos diez años se aprecia que estos servicios se han extendido más que los residenciales o integrados. No ha sido una evolución del perfil de severidad, sino la confluencia de incentivos por el lado de la oferta y de la demanda (Morley 2012, Matus-López 2015).

Así, la tendencia de las últimas reformas está encaminada a favorecer los servicios de base domiciliaria y reducir la proporción de personas en establecimientos residenciales. El motivo es doble: las personas dependientes prefieren permanecer en su entorno familiar y, segundo, la contención de costos es mayor en estos servicios (Matus-López, 2019).

Desde la oferta, la atención domiciliaria es significativamente más barata que la atención residencial. En Estados Unidos, una plaza residencial tiene un precio de mercado que va desde dos a cinco veces el de un servicio de atención similar en el domicilio. El precio de la primera alcanzaba una media de 7 mil dólares/mes en el 2016, mientras que la segunda no llegaba a los 4 mil dólares/mes (Genworth 2018). En España, el costo de la atención residencial es casi tres veces el de la domiciliaria: en torno a 1.500 euros/mes la primera y cerca de 700 euros/mes la segunda (Tortosa, Fuenmayor y Granell,2017). En Uruguay se estimó un coste de atención residencial mínimo de 26,500 pesos/mes (900 dólares), mientras que la asistencia en el domicilio estaba dotada con 16,600 pesos/mes (570 dólares) (Colacce y Manzi, 2017).

Por el lado de la demanda, los incentivos son dobles. El principal y más utilizado para justificar una orientación de la política pública, en favor del cuidado en el domicilio, es que las propias personas dependientes prefieren envejecer en sus hogares (Campbell et al., 2010; Morley 2012).

Aún en muchos países la institucionalización es socialmente rechazada, con recriminaciones a los familiares que no pueden o no quieren mantener el cuidado informal en el hogar. La otra razón, menos contrastada empíricamente, es la necesidad de recursos económicos por parte de los hogares. En el contexto de políticas que financian la atención en el entorno familiar, con un subsidio económico o transferencia monetaria, pueden existir familias pobres o intensamente desempleadas (todos o casi todos sus miembros en desempleo) que prefieran mantener la informalidad del cuidado y utilizar parte de estos recursos para financiar gastos comunes del hogar.

En la sección de anexos se describen casos particulares sobre el diseño y la implementación de modelos de cuidados de larga duración en Europa, Asia y América Latina.

5

Capítulo

Metodología

EN ESTA SECCIÓN SE HARÁ UN BREVE RECORRIDO por el proceso de construcción de esta política, el cual ha estado caracterizado por el levantamiento y engranaje lógico de diferentes piezas que moldean la arquitectura de la política hasta conformar un documento consistente, depurado, consensuado y discutido de forma participativa.

Desde el año 2016, con el apoyo técnico del Banco Interamericano de Desarrollo, el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, a través del IMAS, asumió la coordinación del equipo interinstitucional que trabajaría la construcción de la política para luego constituir el Sistema de Cuidados.

La curva de aprendizaje es muy elevada debido a lo innovador que resulta esta política en una región donde prácticamente no existen servicios de este tipo y la integración mediante un sistema es escasa y poco conocida.

El reto metodológico estuvo cruzado por hacer reconocible como tema de interés público algo que comúnmente se consideraba de resorte privado de los hogares y, a lo interno de estos, de las mujeres. Por otro lado, se trataba de identificar alternativas para enfrentar un problema público que tiene muchas aristas y dinámicas particulares y donde el abordaje interinstitucional es requisito necesario para la construcción de un sistema, ubicando a la persona en el centro de una política pública de nuevo tipo.

Para ello, reconstruir el camino recorrido supone reconocer la relevancia de los enlaces institucionales y la determinación en generar una concatenación lógica entre diversas consultorías de corte cualitativo y cuantitativo para constituir la hoja de ruta que se ha venido cumpliendo a cabalidad para la presentación de esta política, con investigación científica, retroalimentación institucional y participación de las comunidades.

De este modo, en este componente metodológico, se dará cuenta brevemente de los diferentes estudios que fueron programados, realizados y discutidos, hasta convertirse en los insumos básicos para sustentar y dar vida a este documento de política y sus contenidos. Debido a su valor heurístico y de las necesidades contingentes por encontrar respuestas, serán presentados en el orden en que fueron realizados, para que la persona lectora pueda comprender el valor lógico en el proceso de cimentación que cada uno tuvo para respaldar esta política. En otros capítulos del documento, se encontrarán desarrollados algunos de los estudios acá referenciados, principalmente, los de tipo cuantitativo.

Bases para la articulación de la Política de Cuidados en Costa Rica

Este primer estudio recoge las bases legales y los diferentes servicios de cuidados que, aunque de manera desarticulada, se ofrecen desde el Estado costarricense a la ciudadanía. Como punto de partida para la creación de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Costa Rica, se dan cuenta de los esfuerzos de larga data del país en materia de la conformación de una Red de Protección Social que se guía por un moderno enfoque de derechos humanos, parte del reconocimiento de las piezas ya existentes tanto en el orden institucional, normativo y programático. Por ello, este estudio apercibe aspectos que son precursores del Sistema y que tendrán que ajustarse y articularse bajo un marco común, robusto y coherente, considerando también de partida que este Sistema será más que la suma de lo existente.

El recuento empieza por la visualización de los escenarios sociodemográficos que determinan el contexto, para adentrarse luego en el marco normativo e institucional bajo el que se tiene lugar la definición de un conjunto de políticas públicas en los ámbitos de interés para la política, saltando a la superficie la imagen de una sociedad que ha avanzado en el reconocimiento de derechos y diseña ambiciosas políticas de corte universalista. Seguidamente, el estudio pasa a la sistematización de la oferta programática vigente; esencialmente el esfuerzo radicaba en inventariar, desde un enfoque descriptivo, lo realmente existente con sus fortalezas, debilidades y lagunas (brechas) respecto a las declaraciones de política pública y sus pretensiones universalistas.

Círculos de Diálogo a nivel nacional en torno a las necesidades de cuido en los grupos familiares costarricenses

Dado el interés de construir una propuesta toman en consideración un proceso participativo que considera las vivencias de las comunidades para generar política pública basada en evidencia y donde se posiciona a las personas en el centro de la propuesta, se desarrollaron 11 círculos de diálogo en las diferentes regiones del país. Estos círculos estuvieron conformados por integrantes de diversas comunidades invitados a compartir su experiencia y visiones sobre las necesidades de apoyo a los cuidados de personas dependientes en los hogares.

El Círculo de Diálogo corresponde a un espacio de expresión y escucha, en que las personas directamente vinculadas con el cuido, sean como cuidadoras o como beneficiarias de los servicios, aportan su experiencia y sus propias reflexiones, para contribuir a ampliar el conocimiento y comprensión de la realidad, como elemento fundamental para repensar y mejorar los servicios. Las personas que participaron en los Círculos de Diálogo comentaron acerca de las vivencias cotidianas, que con mayor o menor precisión técnica, corresponden a las modalidades de atención ofrecidas por las instituciones.

Se contó con participación de familiares a cargo de personas con discapacidad y de personas adultas mayores con diversos niveles de autonomía, incluyendo casos en que se reciben subsidios del Estado y casos que son atendidos en forma total con recursos propios de las familias. También, asistieron personas con discapacidad que se integran en familias solidarias, para lo cual reciben un subsidio y se organizan conforme a un marco programático.

Se presentaron igualmente personas que son atendidas o dan servicios en modalidades de cuido más institucionalizadas, en el sentido que se dan en centros especializados, que cuentan con personal contratado y que cobran los servicios, directamente a los usuarios o por mediación de las instituciones, a través de los diferentes subsidios.

El objetivo de este ciclo de consultas ciudadanas era identificar, mediante procesos de diálogo participativo e inclusivo, las prioridades y características que tiene el cuido en diferentes grupos familiares, así como las vivencias y perspectivas de las personas que brindan cuido. Gracias a estos generosos testimonios fue posible conocer los principales retos que enfrentan las familias en torno a los cuidados, moviendo un asunto hasta entonces estrictamente privado y analizarlo como un asunto de interés público. Un resumen de los hallazgos de este proceso participativo se encuentra en la sección de anexos.

Estudio para el análisis de costos de prestaciones principales de cuido y proyecciones de gasto ante escenarios de aumento de cobertura de servicios

Este estudio se llevó a cabo en 2017 cuando el país no contaba con estudios que permitieran conocer de forma exacta la demanda por ser-

vicios de cuidado, en función de ampliar la oferta en la coyuntura donde este tipo de servicios revisten de la mayor importancia debido a la existencia de tendencias que implican mayores necesidades de cuidados, tal como el crecimiento de la población adulta mayor y la tendencia hacia la mayor incorporación de las mujeres en el mercado laboral, quienes históricamente han ejercido el principal rol de cuidadoras.

Por lo tanto, en función de cuantificar costos y realizar proyecciones presupuestarias de la expansión de servicios de cuido de larga duración o cuidados prolongados, así como proyectar la expansión de los servicios de cuidados y apoyos, sus costos y los diferentes escenarios de pago, se realizó este trabajo, que representó un primer ejercicio que permitiría explorar la cuantía del total de recursos económicos que requeriría la puesta en marcha de la política.

Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica

Para ello ahondar en el empeño anterior resultó imprescindible realizar el Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica (en adelante EBC). Pieza fundamental de la política y el primer estudio a nivel nacional de esta naturaleza en la historia de Costa Rica y de la región centroamericana y caribeña.

El EBC tuvo como objetivo principal conocer de una forma ciudadana, clara, exacta y científica la demanda real de los servicios para estos grupos poblacionales y así con la información suministrada, las comunidades colaboraron directamente poder tomar decisiones en política pública basada en evidencia, en función de generar las respuestas adecuadas y responsables para la debida atención de los cuidados, desde un modelo de atención integral con enfoque de Derechos Humanos.

La encuesta del EBC se llevó a cabo entre el 07 de marzo y el 15 mayo de 2018, con base en un muestreo en dos etapas. El tamaño de la muestra fue de 3.000 hogares (20.954 viviendas), distribuidos en las 7 provincias, con 150 unidades primarias de muestreo provistas por INEC, distribuidas por todo el territorio. La ficha o cuestionario constó de 12 preguntas sobre descripción del hogar, estados de salud y necesidades de cuidados. En la segunda etapa, se seleccionaron los hogares con miembros que recibían ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). A estas, se les aplicó un cuestionario de 253 preguntas dividido en 9 módulos que permitieron dar cuenta de la demanda de cuidados.

Este estudio vino a romper con la invisibilidad que viven las familias con necesidades de cuidados y la información obtenida sirvió desarrollar los insumos necesarios para que esta política pública con visión de Estado se encuentre a la altura de las necesidades de la población, la cual tiene la finalidad de facilitar las necesidades de las familias que cuentan con integrantes que requieran de servicios de cuidados; capacitar a las personas cuidadoras, cuidar a quién cuida, así como crear mecanismos exitosos de copago entre sociedad, familia, empresa privada y Estado.

Prospección de costos de un Sistema de Cuidados para la Atención de la Dependencia en Costa Rica

Asimismo, se llevó a cabo la investigación denominada “Prospección de costos para un Sistema de Cuidados para la Atención de la Dependencia en Costa Rica”, con el objetivo de aportar a la formulación del Plan de implementación de esta Política, mediante la proyección de la demanda de servicios de atención y el gasto público asociado, según escenarios alternativos de regulación, cobertura y modelos de atención y con base en alternativas de composición de canastas de servicios públicos. Este estudio reviste medular importancia en la madurez de la política debido a que permite estimar el coste aproximado de diferentes modelos de sistemas de cuidados, posibilitando la toma de deliberaciones advertidas en proyecciones financieras.

En este estudio se analizan distintos aspectos de las experiencias internacionales de los modelos de cuidados a la dependencia. Tienen especial atención los sistemas más avanzados, como son los de los Países Nórdicos, los más cercanos a la realidad latinoamericana, como los de España y Francia y la experiencia reciente del Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay.

Asimismo, se abordan las prospecciones de costo y demanda de servicios del Modelo Base (MB) de atención a la dependencia en el país. Estos incluyen proyecciones de un modelo previamente consensuado con jerarcas, sometido a múltiples sensibilizaciones de parámetros, como a variaciones posibles en su desarrollo.

Los principales hallazgos de este estudio se documentan más adelante en el Anexo 9, en el que se describen diferentes escenarios para cuantificar el costo actual y futuro de la implementación de un modelo base para un sistema de cuidados en Costa Rica y las necesidades de financiamiento para su expansión progresiva.

▪ Análisis del impacto y ahorro en salud de un Sistema de Cuidados y Apoyos para la Atención a la Dependencia

Este estudio realizado en 2020 es un complemento del estudio de costos, es decir, no solo se hicieron estimaciones que dan cuenta del coste de la implementación del sistema, se realizó una estimación y proyección del posible ahorro de costos hospitalarios que tendría la implementación de servicios de atención a la dependencia, en un horizonte de 30 años.

Los resultados muestran que, de implementarse un sistema de cuidados, los costos evitables en servicios sanitarios pueden ascender a un rango que va desde los 44.569 millones de colones anuales en el criterio de dos desviaciones estándar, hasta 139.529 millones considerando una desviación, en 2050. En términos de la inversión en un sistema de atención a la dependencia, estos valores representan ahorros equivalentes a un rango del 11,4% al 20,8% en 2030, que se elevan hasta casi el 30% en 2050 (criterio de 1 desviación y proyección alta de crecimiento demográfico) (ceteris paribus) (Matus-López, 2020).

▪ Validaciones y compromisos para la presentación de esta política pública

Se conformaron nuevos grupos interinstitucionales de trabajo en agosto de 2019 y se retomaron consultas sobre el documento base de la política a las instituciones sobre su rol y potencialidades en torno al desarrollo de la política, a su vez, se circuló el documento y un boceto del plan de acción, para el trabajo y la retroalimentación de las instituciones de una versión preliminar con tareas, plazos y recursos institucionales. Este proceso se replicó dos veces más durante el 2020.

A finales de 2019 y principios de 2020, en conversaciones sostenidas entre las autoridades se puso en evidencia la necesidad de asegurar la viabilidad de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia y generar información que respalde, desde el punto de vista económico, las ventajas y externalidades positivas de este sistema[11]. Concretamente, las autoridades consideran determinante considerar el impacto que está teniendo y que tendrá la falta de un sistema de cuidados sobre el gasto en salud, principalmente hospitalario, como justificación para impulsarlo. La ausencia de residencias y alternativas de apoyo a los cuidados en el hogar se traduce en estancias hospitalarias más largas y de mayor coste, que no solamente son más caras que un sistema de atención a la dependencia, sino que, además, están bloqueando el acceso de otras personas con necesidades de atención médica.

De este modo, mediante este documento de política se llega al final de un proceso planificado de gran esfuerzo y compromiso por integrar los estudios cualitativos, financieros, participativos y demográficos, nutridos por la mejor evidencia producida por el Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia del Banco Interamericano de Desarrollo, en el quehacer de las instituciones que han participado proactivamente en el proceso de formulación, validación, aprobación y en la acotación de las tareas que podían desarrollar para cumplimentar con la puesta en marcha de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, según los plazos acordados para este primer plan de acción.

11 Utilizando una metodología novedosa, aunque basada en los principios de los estudios internacionales, para países con SADs, señala que entre el 10% y el 20% del costo de un modelo para Costa Rica, se recuperaría por estos ahorros y que, debido a la presión poblacional y de costos, estos valores podrían acercarse al 30% en una década y superar el 50% en los años posteriores. Dicho de otra forma, la no implementación de SADs, va a aumentar la presión de costos sobre el sistema hospitalario entre 20 mil y 40 mil millones en la próxima década y podría alcanzar los 100 mil millones antes de mitad de siglo (Matus-López, 2020).

Ilustración 5. Hitos en la construcción de la Política Nacional de Cuidados

Junio 2017	• Bases para la articulación de la Política de Cuidados en Costa Rica
Setiembre 2017	• Círculos de diálogo a nivel nacional entorno a las necesidades de cuido en los grupos familiares costarricenses
Noviembre 2017	• Análisis de costos de prestaciones principales de cuido y proyecciones de gastos ante escenarios de aumento de cobertura de servicios
Marzo 2018	• Estudio base para la caracterización de la dependencia y el cuidado en Costa Rica
Febrero 2019	• Prospección de costos de un Sistema de Cuidados y Apoyos para la atención de la dependencia
Abril 2020	• Análisis del impacto y ahorro en salud de un Sistema de Cuidados y Apoyos para la atención de la dependencia
Agosto 2019 Octubre 2020	• Construcción de la política pública y su plan de acción
Noviembre 2020	• Acuerdo del Diálogo Multisectorial para impulsar una Política de cuidados.
Diciembre 2020	• Consulta Pública del documento de la Política y Plan de Acción.

6

Capítulo

Estado de la situación

EXISTEN VARIOS PENDIENTES HISTÓRICOS para mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas que proveen y las personas que reciben cuidados y apoyos que, a pesar de la premura social y fiscal, urgen ser solventados. En la población costarricense existen personas que requieren necesariamente de cuidados y apoyos en domicilio, servicios sociales varios o de asistencia personal para realizar las actividades básicas de la vida diaria y que no cuentan con los recursos económicos para proveerse de este tipo de asistencia, por ende, ven limitado el ejercicio de su derecho a la autonomía personal, en igualdad de condiciones que las demás personas.

Al mismo tiempo, las organizaciones OBS atienden "a personas que tienen requerimientos distintos con iguales recursos, tanto económicos como humanos. Las experiencias internacionales, sobre todo en el contexto europeo, proponen realizar distinciones entre las personas, según sea su nivel de dependencia para realizar las actividades diarias" (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020:155).

Paralelamente, en su mayoría, las mujeres que realizan estas tareas al interno de sus familias lo hacen sin remuneración, no tienen alternativas de respiro en las tareas de cuidados y apoyos, tampoco prestación económica por cuidados en el entorno familiar, y al no tener capacidad contributiva no tienen alternativas para cotizar en la seguridad social y augurarse una vida digna en la última etapa de la vida, por citar algunos ejemplos.

Con la puesta en marcha de esta política, el Estado busca ejecutar las medidas de protección y atención integral efectivas y pertinentes para cerrar la brecha entre la demanda y la oferta en servicios de cuidados prolongados para personas dependientes (Jara y Chaverri, 2020).

Ante el acceso reducido y fragmentado, además de la exigua y discordante variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, así como escasez en la oferta de la prestación de la asistencia personal humana y la reducida gama de servicios para las personas cuidadoras, mediante esta política pública se busca impactar la vida de las personas dependientes y sus familias, de modo que mejore su calidad de vida y su inclusión en la comunidad, evitando su aislamiento o separación de esta.

Envejecimiento de la población

La sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de protección social requiere un Estado financieramente sólido. Ante esta premisa, es necesario considerar que el cambio demográfico es relevante para la Hacienda Pública porque modifica la demanda de algunos servicios públicos, lo que exige anticipación y adaptación por parte de los gestores públicos. De este modo, la Contraloría General de la República (2019) evidencia como este problema debe abordarse prontamente.

La transición demográfica que atraviesa Costa Rica se refleja en los cambios en el tamaño de la población y la composición de esta según grupos etarios, mientras que en 1956 el país tenía alrededor de un millón de habitantes, en 1975 llegó a 2 millones, para 1990 a 3 millones y para el 2018, 5 millones.

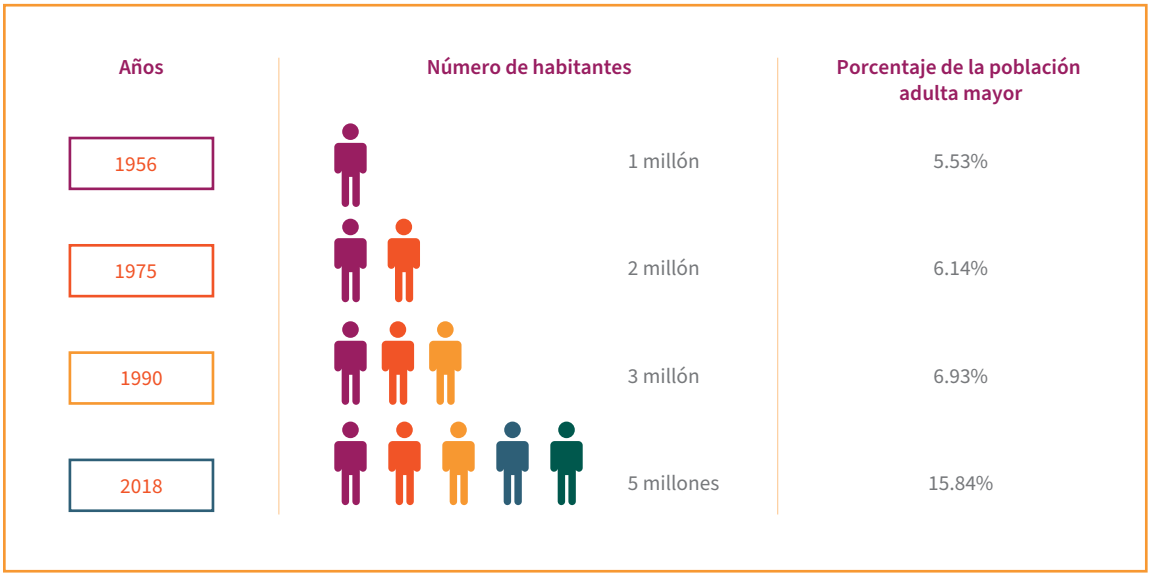
De la mano con el aumento de la población, también se registraron importantes modificaciones en la estructura etaria. Para 1950 aproximadamente la mitad de la población tenía menos de 18 años y este porcentaje descendió a 28,5% para 2018 y se estima que llegará a 20,1% en 2050, a su vez, las personas adultas mayores representaban el 3,5% de la población en 1950, para 2018 la cifra aumentó a 8,2% en 2018 y se proyecta que serán más de un millón en 2050, representando el 20,7% del total de la población. En síntesis, en un período de 100 años la población adulta mayor dejará de ser el grupo poblacional más pequeño y pasará a representar la quinta parte de la población total (Contraloría General de la República, 2019).

En el 2000, la tasa de natalidad en Costa Rica era de 20,2 nacimientos por cada mil habitantes; en contraste, para el 2017, esta misma tasa fue de 13,9. Por su parte, en 2017, la esperanza de vida ha crecido 2,2 años para los hombres y 2,5 años para las mujeres, respecto del número de años que en promedio esperaría vivir una persona en el 2000. De hecho, Costa Rica es el país con la esperanza de vida al nacer más alta de Latinoamérica.

Según señala la Contraloría General de la República, la tasa de dependencia demográfica, referida al cociente de la población inactiva (mayor de 65 años) respecto a la activa (15 a 64 años), experimentará un aumento constante hasta el 2050, donde la cifra ascenderá al 57,3% (Contraloría General de la República, 2019).

Por tanto, el envejecimiento demográfico tendrá consecuencias sobre la demanda de

Ilustración 6. Crecimiento de habitantes en Costa Rica 1956-2018



Fuente: Elaboración propia con base en el informe "Impacto fiscal del cambio demográfico: Retos para una Costa Rica que Envejece"; Contraloría General de la República (2019) y Estadísticas de INEC (2020).

algunos servicios públicos críticos como la salud[12], debido al aumento de enfermedades no transmisibles y en las pensiones, en vista del aumento de población en edad de jubilación y la escasez de población en edad laboral (Contraloría General de la República, 2019).

En este sentido, según proyecciones del ente contralor tomando como referencia los datos demográficos y sanitarios del 2016, para el 2030 habrá un aumento real estimado del gasto en salud, principalmente, en los servicios de consulta externa y hospitalización. De modo que, si en 2017 el porcentaje del gasto en salud del grupo etario de los mayores de 65 y más años consumió el 17,9% del total del presupuesto en salud, se estima que para el 2030 consuman el 27,7%.

Así, Costa Rica se convertirá en uno de los países más envejecidos de la región en las próximas tres décadas. Se estima que para el 2050, la población adulta mayor representará el 20,7% (Jara, Matus y Chaverri, 2020), lo que plantea una gran cantidad de desafíos en términos de satisfacer la demanda de servicios sociales y de promover políticas inclusivas que garanticen la protección social y el derecho a una vida digna durante la vejez.

Como se ha esbozado en el capítulo de definiciones, el alargamiento del promedio de vida de la población implica el aumento de la cantidad y proporción de adultos mayores que viven en situación de dependencia durante períodos prolongados, debido a problemas físicos o cognitivos que limitan su autonomía para el desempeño en la vida cotidiana (el concepto de dependencia hace referencia a la pérdida de libertad para el desempeño de actividades imprescindibles para llevar adelante la vida diaria y la consecuente necesidad de apoyo de otras personas para la sobrevivencia). Depender de terceras personas para la ejecución de un conjunto de actividades básicas de la vida diaria, tales como asearse, comer o desplazarse, puede colocar a los individuos en un estado de vulnerabilidad en lo relativo al ejercicio de sus derechos (FODESAF, 2020).

Hasta hace relativamente poco tiempo, incluso en los países con poblaciones muy envejecidas, el cuidado y la atención de las personas adultas mayores con dependencia era un problema que se resolvía exclusivamente en el ámbito privado. Las familias, y dentro de ellas las mujeres, se ocupaban de prestar apoyo y asistir a sus integrantes con dependencia. Esta realidad es hoy, insostenible. Las mujeres hoy se insertan más que nunca en el mercado formal de trabajo, las familias son cada vez más reducidas y la cantidad de mayores viviendo solos, crece cada vez más (Chaverri, 2020).

Los servicios de cuidados y apoyos para personas en situación de dependencia revisten gran importancia en el actual contexto de transición demográfica, en el que se presenta una tendencia al aumento en la cantidad que representan las personas adultas mayores en la población total. Dentro de las consecuencias previsibles del crecimiento de la población de personas adultas mayores, se encuentra una creciente necesidad de atención de su salud y de cuidados de larga duración.

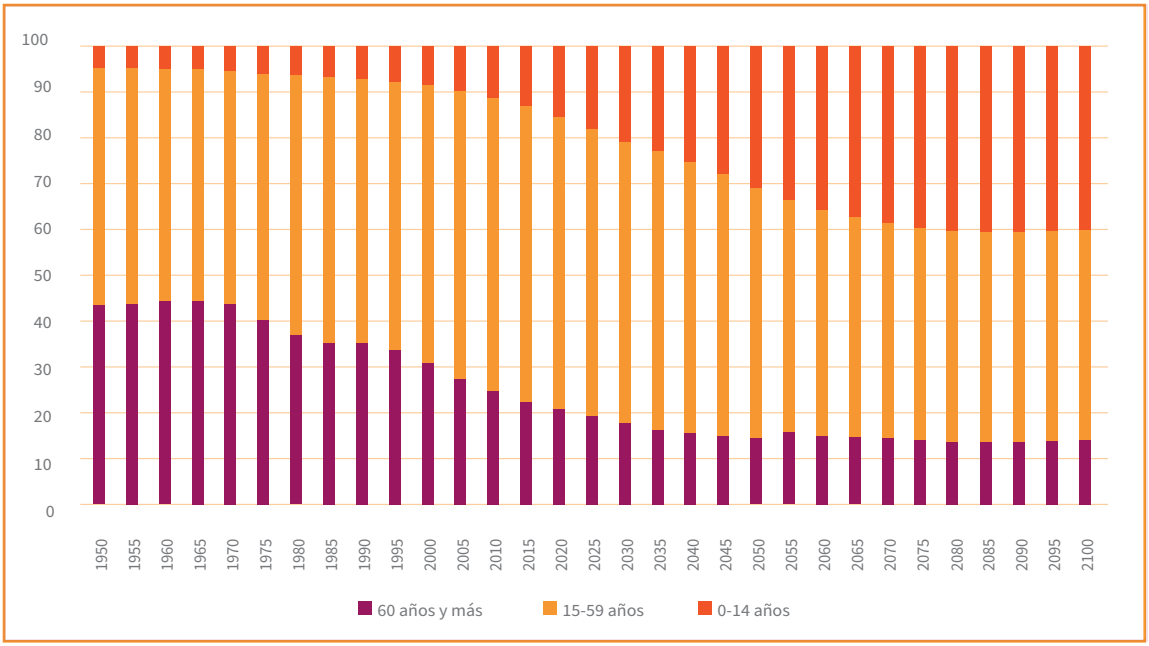
El cambio en los roles de género que se ha venido dando paulatinamente en el país también exacerba la necesidad presente y futura de las familias de recibir apoyo para realizar las labores de cuidados y apoyos. Con la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral se presenta una mayor necesidad de las familias de obtener apoyo para el cuidado de personas que se encuentran en situación de dependencia (Acón, 2017; Durán-Heras, 2019).

El Estado de bienestar costarricense cuenta con una serie de servicios de cuidados y apoyos erigidos a lo largo de décadas, que se encuentran dirigidos a familias en condición de pobreza y vulnerabilidad económica; sin embargo, la demanda que se prevé de estos servicios no es exclusiva de este grupo poblacional y cruza todos los estratos sociales.

La variación axiológica se sumó entonces a la evolución en los estilos de vida personales, en los ciclos de vida y el tamaño de las familias, así como en la participación laboral de las mujeres, el enfoque de la corresponsabilidad social de los cuidados y la rápida urbanización de la población, entre las dimensiones más destacables. Estos factores hacen urgen-

12 El incremento en la cantidad de personas adultas mayores, el aumento de la esperanza de vida y de la longevidad, impacta de manera directa en los servicios de salud institucionales, al tener que adecuar los servicios a un grupo de población con prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que generan disminución de la capacidad funcional, discapacidad y dependencia de cuidados.

Gráfico 6. Transición demográfica en Costa Rica en el período 1950-2100



Fuente: extracción Chaverri (2019) con datos de CEPAL Stat (2019).

te que las modalidades tradicionales de asistencia y apoyo a las personas dependientes varíen gradualmente y se transfiera al Estado, al mercado y a las organizaciones sociales, tareas que hasta ese momento habían sido de exclusiva responsabilidad de las familias, en particular de las mujeres y de las relaciones de parentesco.

La necesidad de dar una respuesta de política pública oportuna al envejecimiento poblacional es apremiante, ya que los principales cambios en materia de envejecimiento se comenzarán a proyectar en el corto plazo. Se calcula que para el año 2032 la proporción de adultos mayores de 60 y más años pasará a ser superior a la de personas menores de 15 años y esto generará un cambio sin precedentes en la pirámide poblacional (Chaverri, 2019).

Estos cambios demográficos están asociados a factores como la desaceleración de la tasa de fecundidad, que para el 2017 se estimaba en 1,7 hijos por mujer, de manera que es inferior al nivel de reemplazo, comprendido en 2,1 hijos por mujer. El aumento de la esperanza de vida al nacer actualmente es superior a los 80,3 años y el promedio de años de esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años es de 12,8 años para hombres y 10,5 años para las mujeres; estas cifras son equivalentes a esperar los hombres pasen 48% de la vida restante sin discapacidad, y las mujeres, 35% (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020).

Las transformaciones en la pirámide de la población también obedecen a la tasa de crecimiento natural, es decir, a la diferencia entre la cifra de nacimientos y defunciones en un período determinado, por ejemplo, entre los años 1941 y 2011 se identifica una importante reducción de la tasa de crecimiento natural, la cifra pasa 5,8 a 1,1, lo que ocasiona que haya una mayor necesidad de soporte social por parte de las personas en edades activas a aquellas en edades inactivas (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Para el 2032, se estima el año frontera de la transición demográfica. Este hecho supone que la población en Costa Rica estará tan envejecida como la de otros países que actualmente cuentan con sistemas de cuidados prolongados. El bono demográfico del país (entendido como el período en el cual la población activa crece más rápido que la población dependiente) se encuentra casi agotado (Contraloría General de la República, 2019).

Las personas mayores de 60 años en Costa Rica, para el 2019, representaban cerca del

16,4%[13] de la población y su proceso de envejecimiento está asociado con una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales de las personas, con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades y de presentar mayores factores de riesgo para la discapacidad, lo que implica una mayor presión sobre los servicios de salud y un aumento sustancial en la demanda de cuidados (ver gráfico7). Específicamente, se estima que las personas mayores de 60 años demandantes de cuidados pasarán de 2,9 por cada 100 personas entre 15 y 74 años en 2015, a 11,3 en el año 2050.

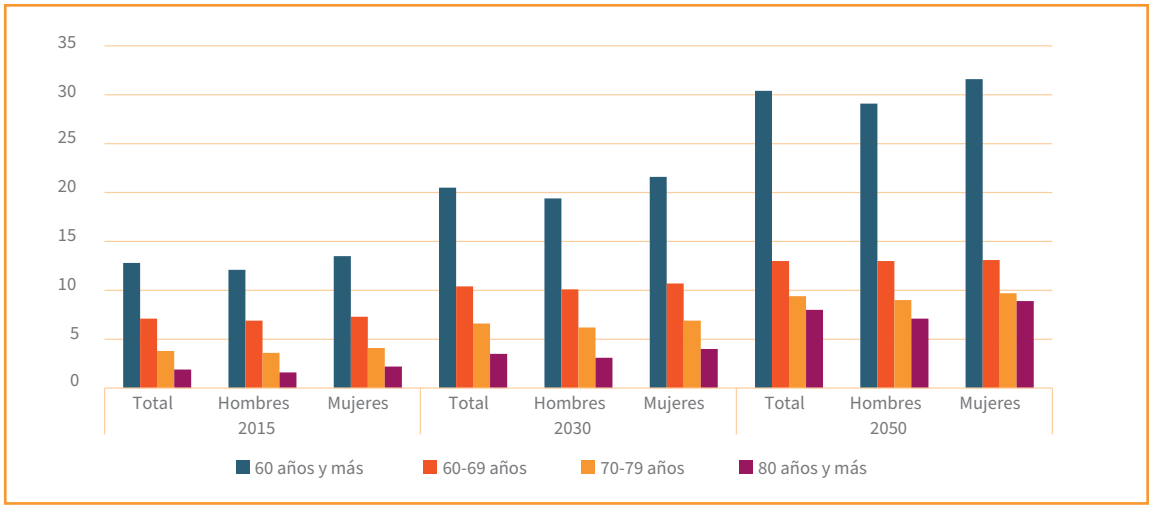
El envejecimiento de la población continuará creciendo de forma sostenida, de manera que el país debe prepararse en concordancia para atender la demanda de la población en materia de cuidados de larga duración.

Actualmente, la población adulta mayor no solo no tiene la posibilidad de acceder a un sistema de cuidados de larga duración unificado que les provea distintas ofertas de servicios, sino que un grupo presenta grandes barreras para acceder a servicios de salud y de protección social, ya que no están cubiertos por ningún tipo de aseguramiento. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (2020), un 2,5% de las personas adultas mayores no contaban con aseguramiento en ninguna de sus modalidades. Ante la ausencia de servicios sociales de atención a la dependencia, esta población se vuelve más vulnerable a la pauperización y el desmejoramiento de sus condiciones de salud (Chaverri, 2019).

Aunado a lo anterior, de acuerdo con los datos del Mideplan, alrededor de 81.000 personas adultas mayores se encontraban en situación de pobreza y pobreza extrema en el 2019 y un tercio de las personas no recibía ninguna pensión, de manera que se encuentran ante un escenario de profunda desprotección y vulnerabilidad, en la que no solo existe una carencia de una oferta institucional de servicios especializados, sino también presentan limitaciones económicas que les impiden acceder a la oferta privada (Medellín, Jara y Matus,2019).

Según datos incluidos en la Memoria Institucional de la CCSS del 2019, se encontraban en curso de pago 121.608 pensiones del Régimen No Contributivo (RNC) y 4.363 pensiones otorgadas por la Ley 8769 (Parálisis cerebral profunda y similares). Se espera que el peso sobre este tipo de pensiones, incremente cada año por la presión del envejecimiento poblacional.

Gráfico 7. Envejecimiento poblacional según sexo y grupos de edades en Costa Rica



Fuente: Elaboración propia con datos del Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia del Banco Interamericano de Desarrollo.

13 Según la Ley 7935, en Costa Rica la población adulta mayor es aquella que tiene 65 y más años. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos, en 2020 habitan en Costa Rica 453.078 personas adultas mayores, es decir el 8,9% del total de la población.

Así, para año 2019, se otorgaron nuevas pensiones en el RNC 5.072 pensiones de vejez y 1.091 de invalidez. Por la ley 8769 se otorgaron en el 2019 un total de 700 pensiones. Es decir, solo en al año 2019, se otorgaron 6.863 pensiones del RNC nuevas (vejez, invalidez y Ley 8769) (CCSS, 2019).

Esta situación se complejiza si se toma en consideración que 14,4% de la población adulta mayor no vive con familiares que puedan cuidarles (en caso de requerirlo de manera prolongada). Lo anterior, es destacable, debido a que, si algunos apoyos en razón de la complejidad, multiplicidad o grado de la dependencia son difíciles de suplir en el entorno familiar, sin entorno familiar la persona dependiente se encuentra en exclusión absoluta de circunstancias de carencia de apoyos: "La dependencia de cuidadores no profesionales y de la familia no siempre es la solución, y en muchos casos ni siquiera forma parte del abanico de alternativas al que puede recurrir una persona de edad" (Huenchuan y Rodríguez, 2015: 12).

Para el 2019, 108.603 personas mayores vivían en un hogar unipersonal[14] y más del 50% eran mujeres (INEC, 2020), asimismo, el 22,9% del total de personas mayores está en situación de pobreza, lo que refuerza la enorme responsabilidad que tiene el Estado de establecer un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia que les brinde protección social en la vejez y les facilite los servicios sociosanitarios que requieran para tener una vida digna.

En consonancia con lo anterior, la evolución del tamaño de la composición de los hogares denota como en Costa Rica desde el 2000 hasta el 2019, se reduce el tamaño de la composición de los hogares, es decir, se reduce la cantidad de personas que viven por hogar. Por ello disminuye el porcentaje de hogares con cuatro y cinco personas y crecen los porcentajes de hogares integrados por una y dos personas, mientras que en el 2000 los hogares compuestos por 1 persona alcanzaban el 6,08%, en el 2009 representaban el 9,06% y para el 2019 representan el 13,11%, es decir, en menos de dos décadas, se ha duplicado la cantidad de hogares unipersonales (INEC,2020).

La reducción del tamaño de las familias y el incremento de hogares unipersonales se traduce en menor oferta de cuidados en el entorno familiar. Por ello, esta política pública, desde el paradigma de la corresponsabilidad social de los cuidados, es una respuesta para atender esta demanda.

Prevalencia de enfermedades no transmisibles

De la mano de los cambios demográficos, también se han presentado varias transformaciones en el perfil de salud del país que imponen retos sustantivos en la atención a la dependencia.

Según datos de ENADIS (2018) y Estadísticas vitales (2018) la población de 65 años y más padece en un 59,7% de presión alta, el 28% tienen azúcar en la sangre, el 16,1% sobrelleva alguna enfermedad del corazón o han sobrellevado un infarto, mientras que el 13% tienen enfermedades respiratorias crónicas como bronquitis, enfisema, asma u otras, por último, padecen de cáncer el 9,5% del total de adultos mayores en Costa Rica.

Actualmente, las enfermedades no transmisibles (ENT) (como la diabetes, el cáncer y enfermedades del corazón), son las de mayor prevalencia en el país. Representan cerca del 80% del total de muertes y suponen una atención prolongada y costosa por parte del sistema de salud público, de la mano con un deterioro progresivo en el estado de salud de los pacientes (Contraloría General de la República, 2019).

La OMS (2019) promueve el desarrollo de investigaciones sobre carga de enfermedad, para medir mediante el costo financiero, la mortalidad, la morbilidad y otros indicadores, el impacto en los sistemas de la salud de las enfermedades crónicas. Comúnmente, se utilizan los indicadores *años de vida ajustados por calidad de vida* (QALY por sus siglas en inglés) y *años de vida ajustados por discapacidad* (DALY por sus siglas en inglés) que da cuenta del número promedio de años de vida sana perdidos por un estado de salud deficiente, enfermedad o discapacidad. Estos indicadores, si bien permiten orientar recursos económicos hacia los sistemas de salud, no consideran los costos no sanitarios de la atención a pacientes crónicos.

14 Para este perfil, la literatura internacional da cuenta de la relevancia de establecer prestaciones relacionadas con cuidados y apoyos en el domicilio para prevenir o atender situaciones potenciales de dependencia.

La prevalencia de estas enfermedades crónicas es mayor en las personas adultas mayores y en personas con dependencia. Según los reportes del Estudio Global sobre la Carga de Enfermedades, el 77% de los años de vida saludable que perdieron los costarricenses en el 2017, están asociados a ENT y en las personas que tienen más de 60 años el porcentaje asciende a 91% (Medellin, Jara y Matus, 2019).

Los padecimientos crónicos adscriben a casi el 22% de la población. La edad promedio de inicio se ubica a los 54 años, las personas con más de 60 años (ver gráfico 8) tienen tasas superiores al 50% y 55% de prevalencia de estas enfermedades y son las mujeres las que tienen mayor propensión a padecerlas, constituyendo el 61,5% de los casos. Además, enfermedades como la diabetes, impactan mayoritariamente a los sectores de menores ingresos, encabezados por las mujeres (García y Jiménez, 2018).

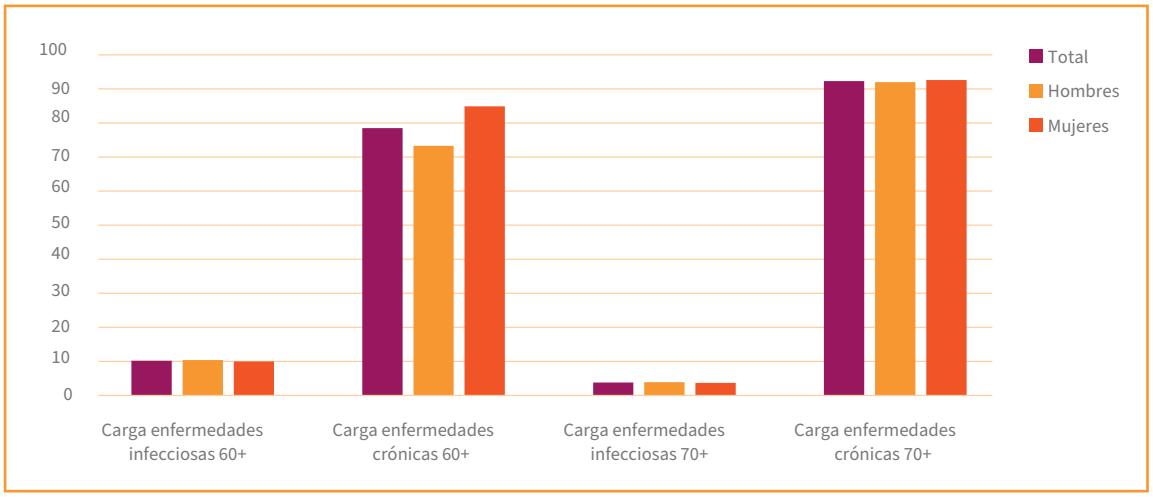
Las enfermedades crónicas (en adelante ENT) están significativamente asociadas a la dependencia, por ejemplo, la tasa de dependencia en ausencia de padecimientos crónicos para la población de más de 60 años es de 5% y para quienes son adultos mayores y tienen una enfermedad crónica es de 10%. Asimismo, el porcentaje asciende a 24% en el caso de las personas con dos o más padecimientos crónicos (Medellin et al., 2019). El crecimiento vertiginoso de las ENT en el país y la relación de estas con la dependencia coloca en el debate la urgencia de articular un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia duración que aborde estas nuevas necesidades y que evite un desbordamiento de las capacidades del sistema sanitario público para continuar atendiendo a la población.

Personas con discapacidad

No toda persona con discapacidad es dependiente (Huete y Chaverri, 2019). Estadísticamente, la dependencia impacta de manera importante a las personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas; sin embargo, algunas personas con discapacidad también son propensas a requerir apoyos para realizar las actividades de la vida diaria (Medellin et al., 2019).

La Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018 estima que 670.640 personas de la población adulta (el equivalente con el 18,2% del total de la población adulta) en Costa Rica tiene alguna discapacidad, este dato se desagrega en 139.035 (3,8%) personas con discapacidad de leve a moderada y 531.605 (14,4%) personas con discapacidad severa. Por su parte, la Encuesta de mujeres, niñez y adolescencia 2018 señala que hay 219.112 personas con discapacidad menores de 18 años. De este modo, se estima que, en 2018, en el país habitaban alrededor de 889.752 personas con discapacidad.

Gráfico 8. Carga de enfermedades infecciosas y crónicas en la última etapa del ciclo vital.



Fuente: Elaboración propia con datos del Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia del Banco Interamericano de Desarrollo.

En consonancia, la encuesta levantada en el Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica encontró que una quinta parte de las personas (que representan 947 mil individuos; algo coincidente con la cifra del párrafo anterior) señalaron que tenían alguna dificultad permanente, siendo la dificultad para ver la de mayor porcentaje (12,7%), seguida por la dificultad para desplazarse (7,1%) y la dificultad para oír (2,6%) (Matus-López, 2019).

No obstante, es preciso señalar que la prevalencia de la discapacidad crece conforme aumenta la edad, de forma específica, los datos de la ENADIS (2018) señalan que el 35% del total de personas de 65 y más años tienen alguna discapacidad, de modo que para personas de 60 años o más ronda el 32% y se incrementa a 55% en los adultos que tiene más de 80 años.

El 46,4% de las personas con discapacidad, mayores de 18 años recibían asistencia personal para el 2018, de los cuales 148.524 tenían 65 años y más. Esta asistencia personal es brindada en 54,6% de las ocasiones por alguna persona de 35 a 64 años y 9 de cada 10 de quienes asisten a una persona con discapacidad son familiares; valor inversamente coincidente con la cantidad de personas que perciben pago por esta labor, es decir, solo una de cada diez personas asistentes recibe algún pago en dinero o en especie. Además, cerca de 7 de cada 10 personas que realizan asistencia personal para personas con discapacidad son mujeres.

Por su parte, alrededor de 179.596 personas con discapacidad precisaban de algún servicio de apoyo; no obstante, el 68,87% no tuvo acceso a ellos, ya que no contaban con recursos para financiarlos (ENADIS, 2018).

En el entendido de que hay una fuerte relación entre discapacidad y dependencia y debido a que un grupo de esta población demanda servicios, pero no puede pagarlos, resulta de vital importancia ampliar un sistema que les permita acceder a ellos para mejorar su calidad de vida y disfrutar del pleno ejercicio de sus derechos.

Estimación de la dependencia en Costa Rica

Cuando los países comienzan a valorar la demanda de cuidados de larga duración y atención a la dependencia, el primer y más importante insumo es la cuantificación de las personas potencialmente dependientes por grado de severidad[15].

Para ello, el instrumento más utilizado son las encuestas, ya sea con encuestas específicas para esto o a través de determinadas preguntas incluidas en encuestas relacionadas (de salud, condiciones de vida o discapacidad). En ambos casos, se instrumentalizan preguntas sobre problemas para realizar actividades de la vida diaria y la existencia o necesidad de asistencia de terceras personas para ello[16].

En Costa Rica, existe un antecedente que es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO, 2019). En ella, se preguntó por siete actividades: a) Ver (aún con los anteojos o lentes puestos), b) Oír, c) Hablar, d) Caminar o subir gradas, e) Utilizar brazos y manos, f) De

15 Por ejemplo, en España, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) 1999, utilizada en el Libro Blanco de la Dependencia, estimó que el 3,9% de la población de 6 y más años, tenía alguna limitación para las ABVD (Rodríguez coord., 2005). Luego, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 acotó esta tasa al 3,3%. Finalmente, cuando ya se publicó el baremo de medición de la dependencia, se estimó que el 2,1% de la población era dependiente para realizar las ABVD (Vilaplana,2010). En la actualidad, las personas que han solicitado servicios y han sido evaluadas positivamente como dependientes ascienden al 2,85% de la población nacional y aproximadamente al 10,5% entre los mayores de 65 años (IMSERSO,2019).
Algo similar se realizó en Uruguay. A través de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS, 2013), se preguntó por once limitaciones, entre las que se encontraban problemas de desplazamiento, mentales, de habla, sordera, ceguera y movimiento. La respuesta afirmativa fue seguida de una identificación del origen, la intensidad y la necesidad de asistencia. Los resultados mostraron que el 5,8% de la población tenía al menos una limitación en las ABVD y de estas, el 58,4% necesitaba de algún tipo de apoyo, es decir, aproximadamente el 2.9% de la población podría ser dependiente (Sosa 2014). Cifra que se sitúa en el 9,3% para los mayores de 60 años (SNC, 2018) y 11,5% para los mayores de 65 años (Matus-López, 2017).

16 Son preguntas generales, ya que cuando se realizan, el sistema de atención a la dependencia aún no se comienza a implementar y no se conocen los baremos oficiales de qué y cuándo se considerará que una persona es dependiente y, por lo tanto, tiene derecho a recibir prestaciones. No obstante, no siempre es este el caso. Los países con

tipo intelectual (retardo, síndrome de Down, otros) y c) De tipo mental (bipolar, esquizofrenia, otros). Los resultados arrojaron que el 6,1% de la población, tenía al menos una limitación para ABVD.

Sin embargo, las dos fuentes más específicas para el estudio de la dependencia en Costa Rica son el Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica, en adelante Estudio Base de Cuidados (EBC, 2018) y la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS,2018).

La principal fortaleza del EBC es que profundiza en la situación del cuidado y ofrece información relevante sobre dependencia. Esta fue la fuente para el Estudio de Costos 2019. La debilidad es que existe un grado de incertidumbre sobre la representatividad de una parte del muestreo[17]. A pesar de estas limitaciones propias de una encuesta de este tipo aplicado por primera vez, sus resultados son consistentes con las estimaciones censales y las tendencias poblacionales mostradas por otros instrumentos.

Por su parte, la ENADIS es una encuesta con sólida representatividad nacional, diseñada y supervisada por el INEC. Como desventaja, se puede considerar que está orientada a medir la discapacidad, más que la necesidad de cuidados de personas dependientes.

a Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica (EBC 2018)

El EBC indagó sobre la existencia de limitaciones para realizar algunas actividades de la vida diaria y b) la existencia o no de asistencia de terceros para hacerlo (Ver anexos).

Los resultados señalan que el 20,6% de las personas de 6 y más años tenía algún tipo de limitación de ABVD y que el 3,49% de ellas requería asistencia de terceros para la realización de estas actividades. Entre los mayores de 65 años, la tasa se elevó hasta el 13% (Tabla 1. Tasas de dependencia por sexo y edad. Costa Rica. EBC. 2018).

Tabla 1. Tasas de dependencia por sexo y edad. Costa Rica. EBC. 2018

Edad	Hombres	Mujeres	Total
6-14	4,0	3,8	3,9
15-24	2,3	1,3	1,8
25-34	2,0	1,5	1,8
35-44	1,8	2,2	2,0
45-54	2,3	2,9	2,6
55-64	3,6	4,7	4,2
65-74	6,8	6,9	6,8
75 y más	21,2	24,2	22,8
Total	3,38	3,61	3,49

Fuente: Matus-López con base en Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica (EBC, 2018).

b La Encuesta Nacional sobre Discapacidad

Por su parte, la ENADIS indaga sobre la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria entre la población de 18 años y más y también sobre la necesidad de asistencia para otras once actividades (Ver anexos).

Para estimar las personas con discapacidad, es decir, personas que presentan restricción en su participación como producto de la interacción entre su condición de salud (enfermedad, trastorno o deficiencia) y las barreras

sistemas universalistas puros, vale decir, que aseguran la atención de todas las personas que lo necesiten, no suelen disponer de estas mediciones, principalmente, porque se iniciaron cuando esta era una demanda acotada. Es el caso de la mayoría de los países nórdicos.

17 La ENC fue una encuesta en dos etapas. En una primera etapa, se seleccionó una muestra representativa de la población, de 6 y más años, para determinar necesidades de cuidados de personas mayores, menores y con discapacidad. En la segunda etapa, se seleccionaron hogares con alguna de estas necesidades y se les aplicó un cuestionario más extenso.

contextuales, actitudinales y ambientales, INEC utilizó un modelo probabilístico[18], cuyos resultados mostraron que el 18,2% de la población de 18 años o más, tenía algún tipo de discapacidad. En los adultos mayores, este porcentaje se elevó al 35,1% (INEC, 2019).

Para el cálculo en esta política, el análisis se restringió a la definición más directa de dependencia, siguiendo los mismos criterios que la metodología internacional; vale decir, analizando las limitaciones para las actividades de la vida diaria y la necesidad de asistencia de terceros para su realización. Esto fue posible porque la ENADIS permite identificar actividades algunas básicas (caminar, subir gradas, bañarse, vestirse o ir al baño, alimentarse, utilizar el servicio sanitario, acostarse y levantarse de la cama, sillón u otros y comunicarse con otras personas) y otras instrumentales (hacer trabajo doméstico, cuidar a otros, hacer compras, salir a la calle, etc.).

Los resultados muestran que el 35,2% de los adultos no tenía ninguna dificultad en el desarrollo de actividades y otro 21,5% tenía cierta dificultad en solo una de ellas (ninguna en el resto).

Al analizar la necesidad de asistencia, se tiene que el 8,8% de los adultos recibía (pocas veces, muchas o siempre) asistencia para las ABVD. De estas, la mayoría necesitaba asistencia para caminar o subir gradas (81,5%) o para utilizar el servicio sanitario (58%). En relación con la intensidad, entre 24,2% y 37,9% dijo requerirla pocas veces[19].

Como forma de aproximarse a la dependencia, se calculó la tasa de respuesta afirmativa de "apoyo siempre" o "muchas veces", para las ABVD. Los resultados muestran que 5,8% de los adultos necesitó asistencia para alguna de

Tabla 2. Tasas de dependencia por sexo y edad. Costa Rica. ENADIS. 2018

	Recibe asistencia muchas veces o siempre			Recibe asistencia siempre[20]		
Edad	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
18-44	2,1	2,4	2,2	1,2	1,4	1,3
45-64	3,4	6,1	4,7	2,7	3,0	2,9
65 y más	12,1	24,6	18,7	8,6	17,9	13,4
Total	4,1	7,5	5,8	2,9	4,8	3,8

Fuente: Elaboración propia con base en ENADIS 2018.

18 Se obtiene mediante un conjunto de modelos probabilísticos de la Teoría de Respuesta al Ítem denominado Modelo de Crédito Parcial para los constructos/conceptos de capacidad y desempeño, este último por recomendación de la OMS se le aplica un modelo predictivo para contemplar el efecto de los factores ambientales y capacidad para cada persona, con las métricas obtenidas de estos modelos se construye la graduación de la discapacidad (INEC, 2019). Disponible en: https://www.inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reenadis2018.pdf.

19 Dependiendo de la actividad: caminar o subir gradas (34,2%), bañarse, vestirse o ir al baño (25,7%), alimentarse (27,1%), utilizar el servicio sanitario (27,4%), acostarse y levantarse (37,9%) y comunicarse con otras personas (24,2%).

20 Este está incluido en la primera columna, se puede mirar con detalle la batería de preguntas utilizadas para este cuadro en la página 21 del cuestionario de la ENADIS (2018).

las actividades y que el 3,8% la necesitó siempre. Entre los adultos mayores, las tasas se elevaron al 18,7% y 13,4% respectivamente (Tabla 2. Tasas de dependencia por sexo y edad. Costa Rica. ENADIS. 2018).

c Comparación de resultados

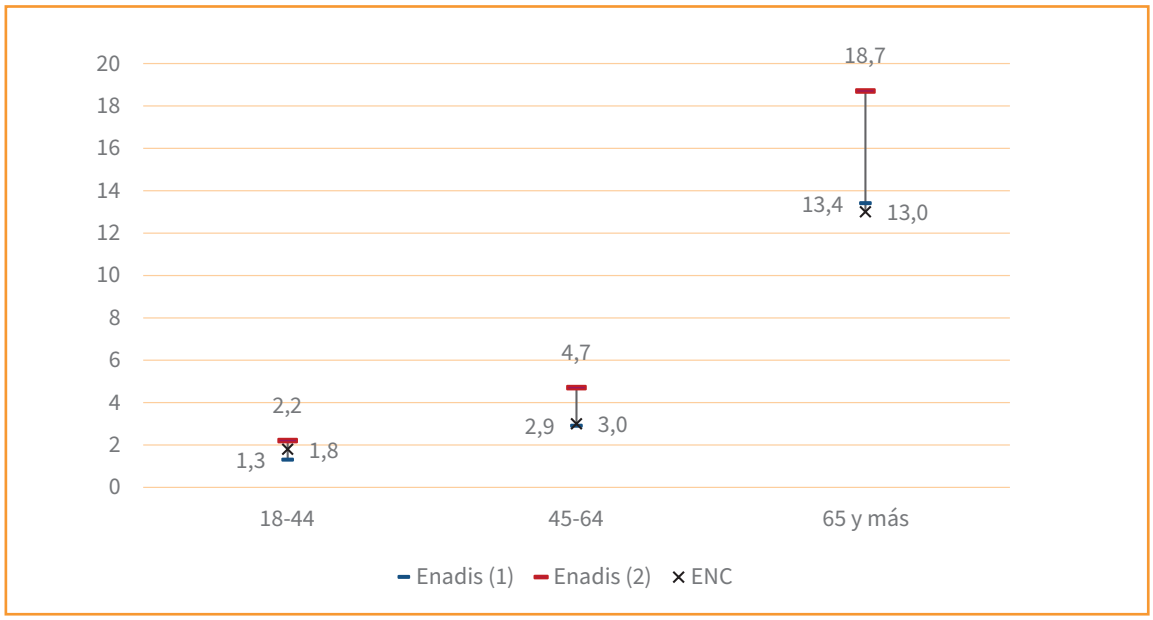
Si se comparan los resultados de la ENADIS con los de la EBC homogeneizando por tramos de edad y segmentado un tramo para personas de 65 y más años, se tiene que las cifras son similares en la segunda acepción (ENADIS 2; necesidad constante para al menos una ABVD) y algo más alejada de la primera (ENADIS 1; necesidad muchas veces o siempre, para alguna de las ABVD) (Gráfico 9. Comparación de tasas de dependencia por tramo de edad, según EBC y ENADIS. 2018).

Dimensión de la dependencia y la necesidad de apoyo a los cuidados en Costa Rica por la brecha entre la oferta y la demanda actual

De acuerdo con las estimaciones basadas en la ENADIS (2018) alrededor de 280 mil personas enfrentan dificultades para realizar de manera autónoma actividades básicas de la vida diaria.

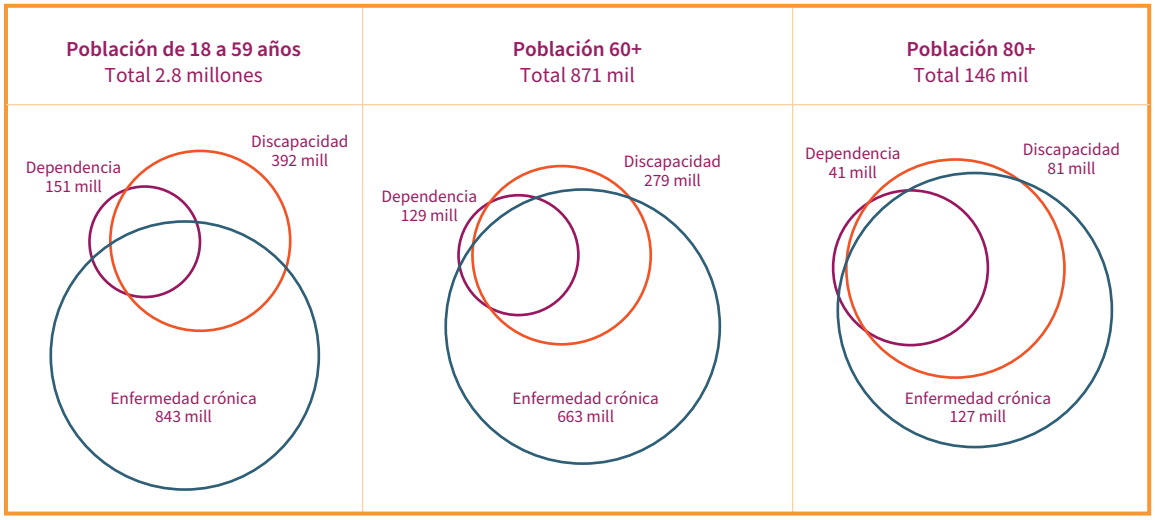
La ENADIS (2018) permite también determinar la relación entre enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia y la demanda de servicios de atención a la dependencia, según la edad de las personas. Sobre este particular, es importante reiterar que no todas las personas adultas mayores, ni todas las personas con discapacidad son personas dependientes. El país cuenta con normativa y políticas públicas específicas sobre envejecimiento saludable y autonomía de las personas con discapacidad; en cambio, esta es la primera política pública dedicada a la atención de la dependencia.

Gráfico 9. Comparación de tasas de dependencia por tramo de edad, según EBC y ENADIS. 2018



Fuente: Extracción Matus-López (2020) con base en ENADIS para 18 y más años y EBC para 6 y más años.

Ilustración 7. Relación entre dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas por edad de la población



Fuente: Medellín, Jara y Matus-López (2019) con datos de la ENADIS (2018).

Los datos de la ENADIS (2018) muestran que, en Costa Rica, el 72,6% de personas en situación de dependencia mayores de 18 años también tienen una situación de discapacidad y enfermedades crónicas a la vez. Esta proporción aumenta a 94,6% para las personas mayores de 80 años.

Se pone en evidencia que la gran mayoría de las personas dependientes también presentan alguna discapacidad y padecimientos crónicos. No obstante, la mayoría de las personas con enfermedades crónicas no son dependientes (86%) y son autónomas un amplio porcentaje de personas con discapacidad. La Ilustración 7 muestra estos porcentajes de personas autónomas se reducen considerablemente entre los adultos mayores de 60 años y todavía más entre las personas mayores de 80 años.

Por su parte, según el EBC (2018), en Costa Rica la tasa de dependencia ronda el 3,5% de la población y esta cifra asciende a 6,8% en las personas que se encuentran entre los 65 y 74 años y a 22,8% en los de 75 años o más. De forma específica, 50% del total de personas que requiere asistencia para la realización de ABVD tiene 61 años o más. (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Según proyecciones hechas con base en el EBC (2018), en el país habría alrededor de 159.225 personas dependientes y de forma estimada, 47.768 individuos podrían ser dependientes graves. La población es mayoritariamente femenina y esta característica prevalece con mayor fuerza a partir de los 65 años; 56% de las personas dependientes son mujeres y 44% hombres (Matus-López, 2019).

En cuanto a su nivel educativo, apenas uno de cada cinco personas terminó los estudios secundarios, un número significativamente menor a los no dependientes, grupo en el que el 42,4% de la población completó secundaria.

La población dependiente enfrenta grandes dificultades en materia económica, se ubican por debajo del promedio, específicamente, reciben un poco más de la mitad de los ingresos que perciben los no dependientes. Respecto a su salud, la población dependiente manifiesta un deterioro considerable, alrededor del 30,2% valoran su estado de salud como malo (la peor categoría) y el 21,5% considera que ha empeorado en los últimos dos años (Matus-López, 2019).

A partir del encuadre sobre el perfil de la población dependiente en el país y sus condiciones en materia económica, social y educativa, a continuación, se comparten los principales fenómenos que dan cuenta de la magnitud del problema asociado a la ausencia de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia que le brinde prestaciones tanto a personas en situación de dependencia como a sus personas cuidadoras.

Ejercicio del rol de los cuidados al interior de las familias

Los resultados del EBC (2018) muestran un perfil relativamente marcado de las personas que realizan los cuidados y apoyos. De acuerdo con esta fuente, casi el 70% son mujeres: en la mitad de los casos, ellas son parejas o esposas de las personas dependientes y en 25% de los casos son hijas. Al contrario, entre cuidadores hombres, la mitad son hijos y 12,8% esposos o parejas. Un dato importante de destacar es que el 90% de las personas que prestan cuidados y apoyos son miembros del mismo hogar de la persona dependiente.

Por edad, las personas cuidadoras no son mucho más jóvenes que las personas dependientes. En promedio tienen unos 48 años, pero con una mediana de 51 años y una moda de 64 años. Como se puede deducir de las propias relaciones con la persona principal, los hombres son más jóvenes que las mujeres cuidadoras: 43 y 50 años, respectivamente.

En términos educativos, casi tres de cada cinco no han terminado la educación secundaria (58,9%), cifra que se eleva hasta el 64,4% en el caso de las mujeres. Esta falta de formación también se refleja en la participación en el mercado laboral. Solo una cuarta parte de las personas que cuidan reconocieron haber trabajado fuera de casa la semana anterior a la encuesta. Una cifra que resulta llamativamente baja en el caso de las mujeres: 17,9% de las cuidadoras. En cuanto a la modalidad de trabajo, resulta también elevado el porcentaje de personas que trabajaron por cuenta propia u otra modalidad; solo la mitad ha trabajado como asalariada, con pocas diferencias entre mujeres y hombres.

Esta falta de participación laboral tiene distintas causas según sexo. En el caso de las mujeres, la razón más común por la que no trabajan son las obligaciones familiares (38,3%), mientras que entre los hombres cuidadores, la principal razón es de tipo personal (28,1%) y las obligaciones familiares (14%).

En promedio, las mujeres dedican 5 horas y 25 minutos por día al trabajo no remunerado y el tiempo invertido en el cuidado de personas parcialmente dependientes representa el 65% del tiempo social promedio (tiempo que la sociedad en su conjunto dedica a determinada actividad), a diferencia de los hombres que dedican el 35%, según los datos de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT, 2017). Para el caso del cuidado de las personas totalmente dependientes, las mujeres dedican el 80,4% del tiempo social promedio.

El Banco Central de Costa Rica calculó que el valor económico del trabajo doméstico no remunerado asciende a 25,3% del Producto Interno Bruto (PIB) en el 2017, lo que representa ₡8.3 billones en términos brutos (INAMU, 2019) de manera que la economía en su conjunto tiene una fuerte dependencia del trabajo que realizan las mujeres. Sin embargo, continúa sin ser visibilizado y valorado socialmente.

Ante este escenario de profunda desigualdad, que tiene como nudo estructural la división sexual de trabajo, las mujeres asumen una sobrecarga de labores en sus hogares y esto les impide continuar con estudios y vincularse al mercado de trabajo con empleo formal. Así, lo confirma el EBC (2018) que revela que al menos 8 de cada 10 personas que cuidan o apoyan, desean dejar el cuidado o apoyo que realizan a cargo de otra instancia o persona.

En este sentido, la ausencia de una red de apoyos institucionales que les permita liberar tiempo y carga de trabajo, se constituye en un obstáculo para su desarrollo pleno.

Como agravante, el trabajo de cuidados no remunerados torna a las mujeres más vulnerables a la pobreza y la exclusión, siendo que según el EBC (2018) únicamente el 28% de las personas que llevan a cabo cuidados o apoyos, realiza alguna actividad remunerada, de manera que las acciones para reducir estas brechas no solo implican educar y concientizar sobre la distribución de roles en el hogar, sino también impulsar transformaciones en materia de política pública que reconozcan estas disparidades históricas y que ofrezca una oferta de servicios que aliviane la carga en materia de cuidados para las mujeres.

Por otra parte, la oferta de servicios de cuidado se torna de mayor urgencia, al considerar que el número de mujeres que ingresan al mercado de trabajo se ha incrementado, reduciéndose la oferta de cuidados o apoyos no remunerados en el hogar. La ocupación neta de las mujeres en el mercado de trabajo en Costa Rica para 1976 era del 21,8% de las mujeres en edad económicamente activa y para el 2017, alrededor de 44,9% (INEC,2019).

Estos cambios han tenido repercusiones sobre el ámbito de los cuidados, ya que las mujeres tienen una menor cantidad de horas disponibles para dedicarse al cuidado informal de las personas con dependencia temporal o permanente.

Ante este panorama, y el *tsunami* demográfico en curso, las redes de cuidados a lo interno de la familia, que especialmente descansan sobre las mujeres, no podrían dar respuesta a las nuevas demandas en materia de atención a la dependencia. Avanzar hacia un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia no solo permitiría atender esta urgencia, sino también desplazar las responsabilidades de cuidados de la esfera doméstica a la social, una deuda histórica para el cumplimiento efectivo de los derechos de las mujeres.

Estos resultados llaman la atención sobre uno de los impactos que resultan cruciales en las motivaciones que impulsan los servicios formales de atención a la dependencia: el potencial de generación de empleo.

Con estas políticas, se abre la posibilidad de que las personas que cuidan se formen y puedan acceder a un empleo remunerado. Un cambio de actividad que les daría estabilidad económica, reconocimiento social y acceso a la seguridad social. Solo así se logra romper el círculo vicioso de cuidado-dependencia-pobreza, principalmente, entre las mujeres.

Impacto de la dependencia en el sistema de salud y sus servicios

En Costa Rica, la salud es un derecho fundamental derivado de los artículos 21, 50 y 51 de la Constitución Política que refieren al derecho a la vida y al derecho a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado. Además, la Sala Constitucional define el derecho a la salud como de naturaleza prestacional que impone al Estado y a las instituciones públicas encargadas, el deber de brindar un servicio público continuo, eficaz, eficiente, oportuno, de calidad, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario en favor de las personas.

En cumplimiento de sus funciones, por medio de su estudio "Prospectiva en Salud 2045: prevención y sostenibilidad Financiera", Mideplan (2017) advierte que el país, además de prestar atención a los cambios demográficos y las necesidades específicas de la población, debe prepararse para el incremento en la demanda de servicios de salud especializados para personas adultas mayores con discapacidad y enfermedades crónicas.

> El panorama demográfico y epidemiológico evidencia un importante aumento de la demanda de la atención brindada en los servicios de salud de la CCSS, principal proveedor de servicios salud en el país. Estos datos son congruentes con el crecimiento de la población adulta mayor, hecho que debe servir de base para fortalecer los programas y proyectos dirigidos a este grupo poblacional (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020:70).

Por ello, no solo resulta urgente planificar esquemas de financiamiento en una coyuntura donde la base contributiva de la CCSS (que presta el 70% del total de servicios en salud) se reduce y simultáneamente crece la demanda de servicios. También, es tiempo de innovar en la planificación de estrategias de promoción de la salud, aspecto fundamental para la disminución de enfermedades crónicas prevenibles asociadas al sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, ya que este paradigma de salud visualiza no solo la prevención de las enfermedades en un individuo en específico, sino la prevención a partir de la modificación del entorno mediante políticas[21] gubernamentales para la promoción del envejecimiento saludable que propicien una vejez sana y activa.

También, señala el estudio antedicho que la sostenibilidad en la prestación de servicios y, en general, la Salud Pública costarricense se ha beneficiado del bono demográfico positivo durante las últimas décadas, el cual estuvo vigente hasta el 2012 y se concentró en edades saludables que inclusive se refleja en las edades materno-infantiles. Sin embargo, esto cambia a partir del 2013 y se presenta un bono negativo o factura demográfica, que obliga al sistema de salud a tomar medidas importantes con el fin de no reducir la prestación de servicios, como aumentar la recaudación o aumentar las transferencias recibidas de otras instituciones públicas. Este bono demográfico negativo se produce debido al incremento en

21 Tanto la Estrategia Nacional de Envejecimiento 2018-2020 y la Política Institucional para la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor de la CCSS incorporan el envejecimiento saludable desde un enfoque de curso de vida.

el costo de servicios, especialmente, en edades adelantadas o adultas mayores, por el uso de tecnologías médicas caras y el exceso en la demanda de medicina especializada (Rosero y Jiménez, 2012).

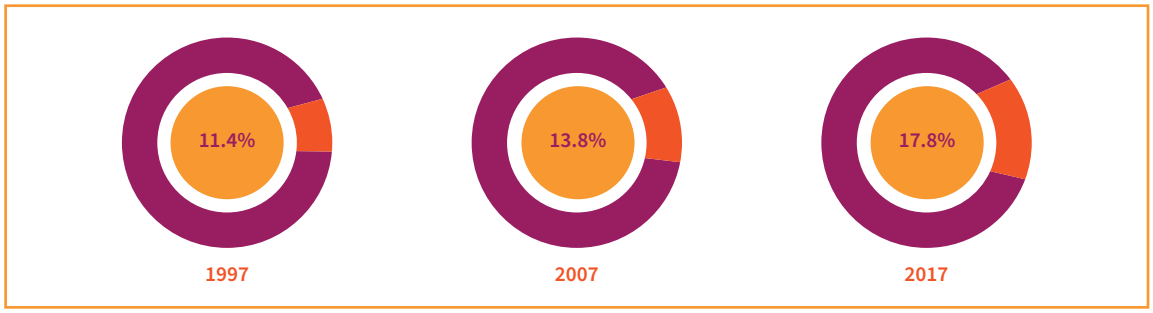
Adicionalmente, se debe tener en cuenta que el gasto en salud se financia con contribuciones sociales basadas en la planilla del sector formal y las transferencias que hace el Estado al sector salud provenientes del pago de impuestos. Actualmente, la baja fecundidad supone un decrecimiento en la fuerza laboral a mediano y largo plazo, lo que aunado con las condiciones en las finanzas públicas y la presencia de un déficit financiero creciente, limitan la posibilidad de tomar medidas administrativas para mejorar los ingresos y los servicios del sistema de salud, a su vez, el cambio demográfico proyecta que las transferencias al sector salud en adultos mayores pase del 5,4% en el 2008 al 6,2% al 2040 confirmando las presiones que la demografía ejercerá sobre los gastos de salud (CCP,2012), lo que representaría una carga inherente sobre las generaciones futuras y para el fisco (Mideplan, 2017c).

Frente a este complejo panorama, la Contraloría General de la República en su informe "Impacto fiscal del cambio demográfico: Retos para una Costa Rica que envejece" señala que la atención al envejecimiento supondrá un aumento en los gastos de hospitalización y consulta externa, aproximadamente de 86% para el 2030, respecto a los gastos del 2016 (Contraloría General de la República, 2019). Este incremento se presenta en un contexto en el que la CCSS presenta grandes desafíos para mantener su sostenibilidad financiera, ya que sus ingresos dependen en buena medida del comportamiento del mercado laboral que se ve afectado por el desempleo y la informalidad (PEN, 2018).

De acuerdo con las estadísticas disponibles sobre egresos[22] hospitalarios de la CCSS, los cuales comprenden la proporción de personas egresadas según edades, para el año 1997, las personas adultas mayores representaban el 11,4% de los egresos registrados por la institución. Para el 2007 este porcentaje se incrementó al 13,8% y en el 2017 fue del 17,8%, de manera que el crecimiento es significativo.

El envejecimiento de la población y la necesidad de dar respuesta al aumento en el número de personas con enfermedades no transmisibles ha venido generando una importante presión sobre los servicios de salud, tradu-

Ilustración 8. Egresos hospitalarios de personas mayores en la Caja Costarricense de Seguro Social en el período 1997-2017



Fuente: Elaboración propia con base en el informe "Impacto fiscal del cambio demográfico: Retos para una Costa Rica que Envejece". Contraloría General de la República (2019).

22 Este dato sin indagar en los retrasos en las altas hospitalarias que se originan por los egresos cuya estancia real se prolonga debido a problemas no médicos (delay discharges). Por lo tanto, en su identificación intervienen tres conceptos: a) los días efectivos de estancia, b) los días teóricos de estancia, de acuerdo con su diagnóstico y condiciones de salud y c) el criterio médico de cuándo ese paciente ya no necesitaba estar en un establecimiento hospitalario (Matus-López, 2020:18).

ciéndose el envejecimiento demográfico en un correlato del aumento en el gasto.

Añade el ente contralor, en el afán por dar cuenta de la necesidad que tiene el país para preparar su sistema de salud al envejecimiento, que el porcentaje proyectado de gasto en salud por grupo etario pasaría del 17,9% en 2017, al 27,5% en 2030. De la misma forma, en lo que respecta a la consulta externa para personas mayores, según las estimaciones de la CCSS, prácticamente, se duplicó en menos de dos décadas, mientras que en 1987 representaban el 8,9% del total, para 2012 llegaron a significar el 16,3% de todas las consultas externas de la Caja Costarricense del Seguro Social (Contraloría General de la República, 2019).

Esta situación añade presión para las perspectivas futuras sobre la evolución y proyección de la inversión pública en servicios de salud. Las estimaciones del gasto entre 2010 y 2030 en los rubros de hospitalización y consulta externa, pasarían de 800 mil millones en 2010 a 2400 mil millones en 2030 con un escenario de aumento del 3% (CGR, 2019); evidenciando el efecto del crecimiento acelerado del gasto en salud en que se estima deberá incurrir el país a efectos de atender la demanda sobrevenida por el envejecimiento demográfico.

Aunado a lo anterior, de no ampliarse las alternativas de protección y de servicios sociales[23] ni la oferta de servicios de cuidados y apoyos para la atención a la dependencia en el hogar, las personas adultas mayores, sin ninguna otra alternativa, principalmente aquellas personas en situación de abandono, tendrían que recurrir con mayor frecuencia a los centros hospitalarios[24], arriesgándose a agravar su fragilidad e incluso contraer más enfermedades, lo que podría también representar un mayor gasto para el sistema sanitario (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

> La falta de opciones de cuidado se concreta en un problema de gestión pública como es el abandono de personas en los diferentes hospitales del país. Según un reporte de historias clínicas –epicrisis– de personas adultas mayores enviado al Conapam por las Jefaturas de Trabajo Social de los Hospitales de la CCSS, se tiene que, aproximadamente, 180 personas de 60 años y más habían sido abandonados, en los diferentes centros médicos de la CCSS, durante el 2015 (Pérez y Avendaño, 2017:18).

Por su parte, en abril de 2020, según datos de la CCSS, existían 97 camas hospitalarias ocupadas por personas adultas con algún grado de discapacidad y personas adultas mayores en situación de abandono, quienes ya contaban con la condición de egreso, pero seguían dentro de los centros hospitalarios al no haber podido aún ser reubicadas por las instituciones correspondientes.

Con la transición y envejecimiento poblacional, Costa Rica también enfrenta dependencia de índole demográfica, la cual tendrá un aumento sostenido hasta alcanzar el 57,3% en 2050, luego de haber alcanzado un mínimo histórico de 43,4% en 2016, esto como consecuencia del aumento de la población adulta mayor en términos absolutos y relativos.

La sostenibilidad financiera de los servicios de un sistema de salud no consiste únicamente en el equilibrio entre sus ingresos y sus gastos para un período, sino más bien representa las posibilidades de financiar en el futuro, un conjunto de servicios de salud a su población. En esto entran a jugar variables como su patrón de consumo, la estructura de edades de la población, el impacto de las transiciones demográficas y epidemiológicas, los costos de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios y la coordinación con los servicios sociales para lograr mayor eficiencia y eficacia (Mideplan, 2017c).

Para evitar un colapso del sistema sanitario y asegurar que la población pueda seguir accediendo a una atención universal y de calidad, es necesario tomar acciones en el corto plazo

23 Principalmente de apoyo y asistencia en domicilio, así como de reubicación institucional cuando la primera alternativa no sea posible.

24 El recurso de una cama hospitalaria es importante porque en lugar de destinarse al cuidado de la salud, termina convirtiéndose en una cama de asistencia social. El hospital se encarga de proporcionarle atención médica, alimentos y cuidados. Además, se está al pendiente de que no vaya a tener algún accidente o recaída y de que no contraiga alguna infección (Pérez y Avendaño, 2017: 18).

que permitan desahogar la presión sobre los servicios de salud, facilitando servicios de atención a la dependencia que permitan, en la medida de lo posible, que las personas permanezcan en sus hogares y reciban los servicios que demandan en este espacio. La respuesta son los servicios sociales que son más baratos y permiten mayor amplificar la cobertura (Matus-López, 2020).

En este contexto, el Estudio de Prospección de Costos de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Costa Rica (2019) (en adelante Estudio de Prospección de costos) estimó que cerca del 13% de los adultos mayores de Costa Rica necesita asistencia de terceros para realizar actividades básicas de la vida diaria y que el costo de atenderlos en un sistema público de servicios sociales básicos, para poner en marcha un modelo base, equivale aproximadamente a 0,48% del PIB costarricense. En términos monetarios, unos 135 mil millones de colones (USD 235 millones), a precios de 2018.

Los recursos necesarios para la construcción de un sistema de cuidados de larga duración no deben ser considerados como un gasto, sino como una inversión. La bibliografía detalla los múltiples beneficios sociales y económicos que las prestaciones de estos sistemas generan, por ejemplo, la liberación de recursos humanos desde el trabajo informal no remunerado de cuidados hacia el mercado laboral, el aprovechamiento económico de la formación profesional y universitaria, mejoras de calidad del cuidado, el estímulo al desarrollo de oportunidades de empleo en servicios, entre otras utilidades intangibles.

Del mismo modo, uno de los beneficios que trae consigo la implementación del sistema mediante el cual esta política será operativizada es la reducción de la presión sobre el sistema médico hospitalario. Los días de hospitalización son caros y las estancias prolongadas son, muchas veces, resultado de la ineficiencia del sistema institucional sociosanitario y de la ausencia de servicios sociales para la atención de la dependencia.

En Costa Rica, el costo promedio por egreso hospitalario es de aproximadamente 3 millones de colones por persona y de acuerdo con el estudio[25] "Análisis del impacto y ahorro en salud de un Sistema de Cuidados y Apoyos para la Atención a la Dependencia", casi 22 mil egresos de personas adultas mayores por año tienen estancias más allá de lo esperado.

La evidencia internacional muestra que muchas de las estancias de personas mayores se prolongan porque no existe un lugar hacia el cual derivar los pacientes, una vez que han pasado por la intervención clínica. Por ello, invertir en desarrollar servicios sociales de atención a la dependencia (incluyendo aquellos de prevención), es un mecanismo de ahorro en la atención hospitalaria.

Así lo indican los trabajos en el marco de la coordinación sociosanitaria, en países desarrollados, donde muestran que algo menos de la mitad de estos egresos se producen antes, cuando existen suficientes servicios de atención a la dependencia disponibles y que casi una tercera parte del gasto en estos servicios se amortiza con los ahorros hospitalarios derivados de las estancias más cortas (Matus-López, 2020).

En el estudio "Análisis del impacto y ahorro en salud de un Sistema de Cuidados y Apoyos para la Atención a la Dependencia", se concluye que, si se desarrolla un Sistema de Cuidados como el aquí propuesto, los costos sanitarios evitables pueden ascender a un rango que va desde los ₡44.569 millones de colones anuales en el criterio de dos desviaciones estándar, hasta ₡139.529 millones considerando una desviación, en 2050. El criterio intermedio se ubica en este rango, con ₡121.504 millones. Esto quiere decir que, en comparación con 2019, en poco más de diez años, los ahorros podrían llegar al 28,9% del costo de un Modelo Base de atención a la dependencia. En los siguientes veinte años, el ahorro podría elevarse hasta 82,5% (ceteris paribus). Este último resultado se acentúa porque los costos médicos se incrementan significativamente más rápido que los costos de los servicios sociales para la atención de la dependencia proyectados en el Modelo Base.

25 El promedio de estancia hospitalaria se sitúa en 5,24 días por egreso. Esto equivale a un costo promedio por egreso de 3.093.600 colones, y en términos agregados 1.031 mil de millones de colones (ambos, a precios de 2018) (Matus-López,2020). Según información suministrada por la Unidad de Costos Hospitalarios, la estancia hospitalaria promedio por día a septiembre de 2020 es de ₡741.521 colones (CCSS,2020).

Oferta limitada, desarticulada y fragmentada

La tradición de bienestar social[26] que ha caracterizado históricamente al país ha permitido, hasta ahora, consolidar algunos servicios *proxis* de atención a la dependencia, enfocados en los sectores de menores recursos. Sin embargo, estos son limitados, no tienen por objetivo explícito atender a personas dependientes y no pueden abordar las exigencias de la problemática actual o futura.

Asimismo, el acceso es disperso, no articulado y carece de medición para la asignación de la oferta específica para atender a personas dependientes (Chaverri, 2020).

El concepto de dependencia prácticamente no existe en la oferta de servicios de las instituciones. Al no existir, no se mide y al no medirse, no se pueden ajustar los apoyos requeridos conforme a los grados de limitación ni calibrar los servicios sociales ni los mecanismos de atención existentes desde el enfoque de Derechos Humanos. De este modo, diferentes personas podrían tener similares necesidades, pero no podrían recibir los mismos servicios, sino los que le pueda ofertar la institución "que le corresponda" en función de su edad o discapacidad.

En medio de la presente coyuntura de creciente demanda de servicios sociales, la oferta existente se constituye como un antecedente relevante para el crecimiento y la articulación de un sistema permanente de promoción de la autonomía, apoyo a los cuidados y atención a la población en situación de dependencia (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Oferta en servicios sociales para la atención de la población adulta mayor

Actualmente, se brindan cuidados y apoyos formales a población adulta mayor y población con discapacidad a través de diferentes programas de varias instituciones. Sin embargo, la categoría "persona dependiente" es prácticamente inexistente. Únicamente se menciona la dependencia en una pequeña parte, abocada en atender personas en situación de abandono, según se establece en el documento publicado por CONAPAM en diciembre de 2017 denominado: *Procedimientos y criterios para la atención y el cuidado de personas de 60 años o más, agredidas y/o abandonadas y de 65 años y más, en condición de pobreza, dependencia, vulnerabilidad y abandono*, el cual se ejecuta de manera muy segmentada dentro del programa "Construyendo Lazos de Solidaridad", el cual otorga subsidios a organizaciones de bienestar social (en adelante OBS), que trabajen bajo la modalidad de albergues y hogares de personas adultas mayores y atiendan las necesidades básicas y de cuidados de la población adulta mayor en situación de pobreza y vulnerabilidad.

En mayo de 2020, 670 personas adultas mayores se encontraban en hogares de larga estancia bajo el programa de Atención y Cuido para las personas de 60 años y más, Agredidas o Abandonadas. De ese total, han sido valoradas 488[27] bajo la tutela de las OBS, financiadas por CONAPAM, con la Tabla para la Valoración de los grados y niveles de dependencia, de los cuales 185 son grado I, han sido valorados 82 como casos grado II y 221 como grado III. Por su parte, las 182 personas no valoradas, se encuentran en las residencias por pago de CONAPDIS que no utiliza el mismo instrumento de valoración de la dependencia que es utilizado por las Organizaciones de Bien Social que funcionan con financiamiento de CONAPAM, aun cuando estén en el mismo hogar de larga estancia.

En Costa Rica, no existe un baremo o medición estandarizada que garantice equidad a las personas dependientes para el acceso en los servicios sociales. Por ello, es fundamental configurar un baremo de valoración de la dependencia que permita eliminar o reducir de previo las inequidades en la calidad y el acceso de los servicios.

Según el Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional para el segundo semestre de 2019, CONAPAM revela haber

26 La protección social que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social es transversal a todas las personas en su oferta de servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales.

27La valoración sirve para determinar la cuantía que CONAPAM traslada a la OBS para hacerse cargo mensualmente de la persona. El monto económico por grado I es ₡350.000, grado II equivale a ₡450.000 y grado III a ₡550.000.

atendido ese año un total de 18.404 personas adultas mayores, con una ejecución presupuestaria en el Programa Lazos de Solidaridad de ₡18 mil 819 millones (mil quinientos veinticuatro millones de colones al mes), es decir, alrededor de $33 millones de dólares. En la tabla 3 se muestra con claridad la distribución porcentual de las atenciones brindadas según modalidad de atención.

La distribución geográfica del total de prestaciones brindadas a la población mayor no es homogénea a lo largo y ancho del país. Podría pensarse que hay mayor cantidad de redes de cuido locales y regionales donde mayores necesidades existan (Olson, 1992; Arroyo, 2012), pero no se cuenta con información sistemática que lo confirme. Por lo tanto, existe la probabilidad que los beneficios de la red de cuido no estén llegando a quienes más los necesitan, sino a aquellas personas adultas mayores que viven en una localidad donde la comunidad se ha organizado y logra captar recursos de CONAPAM para hacer uso de alguna de las modalidades de la red de cuido.

Tabla 3. Cantidad de Personas Adultas Mayores atendidas por el CONAPAM, por sexo según modalidad de atención para el año 2019

Modalidad	Total General	Hombre	Mujer	Participación relativa de personas
Costa Rica	18.404	7.827	10.577	100%
Red de Cuido[28]	13.85[29]	5.664	8.188	75,19%
Hogar de larga estancia	2.204	1.268	936	11,97%
Centro Diurno	1.549	372	1.177	8,42%
Personas en condición de abandono y situación de calle	799	523	276	4,41%

Fuente: extracción de CONAPAM (2020:26).

28 En la categoría Red de Cuido entran las 14 modalidades que ofrece la red. Más adelante se evidenciará como de ese total, el porcentaje de las dos modalidades de cuidados en domicilio es bajo comparativamente con otras prestaciones.
29 Se resalta el crecimiento en la cobertura del programa y su capacidad de integrar la acción entre las instituciones públicas y la comunidad. El programa se enfrenta al reto de ampliar esa cobertura, asegurar el financiamiento para su sostenibilidad, y reformar la orientación primordialmente asistencialista (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020:151).

Tabla 4. Cantidad de prestaciones brindadas a las Personas Adultas Mayores atendidas por la Modalidad Domiciliar y Comunitaria (Red de Cuido), por provincia en 2019

San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón	Total
56.259	75.201	21.719	23.188	16.800	68.751	20.588	282.506
19,91%	26,62%	7,69%	8,21%	5,95%	24,34%	7,29%	100%

Fuente: elaboración propia con datos de CONAPAM (2020).

En materia de la oferta de cuidados para personas adultas mayores, un antecedente relevante a considerar data desde el 2011, cuando fue declarada de interés público la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral para la Persona Adulta Mayor[30], que tiene como objetivo articular acciones para brindar una respuesta integral a las necesidades de las personas adultas mayores, de escasos recursos o redes limitadas de apoyo, en áreas como la asistencia para la realización de actividades de la vida diaria y atención en salud (CONAPAM, 2011; Morales, 2015).

Uno de los objetivos que persiguen las modalidades de la Red es poner especial énfasis en la permanencia de las personas adultas mayores en su entorno inmediato, particularmente, en el núcleo familiar o comunal, mediante la utilización y maximización de los recursos de las familias y las comunidades (FODESAF, 2019), en función de retrasar o evitar la soledad no deseada, dilatar la dependencia y evitar ingresos en instituciones asilares, hoy denominadas hogares y albergues.

> El cuido como tal queda plasmado en un programa denominado, "Programa de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores" (Red de cuido), con presupuesto propio, el cual luego pasa a formar parte de la primera política pública acerca del envejecimiento en Costa Rica. Con principios como: universalidad, equidad, dignidad, solidaridad intergeneracional, participación social, corresponsabilidad social (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020:154).

Mediante Ley 9188 "Ley de Fortalecimiento del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)" de diciembre de 2013, se asignaron al CONAPAM el 2% de todos los ingresos anuales, ordinarios y extraordinarios percibidos por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (en adelante FODESAF). Asimismo, esta actualización es fundamental a efectos de vincular jurídica y presupuestariamente la programación de CONAPAM con las prestaciones dispuestas por la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores (en adelante la Red), debido a que en la referida reforma, se establece como una de las funciones del CONAPAM "(...) la atención de las personas adultas mayores en su domicilio o comunidad mediante programas de atención y cuido integral de personas adultas mayores en Costa Rica".

Los servicios que oferta la Red[31] incluyen: alimentación; artículos de aseo e higiene personal; medicamentos e implementos de salud; atención social en salud integral; productos

30 Este programa se desarrolla a partir de una serie de líneas estratégicas: Protección social, ingresos y prevención de la pobreza; erradicación del abandono, abuso y maltrato en contra de las personas adultas mayores; participación social e integración intergeneracional; salud integral; y consolidación de derechos.

31 El Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia integrará, ampliará y mejorará los servicios de la Red que se encuentran en el Modelo Base.

de apoyo o ayudas técnicas; equipamiento de casa; alquiler de vivienda, servicios básicos y municipales; familias solidarias; asistente domiciliar; hogares comunitarios; transporte y combustible; promoción y prevención de la salud; institucionalización; y mejoras habitacionales (CONAPAM, 2014:10).

La distribución (ver tabla 5) se recarga más sobre prestaciones de carácter socioeconómico para la subsistencia, sin embargo, destaca como para el 2018 las residencias tienen un peso mayor que cualquier alternativa relacionada con los cuidados de prestaciones otorgadas por el programa Construyendo lazos de Solidaridad.[32]:

La edad promedio de las personas usuarias del programa fue de 75,8 años con una desviación estándar de 11,62. No obstante, es a partir de los 65 años que se da una acumulación del 71% del total de personas usuarias.

Tabla 5. Distribución de prestaciones otorgadas por el Programa Construyendo Lazos de Solidaridad en 2018

Tipo de prestación	Absoluto	Relativo
Alimentación	13.179	33,4%
Artículos de uso personal e higiene	10.429	26,5%
Promoción y Prevención de la Salud	2.814	7,1%
Residente	2.686	6,8%
Transporte y combustible	2.465	6,3%
Productos de apoyo o ayudas técnicas	2.144	5,4%
Atención	1.855	4,7%
Atención social en salud integral	1.831	4,6%
Alquiler de vivienda, servicios básicos y municipales	538	1,4%
Asistente domiciliar	535	1,4%
Familias solidarias	366	0,9%
Equipamiento de casa	360	0,9%
Medicamentos e implementos de salud	135	0,3%
Mejoras habitacionales	33	0,1%
Institucionalización/hogares comunitarios	32	0,1%
Total	39.402	100%

Nota: las personas usuarias pueden ser receptoras de una o varias prestaciones, por lo que el cuadro describe la distribución de las prestaciones, no de las personas usuarias.

Fuente: Informe Anual del Registro de Beneficiarios (FODESAF, 2020) elaborado con la base de datos de SINIRUBE, 2018.

32 "Construyendo Lazos de Solidaridad" es el programa presupuestario del CONAPAM dentro del que se inscribe la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral para la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020:151).

Dentro de las 15 prestaciones del programa, hay dos modalidades[33] con características que son vinculables intrínsecamente en la tipología de cuidados y apoyos en domicilio anteriormente desarrollada como la más deseable a efectos de lo que consideran mejor las personas adultas mayores (OMS, 2015); estas modalidades son "Asistente domiciliar" y "Familias solidarias". La sumatoria del total de los porcentajes de asistente domiciliar y familias solidarias apenas alcanzaba para 2018 el 2,3% del total de la Red de Cuido, muy por debajo del 6,8% que se contabilizaban como prestatarios de residencias. Avanzar en corregir esta realidad es fundamental para ampliar la oferta (el coste de residencias es de al menos el doble del promedio del coste de las alternativas de cuidados y apoyos en domicilio) y garantizar derechos.

Servicio de Asistente Domiciliar

En todo el andamiaje propuesto por la Red, el asistente domiciliar es una apuesta que representa una acción estratégica para el cuido de personas adultas mayores no institucionalizadas, favoreciendo con ello la permanencia en el núcleo familiar o comunal, mediante la utilización y maximización de los recursos de las mismas familias y las comunidades. Este programa tiene por objetivo contribuir en la permanencia de las personas adultas mayores en su entorno familiar mediante la asistencia que le permita mejorar las condiciones e incrementar la autonomía para llevar a cabo tareas y actividades de la vida diaria (Rivera, 2009).

De este modo, se procuran equilibrar las condiciones y oportunidades de las personas adultas mayores para lograr una vejez con calidad de vida, en su entorno inmediato, con el objetivo de mantener a la persona adulta mayor en el domicilio el mayor tiempo posible proporcionándole toda la atención y los cuidados necesarios en las actividades de la vida diaria con el fin de mejorar su bienestar (CONAPAM, 2012; IMAS, 2014; FODESAF, 2017).

La oferta de asistente domiciliar es conceptualizada por 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 cuido, proporcionándole la ayuda que requiera para las actividades de la vida diaria e instrumentales" (CONAPAM, 2020).

De este modo, las personas usuarias de esta modalidad deben cumplir con el siguiente perfil:

- Persona adulta mayor de 65 años o más.
- Costarricense o extranjero residente legal en el país.
- En situación de pobreza o pobreza extrema.
- En situación de abandono o riesgo de abandono.
- Que la persona desee y acepte esta alternativa de cuido.

Se evidencia así que este es un servicio selectivo y no es universal para todas las familias costarricenses. Debido a que CONAPAM no es prestador directo de los servicios sociales de la Red, sino que se encarga de transferir los recursos con que operan las organizaciones de bienestar social, las cuales en ausencia de un sistema nacional de cuidados, prestan sus servicios al amparo de una Red Local (estructura regional de la Red de cuido); la valoración y realización del informe socioeconómico requerido para el acceso de las personas adultas mayores a las modalidades de cuido, es responsabilidad de una persona contratada por la Red local profesional en psicología, fisioterapia, medicina geriátrica, trabajo social, terapia ocupacional, derecho u otro, que se encarga en razón del estudio, de disponer la modalidad de cuido a la que la persona podrá acceder.

Así, la persona que realiza el informe socioeconómico, lo presenta a los comités de apoyo, que son equipo técnicos conformado por representantes de instituciones públicas, privadas, organizaciones comunales, personas adultas mayores u otros actores, que coadyuvan en la implementación de los programas desarrollados por el CONAPAM en la comunidad. "Inició en el año 2003 y hasta el 2010 se ha implementado en 16 comunidades del país, con la participación de los gobiernos y las organizaciones locales" (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020:159).

33 No se considera pertinente desarrollar en esta sección lo relativo con los Hogares de Larga Estancia debido que, aun cuando son parte de las prestaciones del Modelo Base, se espera que se reduzca la cantidad de personas institucionalizadas para ampliar la cantidad de personas con servicios de apoyo al cuidado en domicilio.

... el asistente domiciliar es una apuesta que representa una acción estratégica para el cuido de personas adultas mayores no institucionalizadas, favoreciendo con ello la permanencia en el núcleo familiar o comunal, mediante la utilización y maximización de los recursos de las mismas familias y las comunidades.

Servicio de Familia Solidaria

La oferta de Familia Solidaria se cristaliza cuando una familia con o sin vínculo de consanguinidad, se dispone para acoger a una persona adulta mayor en su casa, por lo cual recibe un subsidio. Para habilitar esta fuente de ingresos, la familia, además de demostrar afinidad, empatía, buen trato y respeto, debe brindarle alojamiento, alimentación, asistencia en las actividades de la vida diaria e instrumentales, si la requiere e integrarla a la dinámica familiar (CONAPAM, 2012). El perfil de ingreso es idéntico al de la modalidad de asistencia personal.

> Están destinadas a aquellas personas que necesiten vivienda y que puedan realizar todas sus actividades de manera autónoma, permite la convivencia en pareja y la autogestión en las tareas y necesidades cotidianas. Esta modalidad promueve la privacidad y la independencia de las personas mayores, deja libertad para elegir rutinas y horarios para las actividades diarias (II Informe estado de situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, 2020:160).

Más lejos de una mayor oferta de base domiciliar[34] que de la oferta institucional

Sumando las modalidades de servicios de atención en domicilio de CONAPAM, a saber, asistencia domiciliar (57 personas adultas mayores) y Familias Solidarias (264 personas adultas mayores) situadas en la órbita de la categoría de "cuidados en domicilio", en Costa Rica, la cobertura alcanza en total a un máximo de 321 personas adultas mayores en situación de pobreza atendidas públicamente por esta modalidad de servicio social, para todo el país, con datos a mayo de 2020.

En junio de 2010 según la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud del Ministerio de Salud, había 3.129 personas adultas mayores en hogares de larga estancia. Hoy, diez años después, habitan estas residencias 2.204 personas adultas mayores en situación de pobreza, riesgo social o abandono y 1.549 utilizan centros diurnos, casi 7 veces más que la oferta en domicilio.

En la coyuntura actual de transiciones demográficas y económicas, es importante tener en cuenta los costos de la asistencia residencial: el importe mensual en una residencia es aproximadamente tres veces más alto que el subsidio para una familia solidaria[35] y, prácticamente, asciende al doble del importe del subsidio para un asistente domiciliar.

De esta forma, consolidar un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia que amplíe estos servicios sería también una alternativa para utilizar los recursos disponibles de forma óptima en brindar mayores oportunidades para que las personas adultas mayores puedan permanecer en sus hogares.

En cuanto a los importes en cada una de las modalidades, en el caso del asistente domiciliario para personas adultas mayores, para el 2020, según el Decreto Ejecutivo 42104-MTSS, la ocupación de asistente en domicilio para ancianos (cuidados especiales) pertenece a la categoría de Trabajadores en Ocupación Especializada (TOE) y su remuneración mínima es ¢13.872,70 por día laborado.

Desde el año 2018[36] CONAPAM dividió en dos la modalidad de asistente domiciliar y en concordancia dispone de dos cuantías diferentes

34 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 substitución 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 (Jara y Chaverri, 2020).

35 Según la Ficha Descriptiva del Programa Lazos de Solidaridad (2019) el importe es de ₡263.400.

36 La primera vez que apareció en la ficha descriptiva de FODESAF del programa Lazos de Solidaridad fue en el 2014 y estaba tasado para recibir un pago de ₡218.750 el importe llegó a estar en ₡250.818 en 2018. Asimismo, su labor era que: Permite mantener a la persona adulta mayor, en el domicilio el mayor tiempo posible proporcionándole toda la atención y los cuidados necesarios en las actividades de la vida diaria e instrumentales con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida. El tiempo y tipo de asistencia dependerá de las necesidades de cada persona adulta mayor. La prestación se entrega a la persona adulta mayor o al responsable.

para dos modalidades de atención domiciliar que, según la ficha descriptiva del Programa Lazos de Solidaridad, ha cambiado de nombre y desde 2019 esta modalidad de atención se denomina: "Servicios Básicos de atención en el domicilio y Servicios para la atención y cuidado especializado"[37]:

a Las organizaciones podrán contratar a personas para brindar servicios básicos de atención en el domicilio, en las actividades de la vida diaria e instrumentales, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida tales como: asistir con el baño diario, preparar y brindar alimentación, asear la casa, acompañar a citas médicas, apoyar en el uso del transporte público, realización de compras o pagos, entre otras. Para este trabajo no especializado, según la ficha descriptiva de "Lazos de Solidaridad" para el 2020, CONAPAM pagará mensualmente un monto máximo de ₡178.703.

b Las organizaciones podrán contratar a personas como cuidadoras, previo análisis del perfil y requisitos definidos por el CONAPAM, para la atención y cuidado especializado de las personas adultas mayores. Según la ficha descriptiva de "Lazos de Solidaridad" para el 2020, este trabajo, será llevado a cabo por una persona con capacitación de cuidador especializado, es decir, que pueda demostrar estudios en el área, por lo tanto, su remuneración mensual puede llegar a un máximo de ₡384.888.

Los servicios anteriormente mencionados se financian con fondos del FODESAF asignados al CONAPAM, pero también algunos de ellos con aportes de la Junta de Protección Social. De esta forma, la JPS financia proyectos desarrollados por organizaciones de bien social formalmente establecidas, que cuentan con un servicio de atención integral de personas adultas mayores de escasos recursos económicos y cuyo objetivo sea atender un ámbito de bienestar y calidad de vida de las personas atendidas (Medellín, Jara y Matus, 2019:29). De modo que la JPS como tal no tiene bajo su mando ningún programa, sino que lo que hace es transferir recursos para que las organizaciones brinden los servicios.

Actualmente, la JPS cuenta con una oferta de productos diversa y consolidada en el territorio, como la venta de lotería y otros, para generar utilidades que se canalizan a distintas poblaciones, mediante la labor de las OBS, entre las cuales se cuentan los centros diurnos[38] para personas adultas mayores, personas con problemas de alcoholismo y fármaco dependencia, fundaciones de cuidados paliativos, hogares de personas adultas mayores, juntas administrativas de escuelas de enseñanza especial, servicios en camposantos, prevención y atención de cáncer, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, así como programas destinados a personas con discapacidad física, mental o sensorial (Quesada, 2020).

Por su parte, los montos económicos que la JPS entrega, no son una suma estandarizada e invariable, debido a que provienen de las utilidades de las loterías, las cuales son todos los meses diferentes, por esta razón se aplica un ponderador para las utilidades de cada mes.

Por lo tanto, con los recursos disponibles, para llevar a cabo la asignación de las partidas económicas, la JPS tiene criterios que se encuentran estipulados en la Ley 8718 del 17 de febrero de 2009, particularmente, en los artículos 8 (distribución de la utilidad neta de las loterías, los juegos y otros productos de azar) y 13 (distribución de la utilidad neta de la lotería instantánea), donde se hace una distribución porcentual en incisos que dan cuenta del esquema de repartimiento.

Estas utilidades para 2019 se encontraban asignadas a un total de 416 organizaciones en sus doce diferentes modalidades de bienestar social.

Además de la Ley 8718, para especificar y normar la distribución de las utilidades de la JPS, es utilizado el Manual de Criterios Técnicos para la Distribución de Recursos (2010). En

37 Es pertinente evidenciar que la jornada de trabajo, en concordancia con el Decreto Ejecutivo 42104-MTSS, es de hasta 48 horas laborales por semana.

38 En la auditoría DFOE-SOC-IF-08-2016, de la Contraloría General de la República, se determinó que para: "(…) la modalidad institucionalizada, se determinó que el financiador mayoritario es la JPS quien otorgó el 53,5% de los recursos que reciben los hogares y centros diurnos, le sigue CONAPAM con el 33,3%, en tercer lugar está el RNCP de la CCSS con el 7,8% y el resto de fuentes representan el 5,4%" (CGR, 2016: 8).

este manual se constituyen lineamientos específicos por área. En el caso de personas adultas mayores, se establece que los proyectos presentados por organizaciones de bienestar social que no se ubiquen en las categorías de hogar o centro diurno[39], 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.

Asimismo, para esta población se mencionan 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).

Por su parte, respecto de las personas con discapacidad, además de transferir recursos económicos a OBS que brindan apoyos a personas con discapacidad, en el manual 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, únicamente se toma en consideración dentro del manual y bajo la perspectiva de los servicios no médicos de cuidados, a las personas adultas mayores[40]. Asimismo, es relevante mencionar que no fue posible encontrar registros de OBS que realizan servicios de atención domiciliaria en el marco conceptual de los servicios sociales[41].

Por otra parte, actualmente la JPS no exige a las organizaciones utilizar un instrumento para valorar la dependencia de los usuarios y transferir recursos con base en ello. Lo único que se solicita es que en las organizaciones que atienden personas adultas mayores, indiquen en la lista de personas usuarias cuáles de las personas son dependientes, utilizando como único criterio que sean dependientes para ejecutar las actividades de la vida diaria (tales como bañarse, vestirse, comer y que no tenga control de esfínteres), valoración llevada a cabo por las personas que administran la organización.

Frente a este panorama, la JPS solicita a las OBS que reporten la lista de personas usuarias indicando en ese mismo registro quiénes son personas dependientes. No obstante, las OBS[42] valoran a sus personas usuarias sin utilizar criterios homogéneos o estandarizados para categorizar la dependencia y establecer su grado de severidad.

En relación con los registros de estas mediciones, se tiene que esto lo realizan los 75 Hogares para Personas Adultas Mayores que funcionan con financiamiento de la JPS (ver tabla 6): en 7 de cada 10 hogares de larga estancia, las personas totalmente dependientes son el 30% o más del total de personas usuarias del centro.

A partir de lo anterior, es posible vislumbrar que la oferta de servicios para la atención de la población adulta mayor es fragmentada y focalizada en las personas de menores recursos y que no existe un instrumento oficial que permita realizar una medición de la dependencia de las posibles personas usuarias.

En relación con esto, la Contraloría General de la República, en su Informe de auditoría de carácter especial sobre la interrelación de los Programas de Transferencias dirigidos a la población Adulta Mayor, DFOE-SOC-IF-08-2016 del 31 de agosto de 2016, determinó que existen fragmentaciones en el financiamiento es-

39 La JPS financia proyectos específicos desarrollados por organizaciones formalmente establecidas que cuentan con y apoyan un servicio de atención integral de personas adultas mayores de escasos recursos económicos y cuyo objetivo sea atender un ámbito de bienestar y calidad de vida de las personas atendidas (Medellín et al. 2019:29).

40 En el caso de la Junta de Protección Social, en el 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).

41 Aunque para servicios médicos de final de vida existen registros sobre 35 OBS que realizan Cuidados Paliativos, con financiamiento de JPS.

42 Únicamente lo hacen las OBS de Hogares de Larga Estancia.

Tabla 6. Porcentaje de personas mayores valoradas totalmente dependientes en Hogares de Larga Estancia en 2019[43]

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 de la Junta de Protección Social.

tatal dirigido a las organizaciones privadas que atienden personas adultas mayores en hogares y centros diurnos, pues se brinda a través de 9 instituciones públicas, a las que se les otorgó esa función sin contar de previo con una visión de conjunto. En consecuencia, cada una transfiere por sí sola, los dineros a las organizaciones sociales, a efectos de que puedan financiar la atención a las personas adultas mayores, sus costos de operación y la ejecución de proyectos de construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura.

Además, las organizaciones reciben recursos provenientes de las pensiones no contributivas de las personas que residen en los hogares de larga estancia con lo cual, aumentan a 10 las instituciones concedentes. Asimismo, se encontró que hay duplicación programática entre la Junta de Protección Social (JPS), Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Instituto Nacional de Seguros (INS), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y el Banco Central de Costa Rica (BCCR), ya que están involucradas en las mismas actividades de distribución y giro de recursos y proveen los mismos servicios a las mismas organizaciones privadas (Contraloría General de la República, 2019).

También, existe duplicación de gestión, en el caso de la JPS, CONAPAM, INS, MTSS y BCCR, pues coinciden en otorgar recursos a los mismos hogares y centros diurnos para financiar los costos de atención. Las fragmentaciones y duplicaciones identificadas por la Contraloría General tienen como consecuencia la existencia de hogares y centros diurnos que en los años 2014 y 2015 recibieron recursos por persona que superan el costo de estancia mensual estimado por CONAPAM, por ejemplo, en el 2014, 11 hogares en un escenario máximo y 19 hogares en un escenario promedio recibieron un monto de recursos per cápita mayor al necesario para sufragar el costo de estancia definido por el CONAPAM. Por su parte, en el 2015, 21 hogares en el escenario máximo y 44 hogares en el escenario promedio también su-

43 La Junta Rectora del CONAPAM aprobó en diciembre de 2017 el documento denominado: Procedimientos y criterios para la atención y el cuidado de personas de 60 años o más, agredidas y/o abandonadas y de 65 años y más, en condición de pobreza, dependencia, vulnerabilidad y abandono, el cual introduce la utilización de la Tabla de Valoración de la Dependencia para este segmento poblacional.

peraron dicho monto (Contraloría General de la República, 2016).

Si bien, en los últimos años existe un mecanismo de coordinación para eliminar duplicidades, quedó en evidencia la fragmentación en el financiamiento estatal que se otorga a las organizaciones privadas que atienden personas adultas mayores en hogares y centros diurnos, sin que una sola de ellas tenga las competencias y funciones para actuar con alcance nacional o conceder los recursos que requieren hogares y centros para que puedan financiar sus costos de operación y la ejecución de proyectos de construcción, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura.

Frente a esta problemática, un sistema con baremo[44] único y con criterios unificados para la prestación de servicios será la alternativa para corregir estas ineficiencias y utilizar de suma manera los recursos económicos para alcanzar a más personas, con mejor calidad.

Oferta en servicios sociales para la atención de la población con discapacidad

El Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (en adelante CONAPDIS) es la institución encargada de velar por el mejoramiento de la situación de vida de las personas con discapacidad en Costa Rica. Para ello, además de la rectoría técnica y el desarrollo de acciones para la inclusión social de personas con discapacidad, CONAPDIS entrega diversos servicios sociales[45] para esta población.

Los servicios, programas y políticas de CONAPDIS responden a un marco referencial ético, político, jurídico y metodológico según exige el abordaje de la discapacidad Gamboa y Salas (2019), conformado especialmente por la Ley 9303 sobre Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y su reglamento; la Ley 8661 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Política Nacional en Discapacidad (PONADIS).

De esta forma, en razón de cumplimentar los compromisos planteados, CONAPDIS entrega bienes o servicios (lo que institucionalmente son conocidos como "productos") en forma de transferencias monetarias a personas con discapacidad en situación de pobreza, abandono y riesgo social, mediante los programas de transferencias monetarias[46] denominados "Pobreza y Discapacidad" y "Promoción de la Autonomía Personal" cuya unidad ejecutora es la Dirección de Desarrollo Regional mediante sus nueve sedes regionales y la Unidad de Autonomía Personal y Protección Social. A diferencia de CONAPAM, CONAPDIS se caracteriza por tener presencia extendida en el territorio a través de sus 9 sedes regionales[47], desde donde se coordinan las acciones y se entregan los productos institucionales.

La población objetivo de las transferencias económicas son las personas con discapacidad en situación de pobreza, abandono o riesgo social y el financiamiento proviene del Fon-

44 El baremo de valoración de la dependencia es un instrumento que se debe constituir desde una perspectiva, multidisciplinaria y multidimensional, de manera que permita valorar condiciones individuales de la persona y que considere al menos: • Las capacidades y habilidades de las personas que requieren de asistencia o cuidados • Las capacidades del entorno y el contexto, familiar, social, físico, económico, geográfico, etc. • La necesidad e intensidad del apoyo efectivamente requerido para lograr el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, de manera que no se limiten las acciones que sí se realizan con mayor autonomía y funcionalidad.

45 Existen otros servicios destinados a las personas con discapacidad dispersos por otras instituciones. Uno de los más relevantes se sitúa bajo la competencia del MEP: Se trata de los Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD) los cuales son centros privados con apoyo estatal para el pago de personal docente; que brindan atención a alrededor de 1500 personas con discapacidad mayores de 21 años y menores de 65 que requieran apoyos prolongados y permanentes. Estos centros surgen como una alternativa de atención personal, social, ocupacional y productiva para la población adulta con discapacidad y su propósito es ofrecer opciones de servicios que les permitan desarrollar habilidades sociales, ocupacionales y para el desempeño cotidiano, potenciando así el desarrollo integral, la autonomía personal y el mejoramiento de las condiciones de vida de cada usuario. Los servicios que los CAIPAD ofrecen van desde la valoración diagnóstica, hasta el apoyo a las familias (Jiménez et al., 2017).

46 Ambos programas son regulados por el Reglamento de transferencias monetarias de personas destinatarias de los recursos de los Programa Pobreza y Discapacidad y Promoción de la Autonomía Personal.

47 Brunca (Pérez Zeledón); Central Norte (Heredia); Occidente (Naranjo); Oriente (Turrialba); Central Sur (Heredia); Chorotega (Santa Cruz, Guanacaste); Atlántica (Limón); Pacífico Central (Puntarenas); Huetar Norte (San Carlos).

do Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), mediante convenio y Ley 8783, así como recursos asignados mediante Ley 7972, Ley 9303, Ley 9379 y del Presupuesto Ordinario de la República.

El programa de "Pobreza y discapacidad" tiene dos grandes ejes que articulan su quehacer. Sin embargo, debido a que el eje de promoción no es relevante a efectos de dar cuenta de modalidades, servicios o transferencias económicas destinadas en proveer apoyos humanos de terceros para llevar a cabo actividades de la vida diaria, únicamente será mencionado, pero no será desarrollado con amplitud:

a **Eje de Promoción (atiende a personas con discapacidad en situación de pobreza):** Consiste en transferencias económicas para facilitar mediante asistencia social, la inclusión de las personas con discapacidad a servicios educativos, terapéuticos u ocupacionales, así como el acceso a apoyos diversos y a la promoción de estilos de vida independientes.

b **Eje de Protección (atiende personas con discapacidad en situación de abandono): Dirigido a la atención y apoyo a personas con discapacidad en situación de abandono comprobado, vulnerabilidad social, pobreza extrema y que requieren de ambientes de convivencia estables, en entornos comunitarios y familiares.**

El eje de Protección se concreta por medio de las diferentes alternativas residenciales, las cuales tienen por finalidad el desarrollo de la inteligencia emocional en las personas usuarias, fortalecer la expresión y exigibilidad de deseos propios de las personas usuarias del programa de convivencia familiar. Las modalidades residenciales se ofertan en tres categorías, a saber: en familia, autónomas y semi institucionalizadas, de conformidad con el Manual y Procedimientos del Programa Pobreza y Discapacidad. A continuación, se describen:

En Familia: dentro de esta categoría existen dos modalidades de transferencias que entran en la tipología de cuidados y apoyos en domicilio:

- Familia de apoyo: es una alternativa mediante la cual un sistema familiar, con o sin relación de parentesco biológico, le proporciona a una y hasta cinco personas adultas con discapacidad en situación de abandono, un ambiente de convivencia familiar, donde se les apoya en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.
- Prevención: es una modalidad en la cual la persona con discapacidad en situación de pobreza o vulnerabilidad social tiene la opción de ir a vivir con alguna familia. La transferencia se otorga con el fin de atender necesidades derivadas de la discapacidad. Comúnmente, es la alternativa que se oferta cuando hay riesgo de abandono.

Autónomos: esta modalidad está destinada a personas con discapacidad que puedan de manera autónoma llevar una vida independiente. Sus vetas son hogar unipersonal y hogar de convivencia en pareja.

Semi institucionalizadas: esta modalidad abarca tres tipos de servicios a los que pueden acceder las personas con discapacidad. La primera es residencias privadas administradas por personas físicas externas al CONAPDIS, que brindan un lugar de convivencia familiar a nivel comunitario a un máximo de 12 personas con discapacidad en condición de abandono comprobado, en un ambiente acogedor, en el que se potencializan sus habilidades personales y se brinden los apoyos para el ejercicio pleno de sus derechos, a través del afecto, la integración y la participación. El segundo tipo es el hogar grupal, que es un servicio residencial administrado por una organización no gubernamental de personas con discapacidad o de familiares de personas con discapacidad, que brindan un lugar de convivencia familiar a nivel comunitario a un máximo de 12 personas con discapacidad en condición de abandono. El otro tipo es la institución residencial, que son aquellas instituciones que ofrecen servicios de albergue y protección a personas adultas con discapacidad en condición de abandono, donde residen más de 30 personas.

Por otra parte, el Programa Promoción de la Autonomía Personal busca promover y asegurar, a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno del derecho a la autonomía personal y en igualdad de condiciones a las demás personas. Su objetivo general es "Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en situación de abandono y/o riesgo social, para construir su propio proyecto de vida y atender las necesidades derivadas de la disca-

pacidad y necesidades básicas" (Salas, 2019b).

Con el fin de que las personas con discapacidad puedan ejercer su derecho a la autonomía personal, el programa se compone de los siguientes dos ejes:

a **Asistencia personal:** consiste en apoyos ofrecidos por una persona denominada *asistente personal*, a una persona con discapacidad que haya calificado como receptora de dicha asistencia, para realizar actividades de la vida diaria. La persona receptora de dicha asistencia recibe mensualmente de CONAPDIS una transferencia monetaria con la que paga a su asistente personal, quien le provee los apoyos requeridos para desarrollar una vida independiente y con autonomía personal. A través del asistente personal, la persona puede realizar actividades dentro y fuera del domicilio. Comparativamente con la experiencia internacional, esta es la prestación más sobresaliente que tiene la institucionalidad costarricense en atención a la dependencia, debido que las personas asistentes personales tienen mayor capacitación y el esquema de apoyo prima por la relación laboral de la persona trabajadora y por la autonomía de la voluntad de la persona que requiere apoyo.

b **Productos y servicios de apoyo:** a la persona con discapacidad que es receptora de estos apoyos le son anualmente transferidos recursos monetarios para la compra de productos que le ayuden a desenvolverse con autonomía de cara a lograr una vida lo más independiente posible. Estos apoyos consisten en: dispositivos, equipos, instrumentos, tecnologías, software y todas aquellas acciones y productos diseñados o disponibles en el mercado para propiciar la autonomía personal de las personas con discapacidad.

En cuanto al alcance y número de personas usuarias a través de esta oferta (ver tabla 7) se da cuenta de las transferencias monetarias del programa: Pobreza y Discapacidad, según eje.

Antes bien, es pertinente acotar que con fundamento en la base de datos del SINIRUBE (2018), geográficamente Alajuela fue la provincia con más personas usuarias durante el 2018 con 1194 personas, lo cual representó 33,4% del total de personas usuarias del programa. Por otro lado, Guanacaste fue la provincia con menos personas usuarias durante el 2018 con 284 personas, lo cual representó 5,3% del total de personas usuarias del programa. Con respecto a la nacionalidad, 96,9% del total de prestaciones fueron entregadas a costarricenses, mientras que para el restante 3,1% a personas de otras nacionalidades.

De la totalidad de prestaciones que oferta CONAPDIS, destacan tres modalidades destinadas a personas con discapacidad que requieren apoyos de terceros para llevar a cabo actividades de la vida diaria con la característica que son vinculables intrínsecamente en la tipología de cuidados en domicilio anteriormente desarrollada.

Tabla 7. Personas con discapacidad con transferencia monetaria por eje

Programa: pobreza y discapacidad	Número de personas ingresadas
Protección	1.908
Promoción	1.978
Autonomía Personal	72
Total	3.958

Fuente: Elaboración propia con base en el primer informe trimestral a 31 de agosto 2020 de la Dirección de Desarrollo Regional de CONAPDIS.

Dos de ellas están adscritas a la modalidad "En Familia" (dividido entre Familia de apoyo y Prevención) del programa Pobreza y Discapacidad; por otra parte, dentro del Programa de Promoción de la Autonomía Personal para Personas con Discapacidad, se encuentra la prestación de Asistente Personal Humano. Estas modalidades consisten principalmente en:

- **Servicio de Familia de apoyo:** esta modalidad de transferencia para cuidados y apoyos en domicilio, data del 22 de diciembre de 1999, cuando se inició el programa conocido como "Servicios Sustitutos de Convivencia Familiar". Hasta 2019 tuvo por nombre "Familias Solidarias"; sin embargo, a partir del ejercicio presupuestario 2020, a esta modalidad que brinda un ambiente de convivencia familiar a las personas con discapacidad se le denomina Familia de Apoyo. Las personas usuarias del servicio de Familia de Apoyo son acogidas por familias que les integran en su dinámica familiar, de modo que además de apoyos, les brindan artículos personales, alimentación, artículos o gastos adicionales, complementos nutricionales, pañales, recreación, vestido y calzado, medicamentos especializados y, por supuesto, vivienda.

- **Prevención:** esta prestación es similar a la anterior. Sin embargo, se diferencia por estar pensada como una suerte de cash-for-care de carácter excepcional para contener situaciones de potencial abandono de la persona con discapacidad en su misma familia. Su excepcionalidad supone que la cantidad de personas usuarias de esta transferencia sea escasa. Con sus diferencias, es lo más cercano que Costa Rica dispone en cuanto a una "prestación económica por cuidados en el entorno familiar" similar a la que existe en otros países y que consiste básicamente en brindar un importe económico a la familia de la persona para que le brinden cuidados y apoyos en su domicilio.

- **Servicio de Asistente Personal:** este servicio se encuentra destinado a las personas con discapacidad, en situación de pobreza que requieren necesariamente de asistencia personal humana para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, desde el paradigma de la autonomía personal y la filosofía de vida independiente, se abre la posibilidad a personas con discapacidad que tienen dificultades para realizar de manera autónoma, algunas de sus actividades cotidianas, para recibir una transferencia económica en función de contratar una persona para asistencia personal, graduada del módulo de apoyos para personas con discapacidad, brindado por el Instituto Nacional de Aprendizaje[48].

La sumatoria de personas con discapacidad que a mayo de 2020 se encuentran dentro de las dos modalidades descriptas de cuidados y apoyos en domicilio pertenecientes al Programa Pobreza y Discapacidad, alcanzan a 371. Por otro lado, para ese mismo período, la cantidad de usuarios en la modalidad de atención de residencia privada dentro del programa de protección, para el mismo período fue de 564 personas con discapacidad.

En función de ampliar la oferta y la cobertura al menor coste posible, tendría sentido poner atención y fortalecer la modalidad de prevención, la cual tiene como máxima cuantía ($584), una cifra prácticamente equivalente a la mínima cuantía ($567) que se paga en la modalidad de hogar de larga estancia denominada hogar independiente.

Otros servicios para apoyo de cuidado en domicilio: servicios sanitarios en domicilio, atención de fin de vida, posibilidades de aseguramiento para personas cuidadoras y licencias para cuidados

La Caja Costarricense de Seguro Social, además de administrar el principal fondo de pensiones del país (IVM) y el régimen no contributivo de pensiones (RNC), cuenta dentro de su oferta de servicios de salud con prestaciones

48 El artículo 27 de la Ley 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". Además, es pertinente subrayar que el INA ha venido desarrollando y graduando a personas para llevar a cabo las tareas de cuidados de las personas adultas mayores y tiene dentro de su oferta, la capacitación técnica para el cuidado de adultos mayores.

dirigidas a las personas en situación de dependencia[49] con la modalidad de atención domiciliar, visita domiciliar, cuidados paliativos, entre otros. Esta oferta de servicios de salud tiene cobertura nacional y se encuentra consolidada dentro de la institución.

Además, en el ámbito de los servicios sociales, la Dirección de Prestaciones Sociales de la CCSS cuenta con iniciativas que constituyen un antecedente de especial relevancia para la conformación del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Costa Rica. En coherencia con las demandas sociodemográficas, pretende impulsar el desarrollo de proyectos socio-productivos en respuesta a lo que demanden el Seguro de Salud y el de Pensiones, tales como: servicios de teleasistencia, servicios de atención de emergencias en el hogar o centro especializados, servicios de ayuda a domicilio, ayudas técnicas para alquiler y venta de implementos de apoyos y otros requerimientos, centros de cuido cercanos a hospitales para la atención del abandono, servicios a domicilio, de alimentación, servicios domésticos, de cuidado personal, servicios de acompañamiento personalizado, entre otros.

En el ámbito de la atención sanitaria, la CCSS cuenta con servicios de salud general (EBAIS) y más complejos (Hospitales generales, nacionales y especializados), servicios de atención domiciliar para la población adulta mayor, servicios en hospital de día, atención a domicilio para cuidados paliativos, servicios por disciplinas (medicina, nutrición, trabajo social, odontología, psicología, enfermería, servicios farmacéuticos y laboratorios clínicos), un conjunto de productos de apoyo (bastones, andaderas, sillas de ruedas, anteojos, audífonos) y, un sistema de licencias para personas cuidadoras asalariadas que atiendan a pacientes en fase terminal y personas menores gravemente enfermas, también llamadas licencias extraordinarias. Estas dos últimas alternativas formarían parte del paquete de servicios que ofrecería el sistema para mejorar la atención de las personas al final de la vida y permitir a sus cuidadores inmediatos acompañar este proceso sin que esto implique perder sus ingresos económicos.

Servicios de atención médica a domicilio y atención a domicilio para cuidados paliativos

Además de productos de apoyo, la Caja Costarricense del Seguro Social brinda muchos servicios extramuros que son acicate en la aspiración por alcanzar la integración de servicios sociosanitarios.

La atención de los pacientes en sus propios domicilios cada vez es más frecuente en Costa Rica. Esta se rige según lo dispuesto en el Manual de Procedimientos de Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar publicado por la Gerencia Médica en 2018. En dicho documento, se menciona el concepto de la dependencia, al detallar dentro del Enfoque de Derechos Humanos que: "mediante la modalidad de atención domiciliar se busca promover la igualdad de oportunidades y vida digna a todas las personas, especialmente aquellas en condición de dependencia de cuidados" (CCSS, 2018:22).

De esta forma, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) está ofreciendo ese servicio en prácticamente todo el territorio nacional (Solís, 2018). Se trata de una modalidad de atención que permite que los pacientes, especialmente aquellos que no se pueden movilizar hacia los centros hospitalarios, puedan recibir una atención de gran calidad en su lugar de residencia[50]. Asimismo, los Asistentes Técnicos

49 La Caja Costarricense de Seguro Social no tiene baremo para la medición de la situación de la dependencia. Sin embargo, tiene distintos tipos de baremos para la calificación de la invalidez y el porcentaje de pérdida de la capacidad funcional de las personas que gestionan las diferentes pensiones que brinda la seguridad social. Las escalas de medición que utilizan son: a) Código de Trabajo, capítulo V: Tabla de impedimentos físicos; b) Guías de Evaluación de Invalidez y Discapacidad, elaboradas por la Dirección de Calificación de Invalidez, aprobada por la Junta Directiva en el artículo 13 de la sesión N° 9031, del 09 de mayo del 2019. Este se constituye a partir de entonces como el baremo oficial en la Institución para la evaluación objetiva y estandarizada de la condición de invalidez y discapacidad, requisito necesario para el reconocimiento de pensiones de los diferentes regímenes y otros beneficios sociales.

50 La CCSS determina la pertinencia de llevar a cabo la atención en el domicilio, luego de valorar si la persona puede o no desplazarse hasta su centro de salud más cercano o si tiene dificultades asociadas con la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, según el criterio clínico para cada persona.

de Atención Primaria (ATAP) ubicados en las Áreas de Salud realizan de forma periódica visitas domiciliares para, entre otras funciones, establecer un registro de la conformación familiar y de salud de sus miembros, así como la prioridad de atención de la familia.

Los datos acumulados de visitas domiciliares, al 31 de agosto del 2020, considerando todo el ámbito nacional, señalan que los 1326 ATAP han contactado con 951.217 viviendas, de las cuales realizaron 735.823 visitas de seguimiento, 235.394 visitas efectivas y 193.010 visitas no efectivas (CCSS,2020).

Además, han realizado otras actividades en diferentes escenarios (educativo, comunitario, centros laborales) logrando aplicar 1.129.272 dosis de vacunas, se ofreció educación individual en prevención de la enfermedad a 977.484 personas y educación individual en promoción de la salud a 518.987 personas.

Los datos más recientes disponibles para dar cuenta de esta modalidad de atención datan del 2019. Para ese año, la CCSS llevó a cabo 131.910 atenciones extramuros. Según el Área de Estadística en Salud de la CCSS, 94.111 fueron bajo la modalidad de atención en domicilio y 37.799 en atención en domicilio para cuidados paliativos. La mayor parte de estas atenciones *en domicilio* fueron desarrolladas desde el hospital Raúl Blanco Cervantes y el Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos, respectivamente. Por ello, las personas adultas mayores y las personas con dificultades para movilizarse son las más favorecidas. Asimismo, esta innovadora forma de atender a la población no solo facilita el acceso a servicios sanitarios a quienes tienen dificultades para desplazarse, sino que también le permite al centro de salud ampliar el espectro de atención y tener camas hospitalarias fuera del centro médico, lo que aumenta la cobertura de atención a este sector de la población.

Las 94.111 atenciones médicas en domicilio se traducen en 176.469 procedimientos en los distintos hogares visitados y se realizaron 218.101 actividades por parte de los diferentes grupos profesionales que integraron los equipos de salud que se trasladaron hasta la habitación de los pacientes para brindar atenciones que van desde curaciones de heridas o úlceras, hasta cambio de diversas sondas o la realización de diálisis peritoneal. En promedio, se realiza una consulta o visita por hora, incluyendo tiempos de traslado.

Posibilidades de aseguramiento para personas cuidadoras

La CCSS ha puesto énfasis en los últimos años en flexibilizar y disminuir el costo del aseguramiento para grupos de difícil cobertura y que presentan características de vulnerabilidad social y económica; en esa línea, a partir de agosto 2017, la CCSS puso a disposición de los patronos de trabajadoras domésticas una modalidad de aseguramiento que se ajusta a sus principales características de jornadas parciales y multipatronos. Lo anterior, mediante la aprobación del "Reglamento para la Inscripción de Patronos y el Aseguramiento Contributivo de las Trabajadoras Domésticas", donde en su artículo 2 se lee:

"Artículo 2°: Definición de trabajadora doméstica.

Para los efectos del presente Reglamento, se entenderá como trabajadora doméstica a aquella persona que ejecuta labores de limpieza, cocina, lavado, planchado y demás labores propias de un hogar o casa particular, incluido el cuido no especializado de personas, sea como actividad principal o complementaria. La prestación de estas labores se dará a favor de un patrono físico, en condición de subordinación y remunerada periódicamente, sin que ellas generen lucro para éste.

No podrán considerarse como trabajadoras domésticas, en los términos definidos en este Reglamento, los siguientes grupos:

***a)** Las trabajadoras de limpieza o similares que realicen estas labores en establecimientos comerciales y/o empresariales.*
***b)** Las trabajadoras de limpieza o similares aseguradas por una persona jurídica.*
***c)** Los servicios de jardinería, mantenimiento, vigilancia o que se desempeñan como choferes u otros brindados por proveedores independientes o empresas.*
***d)** Las cuidadoras especializadas para la atención de adultos mayores, niños y personas con discapacidad."*

En este sentido, se distingue que las personas cuidadoras no especializadas se encuentran convenidas en este reglamento, que tiene como incentivo principal una disminución del costo del seguro de 50% para los salarios más bajos, lo cual es cubierto por el Estado en su rol de financiador subsidiario de la seguridad social.

Por otra parte, se agilizó el trámite de afiliación, ya que el patrono puede realizarlo en línea.

Adicionalmente, la CCSS proporciona otras modalidades de aseguramiento en el caso de no contar con un patrono[51], pero sí tener capacidad contributiva, las cuales pueden acoger a aquellas personas cuidadoras especializadas y que ofrezcan sus servicios en el mercado, según la definición usada por la institución, las cuales podrían ser utilizadas según el tipo de empleabilidad. Se trata de:

Asegurado Voluntario: su reglamento la define como "persona que no genera ingreso mediante una actividad económica propia". Este tipo de seguro tiene como objetivo afiliar a aquellos usuarios que no cuenten con una actividad propia generadora de ingresos, pero que cuenten con capacidad contributiva. La Junta Directiva de la CCSS aprueba una escala contributiva y la diferencia entre el porcentaje que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, es asumido por el Estado como cuota complementaria.

Trabajador independiente: trabajador manual o intelectual que desarrolla por cuenta propia algún tipo de trabajo o actividad generadora de ingresos donde la contribución estará determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva y la diferencia entre el porcentaje que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, es asumido por el Estado como cuota complementaria.

Por su parte, para aquellas personas cuidadoras sin capacidad contributiva, es decir, cuidadoras informales que realizan trabajos de cuidados sin ninguna retribución económica, la CCSS dispone de la modalidad de aseguramiento no contributivo para acceder a los servicios de salud, la cual está dirigida a los casos donde se observen situaciones de pobreza e indigencia, en cuyo caso las personas cuidadoras y las personas en situación de dependencia[52] pueden optar por aseguramiento con cargo al Estado.

En virtud de lo anterior, se puede afirmar que tanto las personas cuidadoras remuneradas especializadas y no especializadas, pero con capacidad contributiva, así como las personas cuidadoras informales, ya poseen una modalidad de aseguramiento específica, menos onerosa y de fácil acceso, por lo que no se considera necesario definir una nueva modalidad, sino más bien se podría propiciar una campaña de educación, sensibilización y divulgación, tanto para los patronos como a las trabajadoras, con el objetivo de alcanzar este grupo de personas trabajadoras.

Licencias para llevar a cabo cuidados[53]

Estas licencias están restringidas para cuidar personas enfermas en estado de salud crítico[54]. Estas son por fase terminal, persona menor de edad gravemente enferma y extraordinaria. Se encuentran legalmente al amparo de la Ley 7756, Ley de Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas y sus reformas. A continuación, se describen brevemente los tipos de licencia y la cantidad total de ellas concedidas en el año anterior.

51 Cuando las labores de cuidados y apoyos se encuentren mediadas por un contrato de trabajo que dé consorte a una relación obrero-patronal, la persona trabajadora será asegurada como trabajador asalariado.

52 La información disponible en las bases de datos correspondientes no permite desagregar aquellos que corresponden a cuidadores de personas dependientes.

53 La población beneficiaria de este programa son personas trabajadoras asalariados, familiares o con algún vínculo afectivo a juicio del paciente (o la persona encargada) o criterio del médico, que indica que aquel cumplirá en forma debida con la misión de cuidarle durante su enfermedad. La persona trabajadora debe haber sido reportado en planillas a la CCSS en los tres meses inmediatamente anteriores al inicio de la licencia (FODESAF, 2018: 5).

54 Según lo establece el artículo 7) de la Ley 7756, el trámite inicia a solicitud del enfermo o la persona encargada, en el caso de la persona menor de edad el médico tratante extenderá un dictamen en el cual se determine la fase terminal o la enfermedad grave; Con base en ese dictamen, la persona trabajadora interesada solicitará, por escrito, el otorgamiento de esta licencia ante la dirección del centro médico de adscripción del paciente enfermo, para su respectiva autorización, la cual estará a cargo de la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades; por último, de conformidad con la autorización anterior, la dirección médica correspondiente, conforme al lugar de adscripción del trabajador responsable designado, ordenará la emisión de la constancia de licencia pertinente.

Fase Terminal: la persona enferma puede tener cualquier edad, pero encontrarse en fase terminal. Fase terminal no es igual a enfermedad terminal, por tal motivo esta condición de "fase terminal" debe quedar claramente establecida en el certificado o dictamen médico. Fueron entregadas 3.229 licencias de este tipo en el 2019, para un total de 96.870 días otorgados con un promedio de 30 días de incapacidad laboral para realizar tareas de cuidados (CCSS, 2020).

Menor Gravemente Enfermo: Aplica para personas enfermas menores de 18 años. Se concedieron 1.203 licencias para cuidar a niños y niñas gravemente enfermas en el 2019. Por un total de 23.615 días con un promedio de 19,63 días por persona cuidadora (CCSS, 2020).

Extraordinaria: Aplica para menores de 18 años y menores de 25 años siempre que se establezca la condición de "dependencia" de un adulto. Se otorgaron 2.709 licencias de este tipo en el 2019, que representaron 39.632 días para llevar a cabo tareas de cuidados y 14,53 días en promedio por persona cuidadora (CCSS, 2020).

La persona trabajadora requiere indispensablemente cumplir lo siguiente:

a. **Requisito médico:** un certificado o dictamen médico, donde se haga constar la condición de enfermedad del paciente por parte del médico tratante y la necesidad indispensable de cuido como parte del tratamiento.

b. **Requisito administrativo:** haber cotizado para el SEM, al menos 3 meses anteriores al otorgamiento de la licencia. (CCSS, 2018).

Datos del Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS indican que para abril del 2020 habían sido concedidas 199 licencias para cuidados en fase terminal, 62 para el cuido de menores gravemente enfermos y 110 licencias extraordinarias.

Dirección de Prestaciones Sociales de la Caja Costarricense del Seguro Social

Las prestaciones sociales se definen como servicios de apoyo, orientación, promoción, educación y capacitación, complementarios a los servicios que se brindan en salud y en pensiones. Además, se conoce como la tercera línea de acción de la CCSS por ir más allá de los servicios sanitarios y pensiones, pues también: "Comprende los servicios de apoyo, orientación, promoción, educación y capacitación para que los asegurados y pensionados tengan un desarrollo pleno y gocen de bienestar integral como complemento a los servicios ofrecidos por los Seguros Sociales" (Capítulo 1, Artículo 1 Reglamento de Prestaciones Sociales)[55].

> "Si bien es cierto los servicios sociales son concebidos como instrumentos de los que dispone el Estado para materializar los derechos sociales, económicos y culturales reconocidos constitucionalmente a las personas, se exige también que las instituciones de bien social, como la Caja, intervengan para contribuir en la eliminación de obstáculos, que impidan el pleno desarrollo de los individuos y los grupos sociales" (Dirección de Prestaciones Sociales, 2010).

Esta dirección tiene a su cargo una serie de programas para proveer de desarrollo pleno y bienestar integral a las personas aseguradas y pensionadas. Seguidamente se describen:

Programa Educación y Capacitación: Contempla las acciones que promueven la incorporación de varios grupos sociales, entre los que destacan personas pensionadas por invalidez, amas de casa, indigentes en reclusión, líderes estudiantiles, indígenas e inmigrantes con el fin de vincularlos con posibles fuentes de recursos, servicios y oportunidades que les permitan ejecutar sus actividades y roles de la mejor manera posible.

55 Aprobado en la Sesión de Junta Directiva N° 8.161 Art. 10° del 21 de junio del 2007.

Programa Estancias y Ayudas Sociales: Comprenden los servicios asistenciales ofrecidos por la Gerencia de la División de Pensiones y las Sucursales de conformidad con las reglamentaciones y directrices de la Junta Directiva de la Institución, tales como el abandono, las contingencias por la invalidez, la pobreza y la muerte de un ser querido, entre otras (Dirección de Prestaciones Sociales, 2010).

Programa Preparación para la Jubilación: Incluye las acciones dirigidas a orientar a las personas próximas a jubilarse sobre aspectos relacionados con su condición económica, de salud familiar, comunal y social en general, procurando su autonomía, desarrollo e integración social. Su labor se orienta a dos poblaciones: la primera es el personal de Recursos Humanos de las diferentes Empresas, Instituciones y grupos que desarrollan programas en el tema, y la segunda son las personas prejubiladas del país.

Programa Ciudadano de Oro: Se persigue con este programa crear una cultura de dignificación y respeto hacia las personas mayores de 65 años, como un reconocimiento al esfuerzo y al trabajo emprendido en todos sus años en el mercado de trabajo. Engloba un conjunto de beneficios y prestaciones sociales[56] (actividades culturales y recreativas, uso de tiempo libre, capacitaciones, línea gratuita 800 de oro, descuentos comerciales, convenios con universidades y voluntariado, cursos, talleres y otros para promover el desarrollo pleno y social población adulta mayor) dirigidos a las personas adultas mayores, con el fin de mejorar su capacidad de compra, su acceso a los servicios públicos, a la recreación y en general a promover su pleno desarrollo personal y social.

Otros Programas de Prestaciones Sociales: Comprenden todos aquellos programas de prestación social de servicios enmarcados en los seguros sociales, que promueva la CCSS, bajo la dirección y administración de la Gerencia de la División de Pensiones, conforme lo disponga la Junta Directiva de la Institución.

Para efectos de la presente Política Pública, que contiene dentro de su modelo base la puesta en marcha de nuevas modalidades de atención, incluyendo la teleasistencia, destaca que, en ese mismo espíritu por avanzar en brindar servicios sociales a las personas dependientes y poblaciones vulnerables, la Dirección de Prestaciones Sociales ha desarrollado durante el 2020 (pendiente de aprobación de acuerdo de Junta Directiva) un proyecto para brindar una prestación de teleasistencia, que podría atender a tres sectores que son susceptibles a tener alguna dependencia: adultos mayores, personas con discapacidad y las personas aseguradas que poseen algún padecimiento crónico o agudo[57].

Capacitación y lineamientos en torno a los cuidados desde el prisma sanitario

Capacitaciones de cuidados informales

La Caja Costarricense de Seguro Social brinda educación en salud a las familias cuidadoras para el desarrollo de destrezas y habilidades para el cuidado, apoyo y acompañamiento. Estas acciones se brindan desde los tres niveles de atención y son desarrolladas por un equipo multidisciplinario según competencias: Trabajo Social, Enfermería, Nutrición, Medicina, Psicología, Odontología, entre otros (Hospitales Nacionales, Centros Especializados, Hospitales Regionales y Periféricos, Áreas de Salud).

Durante los últimos años, la CCSS ha ofrecido, de forma gratuita y a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales, un proceso de capacitación enfocado en personas cuidadoras, de personas adultas en situación de dependencia, cuyo objetivo es brindar herramientas que permitan a la persona cuidadora cuidarse y cuidar a las personas adultas mayores, orientarles en la búsqueda de redes de apoyo, en el proceso de envejecimiento, autoestima y en la prevención de abusos y maltratos hacia estas personas.

56 Para el disfrute de las prestaciones que se brindan, las personas adultas mayores son acreditadas gratuitamente con una tarjeta de identificación como Ciudadanos de Oro. El programa ha sido desarrollado por la CCSS desde 1997.
57 Actualmente el programa cuenta con los recursos físicos y materiales, así como la posibilidad de recursos del fondo de Prestaciones Sociales, con lo que se podría atender las funciones que demande la teleasistencia considerando, además, que como consecuencia de la pandemia se dejarán de contratar los cursos y talleres programados para el 2020.

Para efectos del Programa Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor[58], en el año 2018 se cuantificaron las Áreas de Salud que formalmente realizaron capacitaciones dirigidas a fortalecer conocimientos, dar apoyo y acompañamiento a cuidadores familiares. En total, se contabilizan 62 áreas de salud[59] que realizaron capacitación de este tipo, llegando a capacitar a 1.185 personas cuidadoras.

En otro orden, pero no menos relevante, es importante señalar que el Hospital Nacional de Geriatría, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), así como los servicios de trabajo social de los hospitales de la CCSS, desarrollan actividades socio-educativas, atención integral a nivel domiciliar, cursos y talleres para capacitar a las personas cuidadoras que llevan a cabo cuidados de personas adultas mayores y personas enfermas, en centros y residencias de larga estancia.

- **Lineamientos generales emitidos por el Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector en esta materia, tiene la función de regulación para velar porque las normas, reglamentos técnicos, procedimientos jurídicos y administrativos sean cumplidos por aquellos actores que se encarguen de prestar servicios de salud. De esta forma, el Ministerio de Salud desarrolla lineamientos generales que permiten tener parámetros mínimos que las OBS deben cumplir cuando realicen tareas relacionadas con los cuidados y apoyos en residencias, centros diurnos, hogares de larga estancia, entre otros.

El Ministerio, por lo tanto, desempeñará un papel fundamental para acreditar aquellos proveedores que presten servicios dentro del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, con el fin de asegurar que reúnan las condiciones óptimas mínimas para su funcionamiento.

La regulación ejercida por el Ministerio aplica tanto a los establecimientos públicos, privados y mixtos que brindan servicios de apoyo. Estos establecimientos deben obtener un permiso por parte del Ministerio de Salud y estar acreditados conforme a la Ley General de Salud. En el caso de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores, el Ministerio establece reglas en materia de recursos humanos, instalaciones, documentación, registro y manejo de información y seguridad e higiene (Medellín et al., 2019).

En consecuencia, con la relevancia y la contigüidad por avanzar con esta acción, el Ministerio de Salud, ya ha empezado a elaborar un reglamento para regular las actividades de las personas cuidadoras que laboran a nivel institucional (Hogares de Larga Estancia, Centros Diurnos y otras modalidades), y a nivel de domicilio.

La función reguladora del Ministerio de Salud se relaciona, a su vez, con el aseguramiento de la calidad de los servicios, al garantizar que los proveedores se apeguen a estándares mínimos que protejan la seguridad de las personas.

La integración de estos servicios al sistema permitiría completar una oferta que aborde la atención de la dependencia desde los grados de menor severidad a los grados de la más alta dependencia mediante la coordinación de las prestaciones de los servicios sociales, sociosanitarios y clínicos.

58 En marzo 2020, este programa elaboró un lineamiento para la Atención a las personas adultas mayores en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud, el cual señala con respecto al Triage CTAS y la atención a personas mayores, un modificador de fragilidad que se aplica a pacientes con diversas características, donde destaca en primer lugar a: "Toda persona dependiente para el cuidado de sus propias actividades básicas" (CCSS, 2020:3).
59 No se cuantificaron las capacitaciones realizadas desde los hospitales.

7

Capítulo

Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

ESTA POLÍTICA PÚBLICA TIENE POR POBLACIÓN OBJETIVO A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, que se define como aquella situación en la que personas experimentan la concurrencia de tres condiciones: a) tener problemas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria como desplazarse, comer, asearse, lavarse, entre otros; b) que se requiera apoyo de terceros para desarrollar estas actividades y c) que estas dificultades y demandas sean permanentes o estén activas durante un extenso período (EC, 2015; Matus-López, 2019; OCDE, 2020).

Actualmente, el concepto es prácticamente inexistente en las cartas de oferta de servicios institucionales. Tampoco es posible identificarle en los parámetros de calidad para medir la eficiencia en las transferencias monetarias que hace el Estado a Organizaciones de Bienestar Social. Por ello, a falta de cobertura estatal ajustada a los requerimientos de los cuidados y apoyos de las personas dependientes, estas tareas son realizadas mayormente de manera informal[60] por mujeres que han asumido este rol en el entorno familiar (Chaverri, 2019).

Costa Rica está cambiando y esta realidad es social y fiscalmente insostenible en el tiempo: por una parte, se reduce la oferta de cuidados en el entorno familiar debido a factores asociados con el incremento de más mujeres que se insertan en el mercado de trabajo, disminuye el tamaño medio de los hogares y cada vez más personas adultas mayores viven solas; por el otro, hay mayor presión sobre el sistema de salud y de pensiones a la vez que existe menor cantidad de personas en edad de insertarse en el mercado de trabajo.

---

60 Como se ha mencionado, los denominados cuidados informales son aquellos realizados por personas cuidadoras que no tienen un estatus profesional ni un contrato de trabajo. En algunos Estados como Reino Unido, Irlanda, España y Dinamarca, las personas cuidadoras informales, aún sin contrato de trabajo, pueden recibir del Estado una transferencia económica por llevar a cabo sus labores de cuidados a un familiar o persona dependiente de su comunidad. Comúnmente los servicios que se ofrecen a este tipo de personas cuidadoras son: información, consejería y capacitación para mejorar la calidad de los cuidados y apoyos, inclusión y cobertura en los sistemas de seguridad social; especialmente en los seguros relacionados con accidentes de trabajo y pensión por vejez, y provisión de personas cuidadoras sustitutas para los períodos de respiro y vacaciones (Becker, 2014).

Esto, sumado a la baja fecundidad, al alargamiento de la vida que sugiere una mayor demanda de atención a personas dependientes y a una mayor cantidad de personas viviendo con enfermedades crónicas y discapacidad severa, se evidencia la urgencia de hacer un alto en el camino y repensar cómo abordar este problema de interés público.

Por tales motivos, esta política pública se enmarca en el área de las políticas de dependencia y salud y tiene por objeto integrar, ampliar y coordinar la nueva oferta de servicios brindada a las personas dependientes por instituciones públicas y privadas prestatarias de servicios de atención a población vulnerable en Costa Rica.

Desde el momento actual, a través de las brechas entre demanda y oferta, se dilucida la necesidad de cubrir el desajuste actual de cuidados y apoyos con servicios sociales públicos y privados de calidad para personas dependientes, al tiempo que se distinga y dignifique el rol de las personas cuidadoras y se promueva la corresponsabilidad social de los cuidados.

Los Sistemas de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia son de los campos de las políticas sociales que han adquirido creciente protagonismo en países desarrollados en los últimos decenios y, aunque de manera incipiente todavía, mayor visibilidad en los países de ingresos medios (CEPAL, 2018; OCDE, 2019; BID, 2020). Diversos organismos han llamado la atención sobre el aumento de la necesidad de cuidados de largo plazo, en particular, para las personas que requieren apoyos para la realización de actividades en la vida cotidiana, por ejemplo, el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (2015) recomienda que cada país debe tener una política de cuidados de larga duración sostenible y equitativa para personas mayores (OMS, 2015).

En Costa Rica el derecho a la salud es un derecho fundamental y la prestación de los servicios de salud de la CCSS se encuentra consolidada, con cobertura universal. Además, la Sala Constitucional define el derecho a la salud como uno de naturaleza prestacional que impone al Estado y a las instituciones públicas encargadas, el deber de brindar un servicio público continuo, eficaz, eficiente, oportuno, de calidad, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario a favor de los usuarios de los servicios de salud pública (Mideplan, 2017c).

Sin embargo, con el incremento de la proporción de personas dependientes en razón del envejecimiento poblacional, la reducción del número de personas por hogar y, paralelamente, el crecimiento del porcentaje de mujeres que se insertan al mercado de trabajo, se plantean nuevos desafíos públicos para subsanar la brecha entre la presión potencial de la demanda y la oferta de cuidados y apoyos de larga duración, las cuales actualmente son enmendadas mayormente por la familia y en menor escala, por el mercado.

La acción institucional de entidades públicas y privadas se limitó por mucho tiempo a proporcionar cuidados a aquellas personas que por desamparo (falta de redes familiares que pudieran procurarles ese cuidado) y pobreza (falta de medios para comprar los cuidados) quedaban desprotegidas. De este modo, el desarrollo de las políticas sanitarias y sistemas institucionalizados de atención de amplia cobertura hizo que una parte de esos cuidados se transfiriera a instituciones de corte sanitario, principalmente, los concernientes a períodos de tratamiento y convalecencia, aunque no fuera precisamente esa la necesidad. En la actualidad, la mayor parte de los países desarrollados tienen o están desarrollando sistemas de cuidados de larga duración que se ocupan también de las necesidades asociadas al cuidado que no cubren los sistemas de salud (OCDE, 2020).

En América Latina y el Caribe, el desarrollo de sistemas sociosanitarios para la satisfacción de necesidades de cuidados y apoyos presenta vacíos importantes, es en general escaso, fragmentado, los servicios suelen no estar coordinados en modalidad de sistema y no tienen oferta complementaria (OIT, 2018). Hasta ahora, la tendencia ha sido que la resolución del cuidado de las personas con algún nivel de dependencia ha estado casi de manera exclusiva bajo la responsabilidad de las familias y muy especialmente de las mujeres.

Ante situaciones similares de cambios demográficos, sociales y económicos, los países desarrollados entraron fuertemente en tensión llegándose a hablar incluso de la crisis de los cuidados por la creciente participación de las mujeres en el mercado del trabajo y la poca participación de los hombres en las tareas domésticas y de atención de sus miembros dependientes, fenómenos que generan cada vez menor disponibilidad de cuidadores y cuidadoras, en un contexto donde las necesidades asociadas al cuidado van en aumento.

Estas razones plantean con fuerza la necesidad de asignar responsabilidades más claras a los Estados y definir el mejoramiento de las reglas del juego a los proveedores de servicios (OIT, 2018). En la medida en que estos temas se van instalando en las agendas políticas e institucionales de los países, se va otorgando mayor importancia a los asuntos relacionados con los apoyos, los cuidados y la dependencia (European Commission, 2019). Esto, porque es cada vez más importante contar con más y mejores herramientas de protección que sean consistentes con los cambios sociales y demográficos que experimentan los países, en particular, el alargamiento del promedio de vida de la población, lo cual implica el aumento de la cantidad y proporción de adultos mayores que viven en situación de dependencia durante períodos prolongados, producto de problemas físicos o cognitivos que limitan su independencia para el desempeño en la vida cotidiana y la procura del bienestar (OMS, 2015).

Es preciso aclarar que las necesidades asociadas a la dependencia no son exclusivas de las personas adultas mayores. No obstante, los apoyos a los cuidados y atención a la dependencia tendrán una creciente consideración en términos sociales y presupuestarios a largo plazo, debido al envejecimiento de la población, porque su prevalencia se concentra en la última etapa del ciclo vital (Huete y Chaverri, 2019). Por ello, en su Informe "Prospectiva en Salud 2045: Prevención y Sostenibilidad Financiera", Mideplan evidencia que conforme se avanza en edad, la capacidad de oír, de utilizar brazos y manos y la de caminar o subir gradas disminuye, por tanto, es necesario generar capacidades en el sistema de salud para la atención y cuidado de esta población, por lo que resulta vital la garantía en el acceso a la salud, pero sobre todo el desarrollo de programas de atención primaria y prevención de enfermedades (Mideplan, 2017c).

Asimismo, los cambios en el perfil epidemiológico de la población apuntan al tema de la cronicidad como un factor de alto impacto sobre la arquitectura y desempeño de los sistemas institucionales llamados a responder a la necesidad del cuidado. Si bien es cierto, la población está viviendo más tiempo, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas acompañará buena parte de los años vividos. Por su parte, el vuelco de las economías familiares al trabajo remunerado fuera del domicilio genera mayor necesidad de una oferta externa al hogar de cuidados y apoyos.

En este sentido, la oferta de cuidados debe ampliarse y diversificarse, tanto en relación con su acceso como con su forma de financiamiento y gestión. Esto significa configurar un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia de amplio alcance que combine prestaciones de cobertura universal y asistencial y que integre distintos tipos de servicios, considerando la heterogeneidad de las personas que requieren cuidado y los arreglos familiares y comunitarios a los que tienen o no acceso para solventarlas con autonomía. Las necesidades de cuidado varían en función de sus características, en particular, el grado de dependencia, el contexto familiar y la situación económica, por lo que disponer de una amplia gama de servicios constituye la mejor garantía para dar respuesta adecuada a cada situación.

Es un hecho que el proceso de envejecimiento que vive el país y el aumento en la demanda por este tipo de servicios seguirá generando presiones sobre la inversión social pública, como ha sucedido en los países desarrollados. En síntesis, el actual desafío es adaptar esa matriz de protección social para responder a los nuevos escenarios asociados a su avanzada transición demográfica, baja de la fecundidad, aumento de la esperanza de vida, sumado esto a la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral, que ya supera el 40% y subsecuentemente la reducción de la oferta de cuidado informal al interno de los núcleos familiares.

La Política Nacional de Cuidados tiene su base en la creación y articulación de una serie de piezas, instrumentos y actores determinantes para operar con eficacia y pueda consolidarse más allá de su agregación formal.

La necesidad de la articulación de esfuerzos en materia de cuidados debe reconocer la existencia de rectorías y atribución de competencias generadas bajo una perspectiva de especialización y la existencia previa de canales y mecanismos de coordinación.

Dentro de los modelos institucionales ejemplarizantes en relación con la construcción de esta modalidad, se encuentra la experiencia del Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar considerado en los artículos 22 y 23 de la Ley contra la Violencia Doméstica, organizado como el "(...) conjunto de instituciones gubernamentales y

...el actual desafío es adaptar esa matriz de protección social para responder a los nuevos escenarios asociados a su avanzada transición demográfica, baja de la fecundidad, aumento de la esperanza de vida, sumado esto a la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral, que ya supera el 40% y subsecuentemente la reducción de la oferta de cuidado informal al interno de los núcleos familiares.

no gubernamentales, que en forma coordinada y planificada, brindarán servicios especiales a personas afectadas por la violencia intrafamiliar y realizarán acciones para prevenir esta forma de violentación de los derechos humanos" (Decreto Ejecutivo 26664-C-J-PLAN-MTSS-MIVAH- S-MEP-SP de 27 de enero de 1998).

Más recientemente se cuenta con experiencias cercanas de política pública costarricense como la Estrategia Puente al Desarrollo, la cual muestra el rol crucial de la articulación como factor determinante en una mejor orientación, asignación y uso de los recursos de inversión social a modo de una ruta segura a seguir.

Dentro de los desarrollos institucionales recientes en el sector social, una instancia superior de coordinación de los esfuerzos del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Costa Rica, cuenta con la referencia del Consejo Presidencial Social, por su fuerte articulación de esfuerzos interinstitucionales para la estrategia de erradicación de pobreza conocida como Puente al Desarrollo, esta experiencia ha dado cuenta de funcionalidad en la fluidez de la información para que sean tomadas oportunamente las decisiones estratégicas.

El Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia (traducción operativa de la política) requiere precisamente de la articulación institucional de las políticas, planes, proyectos, programas, servicios y prestaciones alrededor de un marco regulatorio común robusto y actualizado, capaz de consolidar las acciones existentes, superar brechas de cobertura y calidad de las intervenciones y generar servicios innovadores a tono con las demandas sociales crecientes por cuido.

También, serán claves dentro de los esfuerzos de articulación, la gestión de la información y el conocimiento, así como la apuesta por la promoción de cambios en las mentalidades y prácticas socioculturales. Para esto, tres elementos adicionales que pueden incidir favorablemente son: i) la creación por Ley 9137 del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), ya que posibilita el establecimiento de mecanismos de referencia y contra-referencia en este caso ligados a las necesidades de cuido; ii) la experiencia acumulada en la Estrategia Puente al Desarrollo como un nuevo paradigma de atención que privilegia la acción articulada de instituciones y programas del área social y iii) la gradual consolidación del Sistema de Evaluación de Programas Sociales del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares que conduce a la parametrización de los programas y a la rendición de cuentas de la gestión de manera integral, es decir, atendiendo tanto criterios sustantivos (resultados) como operativos.

El Sistema como respuesta

Las necesidades de apoyo a los cuidados y atención asociados a la dependencia están creciendo, a la vez que las familias están cada vez en menor capacidad para satisfacerlas. Estos servicios son escasos en el mercado y su costo es elevado tanto para las personas que necesitan cuidados como para los familiares que los cuidan. La mayoría de los cuidados de hoy en día son proporcionados por familiares y amigos, a menudo en detrimento de su salud y seguridad financiera. Asimismo, se estima que, en las próximas décadas, a falta de un sistema robusto y articulado, la mayoría de los cuidados profesionales serán pagados por su bolsillo y el de sus familias (Veghte et al., 2019).

Estos costos a menudo llegan en un momento en que los individuos y sus familias son los más vulnerables y en un contexto en el que han tenido pocas oportunidades de prefinanciar o asegurarse contra esos riesgos. Por lo tanto, el problema fundamental hoy es la ausencia de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia que pueda proteger a las personas dependientes y sus familias de las complicaciones acaecidas en virtud de lo que significa la condición de dependencia y dependencia crónica de un integrante del grupo familiar.

Con el incremento en la necesidad de apoyo a los cuidados de larga duración proyectada para los próximos años y la probable disminución de la disponibilidad de cuidadores familiares, habrá una creciente necesidad de servicios de atención a la dependencia, formales y pagados. Esta gama de servicios suele ser cara y la mayoría de las personas que se acercan a la jubilación hoy carecen de ahorros suficientes para mantener su nivel de vida después de dejar de trabajar, incluso sin tener en cuenta los costos de salud y apoyo a los cuidados. Por esto, para muchas familias las necesidades de atención pueden llegar a ser inmanejables o afrontadas a un costo significativo para el tiempo, la salud, el bienestar, los ingresos y las carreras profesio-

nales y laborales de los integrantes de la familia, especialmente, de las mujeres.

Costa Rica tiene una larga tradición de invertir en el bienestar de la población. Sin embargo, las iniciativas implementadas a propósito de las personas dependientes han sido escasas, descoordinadas y con un bajo nivel de articulación. Hasta el momento, el alto nivel de fragmentación ha sido sostenido sobre los hombros de las mujeres cuidadoras, quienes dedican buena parte de su tiempo a cuidar y apoyar, sin remuneración económica, a las personas dependientes de su familia, realidad que además de injusta, es económicamente insostenible.

Articular las iniciativas descritas anteriormente permitirá maximizar los resultados sobre el bienestar de la población, a la vez, que se utilizan los recursos públicos de manera más eficiente[61] y se consolidan las bases para la creación de un Sistema Nacional de Cuidados que cierre las brechas entre la demanda de estos servicios y la escasa o nula oferta, con calidad, capacidades formativas especializadas y enfoques desde el paradigma de los derechos humanos, al tiempo que se evitarán fragmentaciones, duplicidades y omisiones entre los entes y órganos públicos en el ejercicio de las funciones administrativas relacionadas con la asignación, giro, control y fiscalización de los recursos públicos destinados a la atención de las personas dependientes.

Las mejoras en gobernanza de atención a la dependencia contribuirán en gran medida a aliviar estas tensiones. Así, se construye una mirada amplificada sobre las necesidades de cuidados y apoyos de la población que habitan el territorio costarricense, más allá de la estrechez de acceso ligada con la situación de la pobreza, redefiniendo y repensando desde la integración y la coordinación el retículo de protección social costarricense. Esto supone evolucionar de una mirada sectorial individual (enfocada en las instituciones) a una lógica articulada –sectorial, intersectorial e interinstitucional–, que sea capaz de pensar primero en los requerimientos de las personas y crear respuestas a las necesidades de las personas dependientes.

Si los cuidados y los apoyos para las personas dependientes son asequibles y se encuentran disponibles universalmente, las personas cuidadoras familiares de todo el espectro de ingreso, podrán seguir trabajando de forma remunerada, reforzando tanto la seguridad económica de sus propias familias como la economía del Estado costarricense.

El Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia es concebido para lograr de manera progresiva una cobertura universal y asequible de los riesgos que a menudo son costosos, porque en algún momento de sus vidas, prácticamente todas las personas trabajadoras necesitarán tiempo fuera del trabajo para cuidar de un ser querido o hacer frente a un problema de salud propio.

La oferta de servicios coordinados y articulados del sistema no reemplazarían totalmente los cuidados y apoyos familiares, pero podría dar a las personas cuidadoras de la familia más flexibilidad para manejar el cuidado y las demás responsabilidades. En consonancia, los sistemas de atención a la dependencia hacen posible que los cuidadores y cuidadoras familiares que quieran aumentar su participación en la fuerza laboral y sus ingresos a corto y medio plazo puedan hacerlo.

La política pública se orienta también hacia el desarrollo de la cualificación de las necesidades formativas de los trabajadores remunerados que prestan servicios de apoyo a los cuidados en el domicilio de personas en situación de dependencia. Por lo general, esto es llevado a cabo por trabajadoras contratadas en el marco de servicios provistos por empresas u organizaciones de la sociedad civil que, en el caso costarricense es mayormente desarrollado con financiamiento de naturaleza pública. Por esta razón, el desarrollo de este tipo de empleo como profesión u oficio se encuentra fuertemente limitada, dada la debilidad organizativa de quienes se desempeñan en este tipo de trabajos, así como la escasa valoración social asociada a empleos considerados tradicionalmente femeninos.

61 Un antecedente en la misma dirección es el Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la asignación, giro, control y fiscalización de los recursos públicos destinados a la atención y el cuidado de las Personas Adultas Mayores donde convergen el CONAPAM, JPS, IMAS, y MS. Creado por el Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social, como rector de los Programas Sociales Selectivos, mediante el Oficio VMDHIS 304-01-2018 de fecha 25 de enero de 2018.

La valorización y visibilización de los cuidados y apoyos para personas dependientes permitirán transformar las creencias y valores sociales ligados a las diferencias y roles de género, los modelos de familia y de distribución de las responsabilidades de cuidado entre sus miembros así como entre los distintos actores sociales (Estado, familias y sociedad civil y empresarial), que intervienen en la configuración social de las opciones relativas a la provisión del cuidado en domicilio para la cobertura de las necesidades derivadas de la situación de dependencia, así como a las condiciones en las cuales el trabajo remunerado de cuidados es desarrollado. De este modo, mejorar la calidad de vida de las personas que llevan a cabo las tareas de cuidados y apoyos es, cuanto menos, una acción pública de justicia histórica. Así, quienes cuidan y apoyan, tendrán las posibilidades para disminuir su carga social, emocional y psicológica.

La conveniencia de contar con mecanismos que permitan integrar, articular y coordinar radica en que permite planificar acciones para ampliar la oferta de servicios sociales incrementando el bienestar social, que supone también permitir a las personas dependientes quedarse en casa, amplificar los programas de licencias médicas y familiares pagadas para llevar a cabo tareas de cuidados y apoyos sin el temor de perder el empleo, por el contrario, avanzar en la transformación sociocultural donde la igualdad de género y la corresponsabilidad social de los cuidados representan un distintivo socialmente positivo, que entre otros efectos pueda mejorar la imagen corporativa de los centros de trabajo, reducir el gasto público en salud para la última etapa de la vida, aliviar las cargas financieras de las familias, liberar tiempo a las mujeres cuidadoras, a la vez que se les vincula con el mercado formal de trabajo, así como ampliar, innovar y actualizar la oferta de servicios sociales integrándole con otros mecanismos de política estatal y coordinación con los planes de beneficios existentes para personas trabajadoras.

Este tipo de políticas se cristalizan como sistema en la mayoría de los países de la OCDE y, desde hace algunos años, están comenzando a desplegarse en América Latina. Consisten en modelos que coordinan servicios existentes y crean unos nuevos para atender a las personas que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria (Matus-López, 2019).

Este sistema supone replantear las estructuras de protección social actualmente conocidas para Costa Rica. La naturaleza de la dependencia obliga a pensar en políticas universales, tanto en el ámbito social como en salud, reemplazando la filosofía de ayuda social a los más pobres por una visión más contemporánea sobre políticas afirmativas de bienestar social.

... mejorar la calidad de vida de las personas que llevan a cabo las tareas de cuidados y apoyos es, cuanto menos, una acción pública de justicia histórica. Así, quienes cuidan y apoyan, tendrán las posibilidades para disminuir su carga social, emocional y psicológica.

Este modelo contrasta dramáticamente con el *statu quo* para la atención de las personas dependientes, donde el problema es prácticamente de exclusiva responsabilidad de las familias, las cuales se enfrentan a tener que desembolsar cientos de miles de colones en costos de atención y cuidado y, a menudo en el momento en que menos pueden permitírselo, porque con demasiada frecuencia, cuando surge la necesidad, el sostén de la familia debe reducir sus horas de trabajo o abandonar por completo la fuerza de trabajo (Veghte et al., 2019).

La dinámica de la vida laboral y familiar ha cambiado en los últimos decenios, pero la política pública no ha seguido el ritmo de las cambiantes necesidades de las familias costarricenses. Como los hogares dependen de los ingresos de todas las personas adultas en edad de trabajar para llegar a fin de mes, muchas familias carecen ahora de una persona cuidadora que se quede en casa para atender a las personas dependientes.

Además, los programas son dispares y no están diseñados o integrados para abordar la realidad de los cuidados y apoyos que las personas dependientes y sus familias necesitan. No se conceptualiza la dependencia, ni existen parámetros en este orden para las organizaciones sociales que reciben financiamiento público para la atención de poblaciones proxis.

La atención a la dependencia, hasta ahora, no era un problema público con gran calado y visibilidad política suficiente como para impulsar la intención de coordinar y dirigir acciones institucionales articuladas en torno a este tema. La presente coyuntura es propicia para hacer una ruptura que posibilite un abordaje diferente en el advenimiento del bicentenario, debido que, aunque actualmente existe un mosaico de programas sociales para ayudar a las familias pobres y de bajos ingresos a pagar los costos de la atención, estos programas están crónicamente infrafinanciados y no sirven a una parte significativa incluso de la fracción de familias con ingresos lo suficientemente bajos como para calificar.

La oferta hoy no está centrada en la persona, está enfocada en los ingresos de la persona y en la institución a la que puede recurrir con la convergencia de encontrarse en situación de pobreza, y ser persona adulta mayor o con discapacidad. La oferta es fragmentada y fraccionada, cuando el paradigma actual de la administración pública ha evolucionado hasta entender que las personas son sujetos de derechos más allá de las instituciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles, considerando a las personas en el centro de las políticas públicas y no como sujetos pasivos que deben amoldarse para encajar en los requerimientos de las instituciones, en vez de que las instituciones puedan ajustarse a las situaciones de las personas.

Por ello, mejorar la coordinación y la disponibilidad de servicios de calidad y a precios asequibles para todas las familias que prestan servicios de atención a personas dependientes es necesario y urgente.

Asimismo, la articulación y coordinación interinstitucional tiene asidero en la OCDE bajo el concepto "Policy Coherence", el cual define la coherencia de las políticas como la promoción sistemática de medidas de política que se refuerzan mutuamente entre instituciones y organismos gubernamentales, creando sinergias para lograr los objetivos acordados.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud, en su sede regional para Europa, mediante el documento denominado "Policy Coherence as a Driver of Health Equity", pone de relieve la necesidad de una acción coherente en los diferentes ámbitos de política al evidenciar que la salud es un derecho humano y, por lo tanto, los Estados deben garantizar el acceso a una atención de salud oportuna y asequible de las personas dependientes con calidad y ajustes razonables en los servicios determinantes subyacentes de la salud, como el agua potable, el saneamiento, alimentación, vivienda, información y educación relacionadas con la salud, trabajo decente e igualdad de género.

La puesta en marcha de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia en Costa Rica requiere de un abordaje progresivo, en el que inicialmente se incorporen elementos técnicos y normativos que permitan dar visión de conjunto a una serie de programas e iniciativas que actualmente son provistas de manera segmentada; seguidamente, realizar esfuerzos para optimizar el uso de los recursos existentes destinados a los cuidados; al tiempo que se incorporan de forma gradual recursos presupuestarios que permitan diversificar las prestaciones del sistema, mejorar la calidad y ampliar las coberturas con miras a la universalidad.

8

Capítulo

Principios y enfoques

LAS POLÍTICAS DE APOYO A LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO ACTUAL tienen que dar respuesta a profundas transformaciones demográficas, sociales y económicas, a la vez que "(...) desenredan uno de los principales nudos críticos que genera discriminaciones contra las mujeres y posicionarlo como un asunto de Derechos Humanos y Justicia Social" (INAMU, 2018: 76). En este escenario, convergen tensiones para conciliar la vida laboral y la vida familiar, el trabajo remunerado con el no remunerado y para acordar cuál debe ser el papel de cada actor en la redistribución de las tareas, un debate que a su vez se ha trasladado a la esfera de la política pública, precisamente por la ausencia de instrumentos efectivos para atender esta problemática.

Esta política debe potenciar también las opciones vitales de los familiares a cargo, estrechar las brechas de oportunidades entre hombres y mujeres en la sociedad, contribuir a ampliar las posibilidades de empleo de calidad de las mujeres y promover la salud mental de las personas cuidadoras, sobre todo cuando están a cargo de personas con altos niveles de dependencia (Ministerio de Salud, 2015).

En el caso de Costa Rica, la distribución desigual de los cuidados está reforzada en la institucionalidad vigente que no contempla una oferta suficiente y extensiva de servicios para atender a la dependencia ni tampoco un conjunto de apoyos para quienes cuidan. Con el ingreso masivo de las mujeres al mercado laboral, en ausencia de nuevos arreglos familiares y estatales para atender la demanda de cuidados y apoyos, tanto la población dependiente como las mujeres quedan expuestas a una profunda vulnerabilidad con consecuencias sustantivas sobre su calidad de vida y el pleno ejercicio de sus derechos.

Por eso, se impulsa una política estatal de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, que permita promover el apoyo del Estado y de la sociedad en el proceso del traslado paulatino del asunto de los cuidados de una esfera familiar a una social, con el fin de otorgarle el valor público que le corresponde y avanzar hacia la igualdad efectiva, disminuyendo las brechas existentes entre hombres y mujeres y otorgando mayores oportunidades de bienestar para la población dependiente.

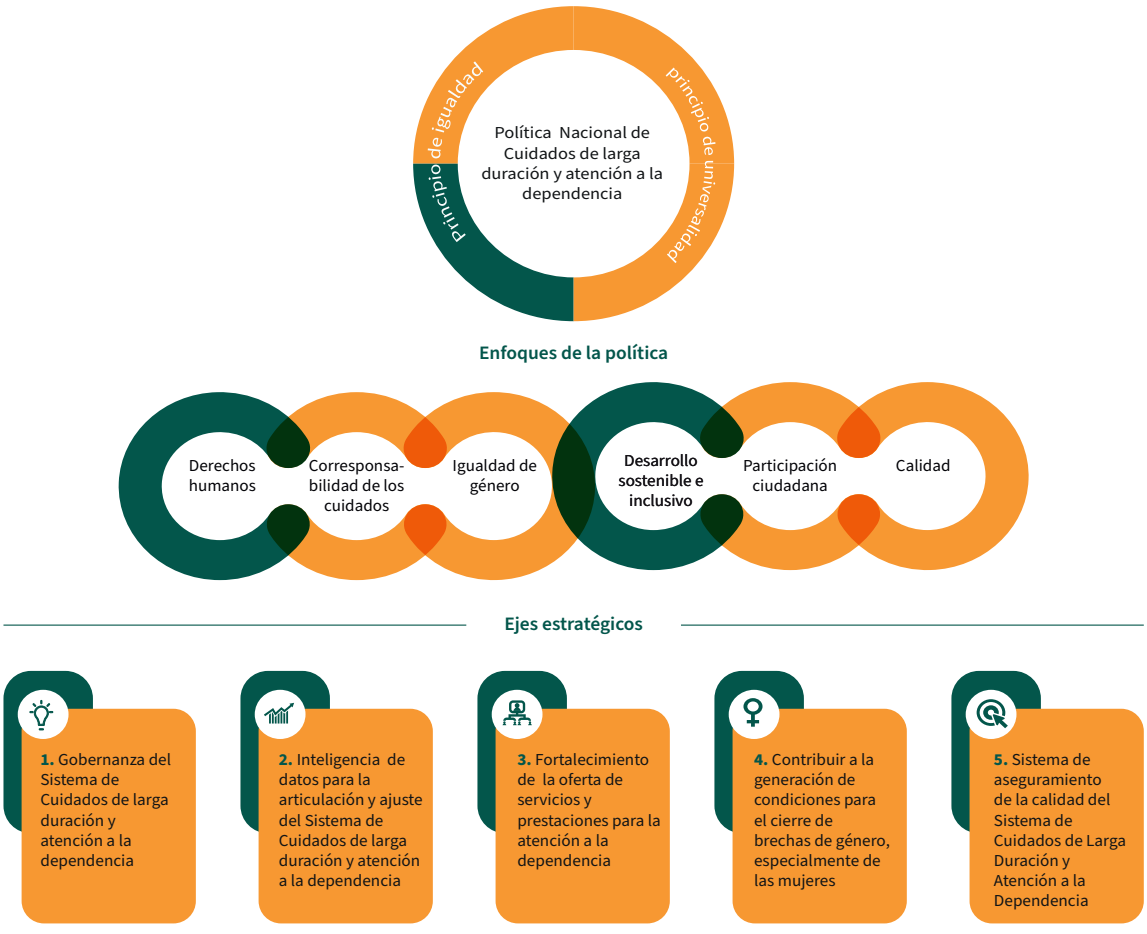
Esta política toma como base una serie de principios y enfoques orientadores que responden a la aspiración de consagrar una sociedad que reconozca la dignidad y los derechos para todas las personas, a través de un modelo de desarrollo verdaderamente inclusivo y sostenible, en el que todas las personas tengan las mismas oportunidades de movilidad y bienestar social.

Se trata de un instrumento que tiene una pretensión transformadora y que concibe el desarrollo desde una perspectiva participativa y de corresponsabilidad, en el que tanto la voz, como el trabajo colectivo de los distintos actores son necesarios para desencadenar los cambios que podrían conducir al país por una senda de mayor igualdad y prosperidad al establecer como un principio de la convivencia social la corresponsabilidad de los cuidados y apoyos.

La selección de estos principios y enfoques responde al compromiso del Estado costarricense en crear, ampliar y distribuir las condiciones necesarias para eliminar todas las formas de discriminación, disminuir los nudos estructurales de la desigualdad y eliminar las brechas de género con el fin de que ninguna persona se quede atrás.

Con el fin de avanzar en la consecución de objetivos que respondan a estas aspiraciones, a continuación, se detallan los principios y enfoques que articulan esta política.

Ilustración 9. Principios y enfoques de la Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia



Fuente: elaboración propia.

Principios de la política

a Universalidad

La política garantiza que todas las personas tendrán acceso progresivo a la protección social y a las prestaciones que facilitará el sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia, en todo el territorio nacional, en igualdad de oportunidades y bajo el principio de no discriminación.

La universalidad, por lo tanto, apunta a garantizar el acceso a servicios de calidad para todas las personas dependientes, bajo una asignación transparente de las prestaciones y una distribución equitativa de estos. Al ser un modelo universal[62], se reconoce que todas las personas en situación de dependencia son titulares del derecho a acceder a las prestaciones que provea el sistema en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.

En apego a estos fundamentos, el sistema proveerá progresivamente una cobertura universal para todas las personas dependientes, con una amplia distribución de las prestaciones que se asignarán según el grado de severidad de la dependencia y con la provisión de servicios de calidad distribuidos equitativamente entre la población.

La creación de esta política apunta a generar cambios y transformaciones que permitan establecer y consolidar el derecho universal al cuidado y apoyo para todos los grupos de la población y responder oportunamente a la creciente e impostergable demanda social en esta materia. Asimismo, la apuesta por la universalidad reside en la aspiración de garantizar un sistema eficiente, equitativo y que promueva mayores niveles de cohesión social.

Este principio ratifica el compromiso del país por impulsar políticas sociales inclusivas, universales y solidarias que favorezcan el bienestar colectivo, atiendan las condiciones de desigualdad existentes y promuevan oportunidades para mejorar la calidad de vida de todas las personas habitantes.

b Principio de igualdad de oportunidades y no discriminación

Esta política se erige bajo los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación, al reconocer el papel del Estado de Derecho como protector y garante de los derechos para todas las personas sin ninguna distinción, exclusión o restricción por su condición socioeconómica, sexo, género u orientación sexual, edad, condición física o mental, etnia, filiación cultural, creencias religiosas, entre otros aspectos.

Este principio resulta imperativo para la política de cuidados, ya que, actualmente, varios grupos que son poblaciones objetivo potenciales de esta política encuentran enormes barreras para gozar del pleno ejercicio de sus derechos. En este sentido, este enfoque plantea el reto de crear una política pública que garantice en igualdad de condiciones, el acceso a las prestaciones, servicios y prestaciones de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, que permita garantizar la protección y el bienestar de todas las personas dependientes en el país.

Enfoques de la política

a Enfoque de Derechos Humanos

El enfoque de Derechos Humanos es el punto de partida de la Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, al reconocer que todas las personas tienen derechos que son universales, inalienables, intransferibles, interdependientes e indivisibles y que el Estado tiene la responsabilidad de protegerlos y asegurar su cumplimiento efectivo, de manera que no exista exclusión o discriminación alguna para su ejercicio. En este sentido, destaca el papel fundamental del Estado como promotor de bienestar colectivo y como garante de los derechos humanos, a través del despliegue de compromisos, políticas públicas y acciones

62 Para alcanzar progresivamente la universalidad, es fundamental la participación de todos los sectores del conjunto de la sociedad. Especialmente de aquellos que se encuentran poco vinculados con los cuidados y apoyos. Por ello, además de las familias, el Estado y las organizaciones sociales, es fundamental fortalecer la coordinación interseccional y formalización de la inclusión del sector empresarial y de la economía social solidaria en la ampliación de la oferta de servicios de esta índole.

que se aboquen a corregir las desigualdades socioeconómicas y de distribución del poder que han rezagado o afectado las oportunidades de desarrollo de distintos grupos de la población, al tiempo que se reconoce a las personas como sujetos titulares de derechos con la capacidad y el derecho de reclamar y exigir su cumplimiento.

De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la adopción de políticas públicas con enfoque de derechos humanos implica que el Estado despliega una serie de medidas fundadas en el reconocimiento de la dignidad y los derechos de todas las personas, al tiempo que se crean instrumentos o herramientas específicas para atender las condiciones particulares de algunas poblaciones y suministrar a través de estas una protección que permita avanzar hacia una igualdad sustantiva (CIDH, 2018).

Bajo la dimensión de la igualdad, que aspira a transformar las causas estructurales que colocan a unos individuos en una situación de desventaja en el acceso a los derechos (CIDH, 2018), esta política reconoce que la población dependiente, no tiene en este momento las condiciones necesarias para el disfrute pleno de sus derechos, ante la ausencia de un sistema estatal de servicios de atención a la dependencia que aborde sus demandas de cuidados y apoyos. En este sentido, en esta política los cuidados se abordan como un derecho que debe ser garantizado para todas las personas, en igualdad de condiciones, por lo que el Estado asume el compromiso de generar los arreglos institucionales necesarios para articular un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia que permita atender las necesidades de las personas en situación de dependencia.

b Enfoque de igualdad de género

Esta política incorpora el enfoque de igualdad de género como un marco orientador que considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las relaciones de poder existentes entre ambos y las identidades construidas socialmente, como un elemento fundamental para comprender la economía desigual de los cuidados y las repercusiones que esta tiene sobre el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres.

El enfoque de igualdad de género permite incorporar al análisis las estructuras y las prácticas sociales que permiten la reproducción de las desigualdades entre hombres y mujeres con el objetivo de diseñar políticas y programas que atiendan estas disparidades y que incluyan mecanismos y acciones orientados a prevenirlas y corregirlas con el fin último de alcanzar la igualdad de género (ONU, 2015).

En el contexto actual, la discriminación contra las mujeres, se configura a partir de patrones culturales que refuerzan la división sexual del trabajo y que asocian las tareas de cuidado con cualidades femeninas, repercutiendo, por lo tanto, en una distribución desigual de las responsabilidades colectivas en esta materia, restando no solo oportunidades de autonomía y desarrollo para las mujeres, sino colocando esta actividad como una desprovista de valor social y económico, invisibilizando así el aporte sustantivo que tiene en la reproducción social y en el bienestar de la sociedad.

Los cuidados como bien público de doble circunstancia deben ser visibilizados, contabilizados y redistribuidos. Bajo esta premisa esta política es parte del camino en sumar esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales en la ruta de avanzar hacia la corresponsabilidad social de los cuidados.

Estas desigualdades presentes en la organización social de los cuidados relegan a las mujeres al ámbito doméstico no remunerado de manera que no tienen las mismas oportunidades para vincularse a un empleo. Para alcanzar la autonomía económica de las mujeres, desde el enfoque de la igualdad de género, se concibe que el Estado tiene un rol como igualador de oportunidades y que debe desplegar "(...) el desarrollo de políticas y servicios sensibles a la diferencia sexual en que se tomen en cuenta, desde su diseño hasta su implementación, los tiempos vividos de mujeres y hombres" (CEPAL, 2010).

La Política de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, pretende atender estas disparidades históricas a través de un marco normativo que incida sobre las condiciones que restringen las oportunidades de desarrollo personal de las mujeres, reconozca el valor social de los cuidados e impulse la corresponsabilidad social en esta materia. Esta Política Nacional de Cuidados tiene una aspiración trasformadora y converge con la Política de Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres (PIEG 2018-2030), en tanto asume que las construcciones sociales en esta materia no son fijas ni inmutables, sino que existe un marco de op-

ciones para modificar las barreras existentes y la discriminación contra las mujeres.

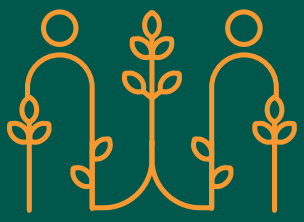
C Enfoque de corresponsabilidad social de los cuidados

Este enfoque toma como punto de partida la necesidad de visibilizar el tema de los cuidados y apoyos, movilizándolo de la esfera privada y familiar a la social, a partir de la identificación de los determinantes socioculturales que lo configuran y de las desigualdades que se encuentran en la base de la reproducción social del poder.

Es así como esta política propone la reorganización de los cuidados y apoyos, de manera que las acciones y responsabilidades de las instituciones públicas, el mercado, las familias y las comunidades, sean paulatinamente compartidas.

La situación histórica desigual en la que se encuentran las mujeres deviene de una serie de nudos estructurales articulados en torno a un sistema en el que, hasta ahora, las labores de cuidado han sido desprovistas de su valor productivo y de reconocimiento social, al tiempo que limitan la autonomía personal y económica de las mujeres al impedirles vincularse al mercado formal, tener ingresos propios y acceder a mayores oportunidades que faciliten su movilidad social. En este sentido, se asume como premisa que la igualdad efectiva entre hombres y mujeres solo podrá alcanzarse con una reorganización del cuidado, que permita una distribución equitativa de tareas y una participación activa del Estado, el mercado, las familias y las comunidades.

Con la identificación de la situación desventajosa en la que se ubican las mujeres respecto a los hombres en cuanto a dinámicas intrafamiliares, disposición del tiempo y la relación



... esta política propone la reorganización de los cuidados y apoyos, de manera que las acciones y responsabilidades de las instituciones públicas, el mercado, las familias y las comunidades, sean paulatinamente compartidas.

... se asume como premisa que la igualdad efectiva entre hombres y mujeres solo podrá alcanzarse con una reorganización del cuidado, que permita una distribución equitativa de tareas y una participación activa del Estado, el mercado, las familias y las comunidades.

trabajo remunerado y no remunerado y el entendimiento sobre el papel de estos como reproductores de la desigualdad, el enfoque de corresponsabilidad se presenta como oportunidad para revertir estas prácticas y avanzar hacia un cambio estructural en el sistema sexo-género y la división sexual del trabajo, mediante la creación de programas que permitan una distribución equitativa de las responsabilidades tanto familiares como económicas de los hombres y las mujeres.

La corresponsabilidad, también, implica reconocer a las personas cuidadoras como trabajadoras que merecen condiciones y garantías laborales que aporten positivamente a su calidad de vida: reconocimiento económico justo, contar con seguridad social y tiempos reales de descanso y esparcimiento (vacaciones, días feriados, horario justo). Por ello, en los espacios laborales públicos y privados también es posible, deseable y necesaria la corresponsabilidad social de cuidados y apoyos, mediante la promoción y creación de políticas internas sensibles a los derechos y necesidades de las personas trabajadoras que deben asumir y atender a familiares en alguna situación temporal o permanente de dependencia, acometiendo acciones como: arreglos justos de horarios, permisos para la atención de familiares enfermos, licencias laborales para realizar cuidados y apoyos de paternidad, copago de centros integrales de cuidados y apoyos, entre otros (INAMU, 2015).

Con miras a corregir esta situación, el enfoque promueve la redistribución social de las responsabilidades de cuidados y la intervención del Estado para proveer una cobertura de servicios que pueda atender la creciente demanda de cuidados, liberar recargas sobre las mujeres e incorporar a los espacios laborales y públicos, medidas que apunten a la corresponsabilidad, comprendiendo las necesidades de las personas trabajadoras, incentivando arreglos justos de horarios o facilitando permisos y licencias, de manera que se pueda coadyuvar a revertir las desigualdades y las fuentes de discriminación[63] intersectorial que impiden la autonomía y el desarrollo de las mujeres.

d Enfoque de atención integral e integrada centrada en la persona

Cada vez existe mayor consenso sobre la necesidad de aplicar modelos integrales e integrados basados en la atención centrada en la persona, en este caso, en quienes precisan de apoyos a los cuidados para la atención de las personas en situación de dependencia. Con ello, se da respuesta al reto de reorientar los modelos tradicionales de atención, que no siempre respetan y fomentan la autonomía y la dignidad de las personas, ya que obliga a las personas a adaptarse a los servicios existentes en lugar de que sean los servicios los que se adapten mejor a sus gustos, sus preferencias, sus proyectos y estilo de vida.

En un modelo de atención centrado en la persona, se toma en consideración la especificidad de las condiciones de cada persona usuaria del sistema y parte de la necesidad de ajustar los servicios a las realidades y necesidades particulares de cada una de ellas. En este sentido, el enfoque adoptado en esta política se centra en aumentar la calidad de vida de las personas, a partir de la provisión de servicios orientados por el principio de respeto a la dignidad humana, la singularidad y el valor de cada persona. Se trata entonces de colocar a las personas como el eje central de los servicios, de forma tal que sean consideradas como agentes activos y que los servicios sean las herramientas necesarias para desarrollar sus proyectos de vida.

Lo anterior, está relacionado con el principio de respetar su autonomía y su capacidad para controlar su propia vida, de manera que la atención que se les brinde les ofrezca la oportunidad de erigirse como protagonistas y no únicamente como receptoras de los servicios. En este sentido, la atención centrada en las personas se compromete con brindar servicios de calidad que fomenten la autode-

63 Es importante aclarar que el cuidado y apoyo en el hogar tiene enormes virtudes. Sin embargo, es preciso subrayar que esta política aspira también a que nadie tenga que ser persona cuidadora obligada por la ausencia de alternativas fuera del hogar. Por ello, también resulta indispensable mejorar las condiciones de las personas cuidadoras familiares otorgando apoyo, acompañamiento y prestación económica si es requerido, así como la inclusión en la seguridad social distinguiendo el valor de su tiempo y trabajo.

terminación de cada persona usuaria y que les apoyen para tener continuidad en su modo de vida, hábitos y rutinas (CONAPAM, 2019).

Asimismo, este enfoque no solo se concentra en los principios anteriormente mencionados que deben guiar la provisión de los servicios, sino también en enfatizar la importancia de contar con ambientes físicos que funcionen como apoyos para asegurar el bienestar de la persona. Para este propósito, se requieren entornos accesibles, confortables, seguros y significativos. Este requerimiento representa un vínculo público privado en que se puedan facilitar este tipo de espacios con la participación del sector empresarial.

Esta Política pretende articular y ampliar la oferta de servicios de atención a la dependencia con el fin de posibilitar que las personas dependientes puedan permanecer en el entorno comunal y familiar. En este sentido, el enfoque de atención centrado en la persona otorga un valor fundamental al reconocimiento de que las personas son interdependientes y, por lo tanto, viven en relación social y requieren de los demás para realizarse plenamente. Para el desarrollo de su proyecto vital, es fundamental mantener los vínculos con sus familiares y amigos y seguir participando de las actividades que contribuyen a su desarrollo personal.

e Enfoque de desarrollo inclusivo y sostenible

Desde este enfoque, la aproximación a la igualdad se hace desde una perspectiva multidimensional, en la que se reconoce la importancia de la distribución de ingresos, activos y recursos, pero también la relevancia de afirmar la autonomía, la dignidad y los derechos de todos los sujetos. Para garantizar que todas las personas pueden ejercer plenamente estos derechos, el enfoque reconoce la centralidad del Estado en la provisión de servicios públicos, el impulso de políticas sociales inclusivas y en la ampliación y fortalecimiento de los sistemas de protección social (CEPAL, 2015).

En este marco, esta política pública incorpora los principios del enfoque de desarrollo inclusivo y sostenible y los compromisos asumidos por el país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como un marco orientador sobre el papel que debe asumir el Estado y sobre las poblaciones prioritarias de atención en un contexto marcado por profundas brechas sociales y dinámicas de exclusión.

Precisamente, esta política viene a atender la vulnerabilidad en la que se encuentran tanto las personas que necesitan cuidados y apoyos como la de las que lo brindan, debido a la distribución desigual de los cuidados dentro de las familias y las barreras que esta dinámica supone para el desarrollo de las mujeres.

En este sentido, se reconoce que un modelo de desarrollo inclusivo y sostenible que permita alcanzar una sociedad más justa amerita atender las demandas crecientes de cuidado de la población costarricense de manera que la responsabilidad se traslade de la esfera doméstica a la esfera pública, facilitando que la población pueda acceder a servicios de calidad y que esto, a su vez, permita a las mujeres acceder a mayores niveles de autonomía e incorporarse al mercado laboral. Atender la dependencia y promover la corresponsabilidad desde el Estado, es un paso fundamental para promover la inclusión social y el desarrollo colectivo.

f Enfoque de participación ciudadana

La participación ciudadana implica la apertura de espacios y mecanismos de articulación entre actores de la sociedad civil y el Estado a través de la facilitación de instrumentos y procedimientos que propicien la intervención ciudadana en los asuntos públicos (BID, 2013). Este enfoque abandona la idea de concebir a la población únicamente como objeto de la política, es decir, como simple depositaria de los servicios que se distribuyen, lo que la coloca en una posición pasiva y dependiente, sin reconocer su papel como portadora de derechos.

En este sentido, el Estado debe facilitar los mecanismos para que la población pueda participar y manifestarse en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de la política pública. De forma específica, esta política reconoce y protege el derecho de la población de involucrarse en los procesos de mejora del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia.

Se considera que la participación ciudadana será fundamental para evaluar la calidad de los servicios y el alcance de las prestaciones otorgadas, de manera que se abran oportunidades para el mejoramiento de los servicios con el fin de incrementar la calidad de vida de las personas.

g Enfoque de valor público y calidad

El punto de arranque de este enfoque será siempre la necesidad y la evaluación social de lo técnicamente diseñado y entregado, donde la excelencia técnica es un requisito. En el marco de este enfoque, se debe tener en cuenta el ciclo de la calidad de los servicios, entendido primero desde las expectativas y necesidades sociales, luego del diseño formal o promesa de servicios, enseguida del servicio producido o entregado y, finalmente, el servicio recibido, usado y percibido. Este enfoque promueve que los servicios sean coherentes en estos cuatro aspectos, centrados en la persona y orientados a la satisfacción con celeridad.

A través de esta política, se asume que la calidad de los servicios de cuidado es un requisito basal en todas las acciones de la política, gestionando a través del sistema de evaluación y monitoreo la detección de brechas entre los servicios necesarios, su diseño, producción y valoración por parte de la comunidad.

Por lo tanto, esta política parte de la concepción de los cuidados como un derecho que debe ser garantizado para todas las personas y provisto bajo criterios de calidad. Para esta política, el órgano rector que corresponda a cada área de intervención tendrá un papel preponderante en materia de aseguramiento de la calidad, velando porque los proveedores de los servicios reúnan las condiciones mínimas para garantizar una experiencia de calidad para todos los usuarios.

9

Capítulo

Componentes de la Política Nacional de Cuidados

EN ESTA SECCIÓN SE PRESENTAN LOS COMPONENTES SUSTANTIVOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS (en adelante PNC) y sus componentes. Se divide operativamente en cinco diferentes ejes que dan consorte a los mecanismos para hacer operativa la política, las cuales se apegan con la lógica de estructuración del Plan de Acción.

En concordancia, han sido considerados como prioridades de la PNC cinco ejes estratégicos: 1- Gobernanza del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia; 2- Inteligencia de datos para la articulación y ajuste del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia; 3- Fortalecimiento de la oferta de servicios y prestaciones de atención a la dependencia; 4- Generación de condiciones para el cierre de brechas de género en materia laboral; 5- Sistema de aseguramiento de la calidad del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia. Estos ejes adhieren respuestas y soluciones públicas encaminadas en aminorar las brechas estructurales que enfrenta el país en materia de cuidados y apoyos para personas dependientes. En este sentido, estos ejes conforman una hoja de ruta que permitirán la implementación progresiva de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia en Costa Rica. Dicha hoja de ruta requiere, entre otros elementos, articular instituciones y un conjunto de servicios existentes que pueden y deben ser remozados, diversificar las prestaciones y apoyos disponibles para las personas en situación de dependencia, así como ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los cuidados.

Eje 1. Gobernanza del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

Con el fin de dar respuesta a esta creciente demanda, esta política conforma y articula un Sistema Nacional de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, con una diversificación y ampliación de los servicios existentes. Para que el Sistema se transforme en una herramienta de política de atención permanente a las necesidades de cuidados de la población dependiente, es necesario contar con un marco legal que le atribuya formalmente esa calidad y establezca las condiciones que hagan posible su funcionamiento y su continuidad. Para ejercer la rectoría se contará con una Secretaría Técnica Nacional de Cuidados con sede en el IMAS que pueda aprestar el trabajo interinstitucional y velar por el cumplimiento de las partes dentro del sistema[64].

64 Se define que la instancia de coordinación y articulación de esta Política es el Instituto Mixto de Ayuda Social, tomando en cuenta que la Administración actual le ha conferido a su Presidente Ejecutivo el rol de Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social. Los servicios asociados a

Las bases legales del sistema habilitarían otras decisiones estratégicas relacionadas con financiamiento, presupuestación, gestión de información, coberturas prestacionales, aseguramiento de la calidad y rendición de cuentas. Asimismo, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, este plan de acción promueve que las instituciones-de acuerdo con los fines de su creación- que lo integran se comprometan a direccionar una partida acorde con las estimaciones presupuestarias establecidas.

▪ Justificación.

En Costa Rica, cada vez habrá más demanda de apoyos a los cuidados y atención a la dependencia debido al envejecimiento acelerado, la reducción del tamaño medio de los hogares y la mayor inserción de la mujer al mercado laboral y se incrementará la presión sobre la oferta de servicios sociales públicos para atender a la población dependiente.

Por ello, a falta de cobertura estatal ajustada a las necesidades de los cuidados y apoyos de las personas dependientes, estas tareas son realizadas mayormente en el entorno familiar de manera informal por las mujeres. Sin embargo, esta realidad es insostenible en el tiempo desde el punto de vista social. Asimismo, desde el punto de vista económico, la ausencia de una amplia gama de servicios sociales para la atención a la dependencia es una amenaza para el sostenimiento del equilibrio en la capacidad financiera de la sanidad pública.

▪ Aspiración.

Que las personas en situación de dependencia dispongan de un Sistema Nacional de Cuidados que les pueda brindar servicios y prestaciones para incrementar su bienestar y autonomía personal, implementado de manera progresiva hacia la universalización.

▪ Objetivo.

Concertar un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia para atender las necesidades en materia de cuidados de la población dependiente en Costa Rica, adaptando o desarrollando una nueva oferta de servicios y prestaciones evaluables.

▪ Resultados esperados al 2024

1. Aumenta la atención de personas dependientes con oferta de servicios y programas institucionales y con posicionamiento de la corresponsabilidad social de los cuidados acorde a un marco normativo articulando el Sistema Nacional de Cuidados.

2. El Sistema garantiza la dotación mínima necesaria de recursos para la ejecución de los servicios y prestaciones que ha establecido como prioritarios, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población dependiente.

3. El SNC es evaluado en todas las etapas de ejecución de la política pública con el fin de garantizar la mejora continua en la prestación de servicios.

Eje 2. Inteligencia de datos para la articulación y ajuste del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

Para alcanzar a esta población objetivo, es necesario contar con estadísticas actualizadas sobre la prevalencia de la dependencia en el país y sobre las características de este grupo con el fin de ajustar la oferta de servicios a sus requerimientos.

En este marco, el plan de acción de la política requiere de operaciones e instrumentos estadísticos que permita estimar prevalencia de la dependencia e informe sobre otros aspectos relevantes vinculados a la dependencia y sus cuidados de larga duración. Asimismo, se plantea articular los registros administrativos sobre la población dependiente a través del

la política de cuidados forman parte de los servicios sociales que deben ser provistos por ministerios sociales con visión amplia sobre la población objetivo, no únicamente vinculado a la ejecución de recursos dirigidos a población en pobreza. Ante la ausencia de esta figura, y en tanto no se cree en Costa Rica un ente con cartera para la rectoría de las políticas de Desarrollo Humano e Inclusión Social, la Secretaría Técnica estará alojada en IMAS.

establecimiento de un módulo de información específico en SINIRUBE[65], donde converjan con mecanismos de interoperabilidad otras fuentes de información como EDUS[66], SIPAM y SICID, las cuales contienen datos sobre personas usuarias de prestaciones sociales asociadas a dependencia y cuidados. Esta convergencia de información permitirá materializar, en la práctica, la necesaria integración sociosanitaria de las prestaciones del sistema.

- **Justificación.**

La ausencia de un instrumento que permita actualizar información sobre dependencia de forma periódica es una barrera que no permite conocer en detalle el perfil de la población y orientar los servicios a partir de estos insumos. Asimismo, la información sobre la población dependiente se encuentra dispersa entre las distintas instituciones que ofrecen o financian alguno de los servicios, de manera que es necesario un proceso que permita articularla, con el objetivo de que el sistema pueda identificar a los usuarios potenciales y efectivos y también dar seguimiento y evaluar la asignación de servicios y prestaciones.

- **Aspiración.**

Que las autoridades que gestionan el Sistema dispongan de un subsistema estadístico operando con información y datos actualizados sobre la prevalencia de la dependencia en el país y la necesidad de cuidados para esta población con el fin de utilizarlos para la toma de decisiones y la orientación de las prioridades de los servicios del Sistema Nacional de Cuidados.

- **Objetivo.**

Fortalecer un sistema de estadísticas nacionales, periódico con información relativa a los cuidados y la dependencia en el país, así como un sistema de registros administrativos y herramientas de gestión articulados en SINIRUBE, mediante una arquitectura de datos que facilite la interoperabilidad de la información para la medición de la dependencia a través del ingreso de datos en EDUS, SIPAM y SICID de las personas adjudicatarias de prestaciones sociales asociadas a dependencia y cuidados.

- **Resultados esperados al 2024**

4. Un sistema operando con información y datos actualizados sobre la prevalencia de la dependencia en el país y la necesidad de cuidados para esta población con el fin de utilizarlos para la toma de decisiones y la orientación de las prioridades de los servicios del Sistema Nacional de Cuidados.

5. Aumento en el número de personas en situación de dependencia para la cual existen registros administrativos con información relativa a los servicios y prestaciones que reciben.

Eje 3. Fortalecimiento de la oferta de servicios y prestaciones de Cuidados de larga Duración y Atención a la Dependencia

De acuerdo con las proyecciones, se espera que en el año 2030 se iguale la proporción de personas menores de 15 años y las mayores de 60 años y para el 2032 se supere. Asimismo, según la Contraloría General de la República, la atención al envejecimiento supondrá un aumento en los gastos de hospitalización y consulta externa, de aproximadamente 86% para el 2030 respecto a los gastos del 2016. Ante la ausencia de servicios de cuidados y apoyos para la atención a la dependencia en el hogar, las personas adultas mayores ingresarán de manera cada vez más frecuente a los centros hospitalarios, lo que implicaría un aumento de gastos en un contexto de significativas restricciones financieras para la CCSS.

Para reducir la brecha existente entre oferta y demanda de servicios de cuidado, se propone el establecimiento de un modelo base del

65 Con el debido consentimiento informado de las personas.

66 La CCSS no cruza la información de Salud con SINIRUBE. Por ello, cruzar datos del registro de información en términos generales y estadísticos de las personas usuarias de los sistemas de salud, puede brindar datos que permitan conocer los perfiles de salud de las personas dependientes y mejorar los procesos de integración de los servicios sociales y servicios sanitarios.

sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia, con un crecimiento progresivo del tipo de prestaciones disponibles y de la cobertura. Se detalla a continuación en qué consiste el modelo base.

▪ Modelo Base de Atención a la Dependencia

La decisión del modelo que se desea implementar, Modelo Base de Atención (en adelante MB), recae en la factibilidad técnica y política y en la prioridad social de las necesidades de atención a la dependencia. Funciona como un objetivo intermedio, es decir, es un modelo al que se quiere llegar en un determinado lapso, pero que, en teoría, no es un modelo completo. Este modelo parte de la premisa de proveer servicios básicos de cuidados y apoyos, contribuyendo en la disminución de las sobrecargas de la persona cuidadora principal y en el mejoramiento de las condiciones de atención a las personas en situación de dependencia. Por lo tanto, es más un modelo fuerte, amplio y que sienta las bases para el desarrollo futuro de prestaciones y servicios más complejos y robustos.

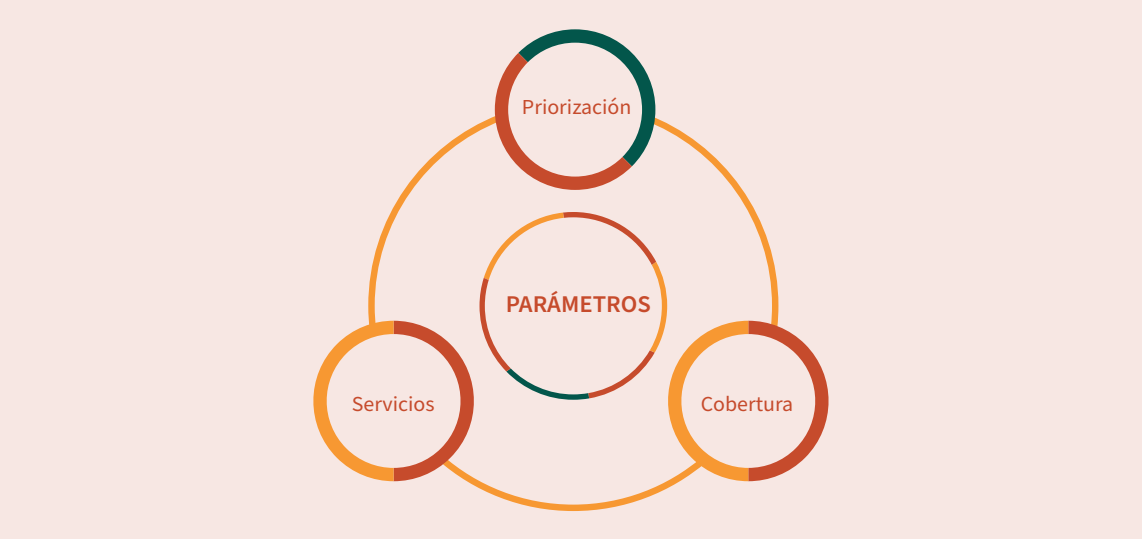
Se entiende como modelo completo, aquel que incluye la mayor parte de servicios y cobertura existente en sistemas de los países desarrollados, es decir, ofrece servicios de atención domiciliaria y servicios de atención residencial a todas las personas dependientes y puede incluir otros servicios complementarios como teleasistencia, telemedicina y otras prestaciones. Asimismo, puede incorporar permisos y servicios para las personas cuidadoras, tal como se explicó en el capítulo de referencia internacional.

De esta forma, el Modelo Base pone los cimientos sobre un futuro desarrollo del sistema, y configura el objetivo de mediano plazo de esta Política Nacional de Cuidados. Por ello, cumple ciertas características como son:

- (a) Prioriza sobre las personas con mayor severidad.
- (b) Cubre parcial o totalmente la atención residencial.
- (c) Impulsa una red de atención domiciliaria.
- (d) Incluye, en mayor o menor medida, algunos servicios complementarios.

Estas características se pueden abordar desde tres parámetros: la priorización, la cobertura y los servicios que se ofrecen.

Ilustración 10. Parámetros del modelo base de atención a la dependencia



Extracción Matus-López (2019).

Priorización

En cuanto a priorización, se utilizó como criterio el nivel de severidad de la dependencia: el MB incluye, principalmente, atención a la población dependiente grave y moderada, que se estima en torno al 65% del total de dependientes.

En perspectiva internacional, la mayoría de los modelos se definen como universales, por lo que no priorizan por características individuales o socioeconómicas. No obstante, existen tres situaciones en las que se produce focalización.

La primera es que algunos, como Francia, limitan el acceso a los servicios solo a las personas mayores de 60 años. Este criterio tiene una estricta relación con la severidad, que, como muestra la evidencia, se concentra en la población mayor de 65 años. Además, cabe considerar que el modelo francés ofrece una amplia gama de servicios sociales que cubre a personas que puedan tener necesidades similares, que no accedan a estos servicios por edad.

La otra situación en que se focaliza es aquella que se produce cuando el modelo está en desarrollo. Esto ocurre tanto en Uruguay en la actualidad, así también en España en el pasado. En estos casos se toman en consideración dos criterios que están relacionados: la edad, en el caso uruguayo y la severidad, en el español. No obstante, es una situación temporal, mientras se construye una red de servicios o se dispone del presupuesto para ello.

Por último, la tercera situación de focalización se produce de forma marginal, es decir, con respecto a los nuevos ingresos. El caso más evidente es el español, que, cuando debió afrontar un período de consolidación fiscal, suspendió, entre 2012 y 2015, la entrega de prestaciones o servicios a los nuevos solicitantes con menor grado de severidad.

En el caso costarricense, se cumplen dos de las situaciones que permiten justificar una primera etapa de modelo básico, que priorice en los dependientes severos y parte de los moderados: la construcción paulatina de un modelo más completo y la generación de recursos presupuestarios en el tiempo, que permitan afrontar el gasto corriente del sistema.

Considerando la evidencia provista por el Modelo Base, para Costa Rica la distribución por grados de dependencia se estima en 47.768 personas en situación de dependencia severa, 55.729 en situación de dependencia moderada y 55.729 personas en situación de dependencia leve.

Cobertura

Se establecieron metas de cobertura según severidad. Estas asumen que, un porcentaje de la población, con menor severidad, continuará, por distintas razones, utilizando otros servicios, principalmente, atención privada y atención no remunerada en el entorno familiar.

En concreto, el MB asume una meta de atención del 55,9% del total de personas dependientes y 88,7% de personas dependientes graves y moderados. Con el desarrollo de la red de atención residencial, se espera que para 2050, esta cobertura aumente hasta el 60,5% y 93%, respectivamente.

Servicios

El Modelo Base se construyó sobre el criterio de cobertura paulatina de la atención residencial y una fuerte expansión de la atención de base domiciliaria, principalmente, de asistencia en domicilio, centros de día, teleasistencia y residencias de larga estancia. Se describen a continuación las prestaciones del Modelo Base y se da cuenta de la población objetivo por atender y de la estimación de costos para cada una. En el caso de no disponer de referencias nacionales, se utilizaron estándares internacionales, ajustados a precios locales.

Asistencia domiciliaria

Es el servicio[67] más importante en esta primera parte de desarrollo del sistema. Consiste en atención en el domicilio, para cuidado de 80

67 Actualmente, en el país se brindan prestaciones asociadas con esta modalidad. Como se dio cuenta con claridad en el apartado del "Estado de la Situación", principalmente, la llevan a cabo CONAPDIS y CONAPAM con recursos propios, de la JPS o de FODESAF. Sin embargo, la cifra no excede las 900 personas entre ambas (muy por debajo de la cifra de sus alternativas residenciales) y no están pensadas para personas dependientes, sino para las poblaciones de las cuales son rectoras. El contenido de la prestación no se adapta a las personas, sino que las personas, según sus ingresos, edad o situación, deben adaptarse a la institución. El sistema tiene por objetivo ubicar a la persona en el centro de la política pública, donde le corresponde estar.

horas mensuales. Está destinado a personas con dependencia grave, con una cobertura del 80% del total, que para 2018 representa 38.214 personas usuarias.

Su costo unitario se encuentra en un rango desde 119.048 colones/mes a 175.571 colones/mes, con un valor de referencia de 148.810 colones/mes (218 USD/mes).

Centros de atención diurna

Consiste en centros de atención a personas dependientes con grado de dependencia grave y moderada que residen en sus hogares. Con base en la evidencia internacional, se estima su utilización en el 10% de las personas usuarias de atención domiciliaria y de teleasistencia. De esta forma, la población potencialmente usuaria de este servicio podría rondar las 8.678 personas en el MB.

El costo unitario de este servicio se estima en un rango de 92.000 colones/mes a 145.914 colones/mes, con un precio medio de referencia para este estudio de 118.957 colones/mes (175 USD/mes).

Teleasistencia

Esta opción de atención remota y apoyo telemático tiene la característica de ser accesible de manera remota en cualquier momento y lugar, de modo que puede contribuir a la permanencia de la persona dependiente en su entorno habitual el mayor tiempo posible. Suele prestarse con otro tipo de servicios por lo que se incorpora como un servicio complementario, ya que no alivia la situación de dependencia ni brinda ayuda para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, sino que actúa como un sistema de monitoreo de la dependencia y prevención de accidentes domésticos. Mediante la teleasistencia, las personas en situación de dependencia y sus familiares pueden acceder a la orientación profesional especializada mediante una llamada o presionando un botón, de modo que, es útil tanto para la atención de emergencias y situaciones de incertidumbre o soledad no deseada. Por lo tanto, debido a su flexibilidad y modularidad, la teleasistencia puede ser de gran utilidad para las personas cuidadoras familiares y aquellas que laboran como cuidadores remunerados, ya sea para brindar atención en salud, educación, apoyo y acompañamiento. De ahí su recomendable expansión hacia personas en situación de dependencia moderada y leve. La población objetivo de este servicio, en el Modelo Base, está constituida por todas las personas dependientes graves, más el 70% de las personas dependientes moderadas. La cobertura es alta, ya que su despliegue es relativamente rápido y sus costes marginales son bajos. En total, se estima que alcanzaría a unas 86.778 personas.

El rango de costos de este servicio va desde los 14.993 colones/mes a los 17.607 colones/mes, con un promedio de 16.300 colones/mes (24 USD/mes).

Centros residenciales

Se estimó que para el 2018 unas 4.951 personas dependientes se encontraban en residencias institucionales (públicas o privadas). El MB asume la inclusión de las personas dependientes en instituciones como parte del sistema. A ello, se agrega el restante 20% de los más severos en domicilios, no cubiertos por atención domiciliaria, a lo largo del período, hasta 2050. Debido a la complejidad de implementar los cupos para reestructurar y mejorar las infraestructuras, se propuso una implementación gradual de 10% anual hasta completar la demanda.

El costo unitario por cupo residencial se estimó en un rango de 456.760 colones/mes a 822.717 colones/mes, con un valor referencial medio de 639.739 colones/mes (939 USD/mes). Los resultados coinciden con la evidencia internacional, señalando este servicio como el más caro del sistema.

En resumen, las coberturas del modelo base son las siguientes:

- Atención residencial a personas actualmente en instituciones. Se extiende al 20% de las personas dependientes con mayor gravedad para el 2050.
- Atención domiciliaria para el 80% de las personas dependientes graves.
- Teleasistencia para el total de personas dependientes graves y 70% de moderados.
- Centros de día hasta el 10% de personas usuarias con teleasistencia o atención domiciliaria.

La implementación de este MB tiene un costo anual de 135.607 millones de colones al año (USD 235 millones), con un total de al menos, 91.729 personas usuarias. En términos de esfuerzo presupuestario, representa 0,48% del PIB de 2018.

El costo se elevaría a 325.948 millones de colones o USD 565 millones para el 2050, debido a dos factores: el aumento de la población

dependiente, que pasaría de 159.225 a 303.607 individuos (en un escenario de equilibrio dinámico) y la extensión de la atención residencial a los más graves.

En sentido positivo, el esfuerzo se reduciría hasta el 0,44% del PIB en 2050, ya que el aumento de costos es menor que la proyección de crecimiento económico de Costa Rica, basada en la tendencia histórica (3,7% anual). Incluso en el escenario de crecimiento bajo (3,1% anual), el costo no superaría el 0,44% del PIB. En los anexos, se incluye información adicional detallada sobre el modelo de prospección de costos del modelo base de cuidados.

▪ Justificación.

Si bien, la vejez no es sinónimo de enfermedad, el envejecimiento trae consigo una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales y también una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, de manera que durante los próximos años se incrementará el número de personas dependientes.

Ante este escenario, el país debe dar respuesta a la creciente demanda en materia de cuidados para lo cual es necesario facilitar una oferta de servicios y prestaciones que permita que las personas dependientes reciban los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria y que tengan una calidad de vida digna y, a su vez, liberar la sobrecarga de cuidados que recae en este momento sobre las familias, específicamente, sobre las mujeres. Para ello, esta política propone la ampliación de los servicios y prestaciones de atención a la dependencia y cuidados establecidos en el Sistema, la creación de un baremo para valorar el nivel de severidad y con ello asignar las prestaciones a los que tendrá acceso cada persona; así como al resultado del robustecimiento de las licencias para personas cuidadoras asalariadas que brinda la CCSS.

▪ Aspiración.

Ampliación del tipo de oferta y cobertura de los servicios y prestaciones de atención a la dependencia y cuidados establecidos en el modelo base del Sistema.

▪ Objetivo.

Poner en funcionamiento el flujo de procesos para acceder a la carta programática de servicios y prestaciones del sistema con la aplicación de un baremo de valoración de la dependencia.

▪ Resultados esperados al 2024

6 Más personas dependientes cuentan con atención mejorada y ampliada desde el enfoque de la corresponsabilidad social de los cuidados, adecuando la oferta de servicios con base en la prevalencia y caracterización de la dependencia.

7 Aumenta la utilización del Baremo operando a nivel nacional mediante el cual se registre el tipo de dependencia, el grado y se determine la oferta de prestaciones por conceder.

Eje 4. Contribuir a la generación de condiciones para el avance de la corresponsabilidad social de los cuidados y apoyos y el cierre de brechas de género en materia laboral

La ausencia de sistemas formales de apoyo al cuidado de personas dependientes, en un contexto de envejecimiento poblacional, genera entre sus costos más importantes la pérdida de oportunidades productivas de las personas cuidadoras, generalmente mujeres, ya que pudiendo estar incorporadas en el mercado del trabajo, la cultura patriarcal y familiarista les impone culturalmente el tener que dedicarse al cuidado informal de la persona dependiente, lo cual no solo recarga su triple jornada de trabajo no remunerado, sino que limita las posibilidades de que potencien sus capacidades y puedan incorporarse a las modalidades de empleo disponibles o bien las obliga a permanecer dentro del trabajo informal precarizado, sin aseguramiento.

▪ Justificación.

Para corregir esta inequidad de género es necesario que el Estado disponga de servicios de apoyo al cuidado en el domicilio y al mismo tiempo contribuyan a la generación de condiciones para la empleabilidad de las mujeres que necesiten y quieran trabajar de forma remunerada. Para ello, el Instituto Mixto de Ayu-

da Social (IMAS), el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) trabajarán en la creación de un mecanismo de priorización para colocar servicios en aquellos hogares en los que haya interés y potencial para que las mujeres se vinculen a un empleo formal y logren su independencia económica, reduciendo las desigualdades de género en el desarrollo.

En el caso de mujeres en situación de pobreza extrema cuidadoras de personas dependientes, en los que se determine que no existe potencialidad para su vinculación con el empleo remunerado, se hace necesario asegurar una transferencia monetaria como una forma de reconocimiento al valor de su trabajo como cuidadoras y su aporte a la sociedad.

▪ Aspiración.

Reducción de la brecha en cuanto a la distribución de las tareas del cuidado de las personas dependientes al interior de los hogares, con una participación más equitativa que permite a más mujeres insertarse en el mercado laboral.

▪ Objetivo.

Redistribuir socialmente las tareas de cuido, integrando los derechos de las personas cuidadoras y de las personas que reciben cuidados y apoyos con el fin de reducir la brecha de género en materia laboral, facilitando la creación de nuevas alternativas de apoyo a los cuidados que permitan a las mujeres vincularse al empleo formal y, a la vez, aumentar el aseguramiento en la seguridad social de las personas que llevan a cabo cuidados y apoyos para personas dependientes.

▪ Resultados esperados al 2024

8 Aumentan las mujeres con oportunidades laborales facilitadas por un mecanismo de intermediación adoptado para colocar servicios de apoyo a los cuidados domiciliarios cuando hay potencial de incorporación de mujeres al mercado laboral según perfiles de empleabilidad y empresariedad.

9 Aumentan las mujeres en situación de pobreza extrema que reciben una transferencia monetaria.

10 Aumentan las mujeres que se desempeñan como cuidadoras de manera remunerada, pero con cobertura de alguna modalidad de aseguramiento en la CCSS.

Eje 5. Sistema de aseguramiento de la calidad[68] del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Costa Rica

El desafío en materia de aseguramiento de los servicios de cuidados y apoyo de las personas dependientes es poder mejorar los limitados resultados que hasta ahora el país ha alcanzado debido a la existencia de ofertas segregadas y coberturas limitadas, únicamente enfocadas en personas en situación de pobreza y pobreza extrema y cuya población objetivo no son necesariamente las personas con dependencia. Hasta ahora, este modelo ha impedido generar opciones de cuidados que permitan impactar a toda la población que lo requiere y que tengan una visión de largo alcance.

Para mejorar los resultados hasta ahora conseguidos, es necesaria la existencia de recursos humanos calificados que se puedan desempeñar adecuadamente en las distintas modalidades de cuidados. Desde luego, en los servicios de cuidado y apoyos institucionales y formales se requiere de cuidadoras y cuidadores con entrenamiento específico y debidamente certificado para desempeñar esos roles, mientras que los cuidadores y cuidadoras informales pueden requerir alguna capacitación o entrenamiento básico para desarrollar mejor las tareas de cuidado en domicilio. En ambos casos, se trata de un factor determinante de la calidad del servicio y actualmente no

68 La Comisión Interamericana de Mujeres, en virtud de la Emergencia Global de los Cuidados, ha presentado al continente americano una serie de recomendaciones para enfrentar esta realidad multidimensional. Una de las que se encuentra en las Recomendaciones sobre los cuidados como derecho, y a la que responde este eje, es: “Establecer servicios de calidad con progresiva cobertura universal de las poblaciones con mayor dependencia” (CIM,2020).

existe una política consistente que incentive el desarrollo y certifique una oferta de formación adecuada.

Asimismo, es imperativo la definición de estándares de calidad para establecimientos dedicados al cuidado y la atención de personas dependientes por parte del Ministerio de Salud, como entidad competente; así como establecer esos estándares como requisitos por parte de las instituciones concedentes de recursos.

▪ Justificación.

Esta política propone crear un sistema de aseguramiento de la calidad en servicios de atención a personas dependientes y de apoyo a sus cuidados a partir de un protocolo que establezca un currículum de formación por competencias para distintos perfiles relacionados con el rol de la persona cuidadora, la implementación de una estrategia de formación continua y la elaboración de un plan de aseguramiento para el funcionamiento del sistema.

▪ Aspiración.

Existen en todas las regiones del país personas egresadas de la primera cohorte de cuidadoras y cuidadores integrados al Programa Nacional de Formación por competencias y certificación del oficio de técnico o asistente del cuidado.

▪ Objetivo.

Garantizar que los servicios y prestaciones concedidos por el Sistema, respondan a los estándares y lineamientos calidad establecidos previamente por el subsistema de formación de competencias en cuidados y apoyos.

▪ Resultados esperados al 2024

11 Mejora la calidad de los servicios de cuidados a partir del entrenamiento y cualificación de personas cuidadoras formales e informales que proveen servicios de atención a la dependencia.

12 Más espacios institucionales y en domicilio que cumplen con los lineamientos de calidad establecidos por el órgano rector de manera conjunta con las instituciones que financian y supervisan a los proveedores de los servicios.

Mediante la teleasistencia, las personas en situación de dependencia y sus familiares pueden acceder a la orientación profesional especializada mediante una llamada o presionando un botón...

10

Capítulo

Modelos de Gobernanza y Gestión

LOS MODELOS DE GOBERNANZA Y DE GESTIÓN DISPUESTOS PARA LA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS 2021-2031 y su puesta en marcha mediante su primer Plan de Acción 2021-2023 (su principal instrumento de ejecución con un horizonte de mediano plazo), con fundamento en lo establecido en el Reglamento General del Sistema Nacional de Planificación[69], son el resultado de un proceso que involucra a los diferentes niveles o ámbitos de acción, los espacios de gobernanza e instrumentos de planificación que facilitan la articulación idónea para el funcionamiento del Sistema Nacional de Cuidados.

En este apartado, la definición del modelo de gobernanza se visualiza a partir de los lineamientos y objetivos de la Política y se aborda la línea general de intervención interinstitucional e intersectorial, subrayando los actores en la coordinación, a nivel de ejecución y la manera en que estos deben coordinarse o cumplir su papel y función, de acuerdo con las respectivas competencias.

El modelo de gobernanza incluye elementos de dirección, priorización y toma de decisiones por parte las instituciones involucradas en el cumplimiento de lo dispuesto en esta política pública, en tanto el modelo de gestión contempla los criterios de planificación, evaluación y monitoreo, instrumentos, responsabilidades de los participantes, los procedimientos técnicos y administrativos, que se aplicarán en el horizonte temporal de ejecución de la política.

Los compromisos y responsabilidades de los entes coordinadores y ejecutores en la Política, se enmarcan en la forma de organizar la gestión pública, el rol de las instituciones o entes participantes, de acuerdo con sus tareas, funciones y competencias, para lo cual se establece este apartado promover para la implementación de esta Política Pública. Por su parte, en el organigrama de funcionamiento se definen los roles en cada uno de los temas centrales, ejes o componentes, las acciones y metas que han sido definidas, acordadas, ratificadas y validadas de manera complementaria.

En el modelo de gobernanza, los elementos principales son las orientaciones y las conexiones para la implementación de acciones y las metas, distribuidas a lo largo del período de vigencia de la política, que determina su alcance, de acuerdo con los recursos humanos y económicos por gestio-

69 Decreto Ejecutivo 37735-MP-PLAN y sus reformas.

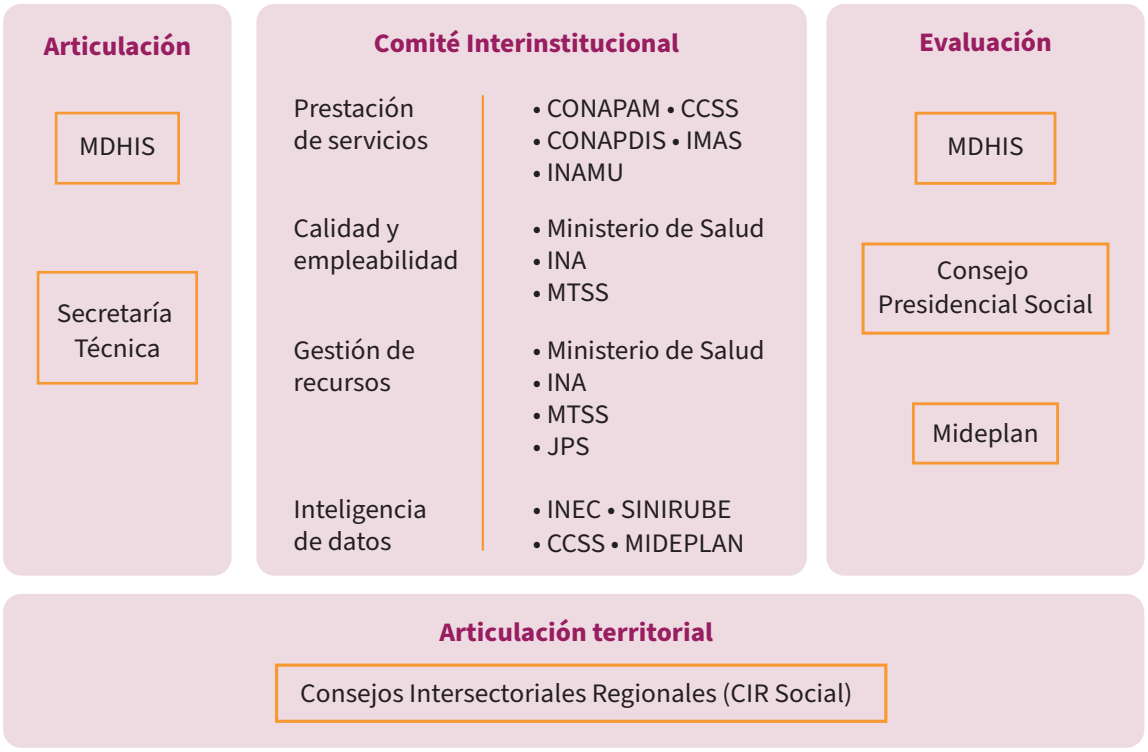
nar para el logro de objetivos y resultados. En este aspecto de gerencia social y gestión pública[70] se retoma la organización y las funciones de los entes responsables, coordinadores de la Política y los ejecutores del cumplimiento de las acciones y considera su proceso de evaluación y seguimiento.

Para que la Política de Cuidados 2021-2031 sea una realidad, debe cristalizarse a través del Sistema Nacional de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia (en adelante el Sistema).

Las instituciones que lo componen tienen funciones particulares que podrán generar cadenas de resultados para crear valor público y bienestar a las personas dependientes y sus familias, a las veces que se generan otras externalidades conducentes al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

Por su eficacia, intersectorialidad y presencia regional en todo el territorio nacional, los Consejos Intersectoriales Regionales del área social (CIR Social) serán los espacios de articulación y coordinación en las regiones del país, por medio de los cuales las instituciones que conforman el Sistema canalizan las necesidades de los territorios del país, en relación con la cobertura y la suficiencia de las prestaciones que son parte de esta Política[72].

Ilustración 11 Modelo de Gestión del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia



Fuente: Elaboración propia.

70 El concepto de modelo de gestión pública o modelo de valor público es una noción en la cual se busca un conjunto de definiciones de cómo la organización (o el Estado) creará valor público y como este lo llevará a sus usuarios y partes interesadas de carácter político y estratégico.

71 Para el segundo Plan de Acción de la presente política, se avanzará con mayor dinamismo en la territorialización del Sistema mediante una estrategia con los Gobiernos locales para alcanzar la denominación de "Ciudades Cuidadoras" donde se puedan entretejer esfuerzos gubernamentales multinivel para amplificar el bienestar de la población.

El Sistema se entiende conceptualmente como el conjunto de políticas y acciones que realiza, articula y gestiona el Estado costarricense dentro del tejido social para prodigar la autonomía personal, el desarrollo humano y el bienestar cotidiano de las personas que se encuentran en situación de dependencia y para las personas cuidadoras que les asisten a realizar actividades básicas de la vida diaria. Tales políticas y acciones públicas se expresan en forma de transferencias, servicios, prestaciones o alternativas de uso de tiempo dirigidos a personas que necesitan cuidados, así como a quienes los llevan a cabo.

Insistir en la fragmentación de la cobertura de servicios supone también fragmentar las necesidades de las personas. En los países integrantes de la OCDE este enfoque de atención ha cambiado, bajo el principio de coherencia de las políticas para el desarrollo (PCD). En virtud de lo anterior, la integración, coordinación y articulación interinstitucional será una herramienta no solo de atención, sino también de divulgación, evaluación, integración con otros mecanismos de política estatal y coordinación con los planes de prestaciones y servicios para las personas dependientes y sus familiares.

Las acciones del Sistema Nacional de Cuidados en Costa Rica deben observarse dentro de un marco de cambio cultural entorno a la corresponsabilidad social de los cuidados[72], con el fin de cuidar y asistir a las personas en situación de dependencia, especialmente a quienes no pueden comprar estos servicios en el mercado, carecen de redes de apoyo familiar y viven en hogares unipersonales.

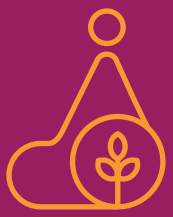
El rol de cada uno de los actores determinado por sus políticas, acciones, programas y servicios, viabilizará articular y transversalizar de manera eficaz el valor público y el bienestar que aportan todas las instituciones, dedicando y transfiriendo recursos económicos a las instituciones prestatarias de servicios, integrando, articulando, engranando, modernizando y complementando en ocasiones su oferta, homologando la valoración de la dependencia y trascendiendo de la simple coordinación entre instituciones ejecutoras, al funcionamiento e institucionalización del Sistema. Hoy la apuesta es por las personas y sus necesidades, no por la rigidez de las instituciones.

Debido a esto, la sostenibilidad de la Política radica en el nivel de compromiso político de las personas jerarcas en cumplimentar los compromisos plasmados en el Plan para dar vida a esta nueva instancia de gobernanza que maximiza y hace un uso eficiente de los recursos económicos al incorporarla en su deber ser para programar y ejecutar recursos y responder a las demandas sociodemográficas que desafían el presente tránsito histórico, señalado en los ejes del Plan.

El Sistema estará integrado por 10 instituciones que articularán esfuerzos y recursos en torno a la rectoría del Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, con el acompañamiento técnico del IMAS para la articulación interinstitucional en el engranaje del sistema para el cumplimiento de sus funciones. El Sistema será parte del modelo operativo y financiero de sus instituciones integrantes, de manera tal que podrá elaborar estrategias para mejorar la eficiencia de recursos, reducir las barreras que impiden el acceso a los servicios de atención a la dependencia, mejorar la calidad de los cuidados de larga duración y los servicios de atención a la dependencia, hacer uso de la inteligencia de datos para llegar a las poblaciones desatendidas, proporcionar capacitación y calidad, así como apoyo con prestaciones como el respiro familiar y el aseguramiento destinado a los familiares que cuidan y apoyan a las personas dependientes.

El reto por enfrentar no se reduce únicamente a aumentar fondos ni a mejorar trámites, sino a cambiar de paradigma, desde un enfoque asistencialista a uno de corresponsabilidad social, donde haya mayor sensibilidad y respuesta de parte de todos los actores involucrados, para asegurar respuestas adecuadas y sostenibles. Además, se trata también de dar la vuelta en para favorecer la atención en el domicilio, y cambiar el enfoque institucionalizador. El Sistema invita a todas las instituciones del Sistema a continuar con sus esfuerzos y compromisos y seguir haciendo de Costa

72 Desde el punto de vista de la gestión de los cuidados y apoyos se reconocen tres modelos. El más tradicional, sustentado en las capacidades de los hogares. Un segundo centrado en soluciones provistas por el mercado y mediadas entonces por las capacidades de pago. Una tercera vertiente, a modo de alianzas público-privadas, se sustenta en un enfoque de corresponsabilidad social de los cuidados y apoyos. Esta política apuesta por este último.



El Sistema se entiende conceptualmente como el conjunto de políticas y acciones que realiza, articula y gestiona el Estado costarricense dentro del tejido social para prodigar la autonomía personal, el desarrollo humano y el bienestar cotidiano de las personas que se encuentran en situación de dependencia y para las personas cuidadoras que les asisten a realizar actividades básicas de la vida diaria.

Ilustración 12. Instituciones que articulan el Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

Fuente: Elaboración propia.

Rica un país ejemplar en materia de derechos y desarrollo social. Para cumplimentar este requerimiento, el ente rector del sistema definirá espacios de convergencia interinstitucional y coordinación, tanto de instancias de nivel político (para la toma de decisiones con las personas jerarcas), como instancias de nivel técnico central (Comisión Técnica Interinstitucional liderada por el IMAS, integrada por una persona de cada una de las instituciones que conforman el Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia).

Para que ello ocurra, la rectoría del Sistema contará con el apoyo de las instituciones como sigue: Mideplan, colaborará a través de su Unidad de Análisis Prospectivo y Política Pública en la evaluación y focalización de la atención a la dependencia, también, en asocio con los datos del sistema de interoperabilidad estadística que se pueda conformar en un módulo de SINIRUBE, EDUS, SIPAM, SICID y por supuesto INEC con la inclusión de una batería periódica de dependencia en la ENAHO.

Por su parte, el MTSS mediante el Sistema Nacional de Empleo (SNE) desarrollará estrategias de vinculación de las personas que llevan a cabo estas tareas al mercado de trabajo, además mediante el Programa Nacional de Empleo (PRONAE), serán incluidas las actividades de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia en el marco nacional de cualificaciones, mediante el cual, a través de Empléate, será financiada la formación[73].

Por supuesto, en esta y en todas las tareas, la transversalización de la perspectiva de género y la experiencia del INAMU en la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, será fundamental.

73 La Comisión Interamericana de Mujeres ha señalado que la ruta hacia la recuperación económica posterior a la pandemia por COVID-19 está transversalizada por el reconocimiento de los cuidados para personas en situación de dependencia y en la generación de políticas públicas para el empoderamiento económico de las mujeres, como actoras de primera línea en la recuperación y crecimiento económico de los países (CIM, 2020).

Asimismo, CONAPDIS y CONAPAM ampliarán y diversificarán sus programas, unificando esta nueva oferta de servicios del sistema, lo harán con los recursos propios y los provistos por IMAS[74], JPS[75] y FODESAF[76] así como de cualquier fuente que el Sistema pueda recibir, partiendo de la adecuación de los servicios para la atención de personas dependientes. Además de generar nuevos esquemas de copagos para ampliar la base de potenciales personas usuarias.

El copago es el mecanismo ex post más utilizado y cuenta con una amplia discusión científica y política desde su implementación en los sistemas de servicios sociales. Reclama entre sus aspectos positivos el esfuerzo conjunto de la sociedad y el individuo, la mayor valoración de los servicios, la exigencia de calidad por parte del usuario y el poder de elección de las personas beneficiarias (Matus-López, 2019).

Por otra parte, un elemento clave para el fortalecimiento de un sistema de atención continua a la dependencia es la existencia de recursos humanos calificados que se puedan desempeñar adecuadamente en las distintas modalidades de cuidados. Tanto en el ámbito de los servicios de carácter formal o también conocidos como institucionales o remunerados y los de corte informal, basados en el voluntarismo, afectos y el principio de la no retribución económica.

En ambos casos se trata de un factor determinante de la calidad del servicio y, actualmente, no existe una política consistente que incentive el desarrollo y certifique una oferta de formación adecuada. Para ello, el rol en cuanto a calibración conceptual de las cartas de ofertas de servicios sociales de las instituciones, además del trabajo de las instituciones prestatarias, tendrá un componente de calidad fruto de las sinergias entre el Ministerio de Salud, el INA[77] y cuando el cuido esté asociado con enfermedad, también de la CCSS.

La participación de la CCSS es clave en el sistema como prestador de servicios de salud, pensiones, prestaciones, servicios sociales y cualquier intervención que pueda desarrollar la institución para las personas en situación de dependencia. Su principal rol es esencialmente amplificar temas médicos en domicilio, ensanchar su veta de servicios sociales (principalmente teleasistencia) y engranar su sistema de salud, con un nuevo sistema de servicios sociales. Si bien sus amplias competencias en materia de salud son una virtud, es posible crear sinergias con un sistema de servicios sociales para aprovechar lo mejor de ambos enfoques de intervención.

De este modo, esta última desarrollará los servicios de telemedicina, telesalud, realidad virtual como herramienta terapéutica, y teleasistencia para llevar los servicios de salud hasta los hogares cuando así lo requieran las personas en situación de dependencia, favoreciendo la accesibilidad a servicios médicos de las personas dependientes, mientras tanto, fortalecerá las alternativas para que las personas que llevan a cabo cuidados y apoyos para las personas dependientes, puedan tener acceso a la seguridad social.

El sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia se nutre de la experiencia acumulada por las instituciones del bienestar costarricense que han brindado o financiado servicios sociales o componentes correlativos a la atención a la dependencia, de modo que para llenar el vacío de un sistema de servicios sociales, toma en consideración el avance en los diferentes instrumentos de políticas que se

74 Bienestar familiar en IMAS creará una nueva transferencia de "Cash-for-Care" destinada a mujeres cuidadoras en situación de pobreza extrema que no tengan posibilidades de insertarse en el mercado de trabajo.

75 La Gerencia de Desarrollo Social, previo a la actualización del "Manual de Criterios para la Distribución de Recursos de la JPS", Aprobado por Junta Directiva acuerdo JD-192, artículo III), inciso 3), sesión 14-2009 del 19 de mayo, 2009, llevará a cabo una revisión de los modelos de atención con el fin de definir los servicios mínimos que debe tener de acuerdo con el concepto de intervención.

76 Al ser la DESAF, una dependencia que no ejecuta directamente programas o proyectos sociales, pero tiene como cometido garantizar el adecuado uso de los recursos del FODESAF transferidos a las Unidades Ejecutoras, fomentará y girará instrucciones para que, desde la formulación del plan de presupuesto de los programas y proyectos a financiar, se incluyan acciones tendientes a brindar atenciones a las necesidades de cuidado de las poblaciones usuarias dependientes, lo cual se complementará con estudios de verificación y evaluaciones, según corresponda.

77 Por medio de la creación de un Programa de Formación que tenga por objeto formar y certificar Asistentes en Cuidados y Apoyos para personas dependientes.

traducen en acciones conducentes, mediante la integración, a contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias.

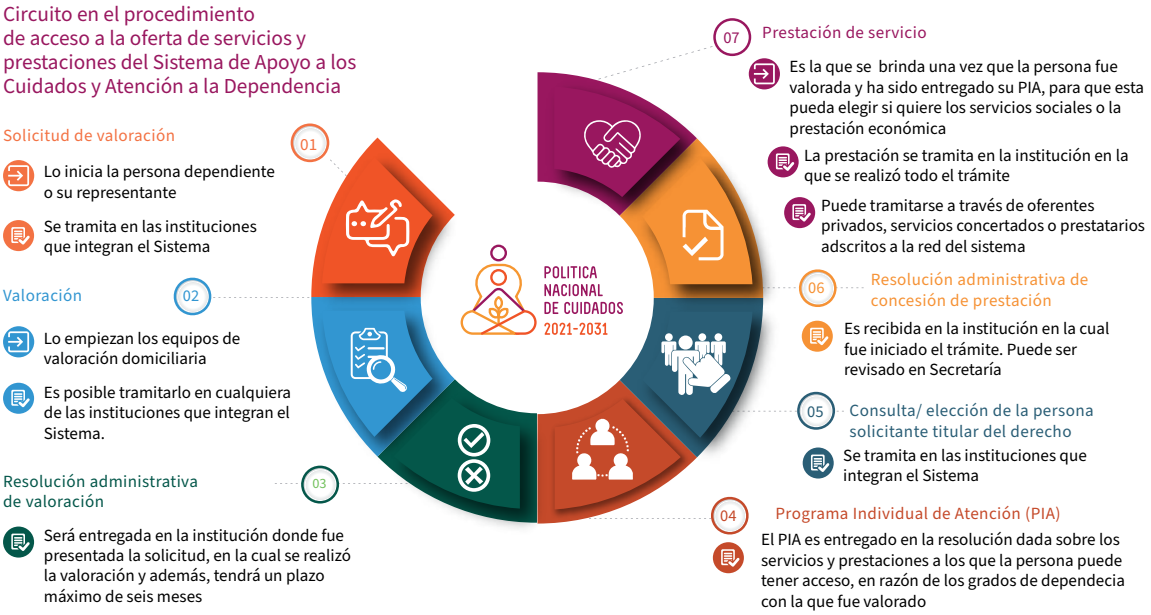
Este sistema, además de ampliar las prestaciones de los servicios sociales, coordinará desde el principio su integración con el sistema de salud cuando los servicios de atención a la dependencia que precise la persona dependiente trasciendan el ámbito de los servicios sociales, y requiera la intervención o el vínculo con los servicios sanitarios.

Es decir, la vinculación entre los Sistema de Cuidados y el Sistema de Salud estará dado por los servicios que requiera la persona. De esta manera, la persona en situación de dependencia tendrá derecho a recibir los servicios que precise, según su situación y especificidades contingentes. Lo cierto es que no se pueden enumerar todas ellas. Sin embargo, hay posibilidad de hacer mención de que, a mayor severidad de la dependencia, es probable que haya mayor necesidad de articulación sociosanitaria.

Por lo tanto, para el flujo del sistema será implementado un enfoque integrado y articulado de la política de atención a la dependencia, mediante el acceso regulado a través de la aplicación de un baremo de valoración de la dependencia que ofrezca a las familias un único punto de acceso a las prestaciones del sistema, además de los registros integrados y los módulos de interoperabilidad de datos que los permitan las referencias y contra-referencias con eficacia.

Este baremo es descrito ampliamente en el Anexo II como un instrumento que permite medir si la persona es dependiente o no y sí lo es, determina su grado o nivel de dependencia[78]. Con esta información, el sistema puede derivar y asignar la prestación que mejor pueda aunar en la autonomía de la persona en situación de dependencia. Su territorialización es definida en el modelo de gobernanza.

Ilustración 13. Procedimiento de acceso a la oferta de servicios y prestaciones del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia[79]



Fuente: Elaboración propia.

78 El Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) contemplará aspectos relacionados con el derecho a una respuesta oportuna, un sistema dinámico de referencias y contra referencias, plazos de aplicación y de asignación.
79 Por medio de un reglamento, el Poder Ejecutivo dispondrá con mayor amplitud aspectos más operativos relacionados con la ruta de entrada a la oferta de servicios del Sistema por medio de las instituciones que lo integran,

La pretensión más relevante del sistema es la creación de una oferta homogénea que ponga a las personas en el centro de la política pública y así, crear nuevos servicios y ajustar los existentes para destinarlos a las personas dependientes y que, sin importar su edad, su situación económica o cualquier característica o barrera del entorno, a la persona dependiente se le pueda y deba otorgar acceso al servicio que requiera. El flujo de proceso retratado en la ilustración anterior evidencia la ruta mediante la cual las personas que requieran atención podrán acceder a los servicios y prestaciones del sistema.

Así, más personas dependientes serán sujetas de derechos en función de ser prestatarias de la oferta del sistema de la atención de su dependencia, a la vez, que se amplificarían los de base domiciliar y más personas cuidadoras tendrían la posibilidad de certificarse bajo el esquema de calidad ofrecido por el sistema, generando un nicho en el mercado de trabajo[80] comúnmente sumergido en la informalidad y liberando tiempo a las personas cuidadoras informales.

También, dará la tranquilidad a las personas al dar certeza de que tendrán acceso a la atención que necesitan a medida que envejecen, sin que ello suponga una carga para sus familiares. En consonancia, se elimina la incertidumbre producto de que llegada cierta edad, verá suspendida la prestación que recibe, para tener que ir a iniciar desde cero un nuevo trámite para que otra institución valore si puede o no tener acceso a sus servicios.

De esta forma, el modelo de gestión representa la organización y funciones necesarias, enfoques de trabajo, estilo de funcionamiento y recursos que deben aportar las instituciones y la sociedad en su conjunto para poder garantizar la ejecución efectiva de la política. Este modelo de gestión es necesario para mejorar los alcances de la política y distribuir responsabilidades en el proceso, según competencias y brindar el seguimiento a las acciones.

El Plan se encadena a la matriz propuesta y al modelo de gestión y evaluación, precisando las responsabilidades de las acciones estratégicas, los recursos financieros disponibles (estimación del presupuesto) y los plazos para realizarlo. En un plan de acción también se encadenan los resultados de los programas y proyectos de impacto o demostrativos que influyen para alcanzar el objetivo y la meta.

Progresivamente el primer plan de acción (2021-2023) cubre las tareas esenciales de implementación y en esto se enfocan los ejes prioritarios que trazan una ruta en construcción que se extiende más allá de sí mismo. Esta política de Estado tiene múltiples aristas que evolucionarán conforme se avance en su consolidación. Prodigar su evaluación y medir sus impactos permitirá calibrar la oferta con las especificidades de la demanda. Esto hace que, además de ensanchar y diversificar la oferta de servicios para las personas dependientes y las personas que les brindan cuidados y apoyos, el sistema deberá también crecer en coordinación con otros subsistemas del quehacer social y en consonancia con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Esta intención guarda una estrecha relación con el incremento de la utilización de herramientas tecnológicas que faciliten procesos complejos y mejore la calidad de vida de las personas dependientes. Los estilos de vida saludables que previenen o retrasan la dependencia están asociados con factores protectores dentro de los que se cuentan la alimentación saludable, la recreación, los municipios solidarios, el desarrollo integral, las huertas urbanas y la planificación de las ciudades y los territorios desde una perspectiva universal. Esencialmente, se estila transformar la forma en que socialmente se organiza y se pueda pensar orgánica y cotidianamente la corresponsabilidad social de los cuidados y apoyos. En otros planes de acción se espera incluir el desarrollo de una oferta más amplia y especializada de cuidados, que permita también ensanchar las prestaciones con el fin de incrementar el bienestar de quienes suelen estar al otro lado de la moneda: las personas que llevan a cabo cuidados y apoyos.

el perfil de las personas usuarias que corresponda con el perfil de prestaciones, la responsabilidad de la resolución administrativa, los tiempos de esta resolución administrativa, la simplificación de trámites cuando las necesidades de apoyo al cuidado sean mayores y todo lo atinente con la definición del Programa Individual de Atención.

80 Este tipo de políticas proactivas podrían disminuir la presión financiera sobre los presupuestos estatales, reducir la carga de la atención a las familias y también apoyar la creación de importantes empleos en uno de los sectores de más rápido crecimiento de la economía: la atención personal y la atención médica domiciliaria.

Las acciones del Sistema Nacional de Cuidados en Costa Rica deben observarse dentro de un marco de cambio cultural entorno a la corresponsabilidad social de los cuidados, con el fin de cuidar y asistir a las personas en situación de dependencia, especialmente a quienes no pueden comprar estos servicios en el mercado, carecen de redes de apoyo familiar y viven en hogares unipersonales.

11

Capítulo

Modelo de evaluación y seguimiento

PARA EL MODELO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA, se adoptó el enfoque de brechas de calidad de servicios, con la persona usuaria en el centro del proceso, donde la evaluación pasa por los distintos momentos del ciclo de intervención y, por ende, adopta distintas formas.

Para el fortalecimiento de la gestión para resultados, Mideplan (2016) sugiere utilizar la cadena de resultados, ya que define la lógica causal desde el comienzo hasta el final de dichas intervenciones, empezando por los recursos disponibles y finalizando con los objetivos a largo plazo. Además, contribuye en el proceso de planificación, a visualizar los resultados esperados de una intervención, por lo que entre los elementos que deben ser considerados para su formulación está la definición de objetivos en todos los niveles de la cadena.

Este es un enfoque de gestión mediante el cual la administración se asegura que sus procesos, productos y servicios contribuyan al logro de resultados definidos; esta metodología ofrece un marco coherente y un instrumento básico que permite comprender la transformación de los insumos y actividades en productos y que de estos se obtienen los efectos e impactos para el desarrollo y la generación de valor público, a la vez, que permite mejorar aspectos de aprendizaje y responsabilidad en el ámbito público en la asignación de recursos y la toma de decisiones para futuros planes de acción (PNDRT, 2017).

Por ello, resulta fundamental evaluar el funcionamiento, los resultados y el impacto de la política, considerando las cinco dimensiones de evaluación de la OCDE; además, de la calidad de los servicios con base en estrategias multimétodo de evaluación desde el punto de vista de los actores (no solo usuarios). De este modo, el ciclo de la política pública será evaluado en todas sus etapas:

- Monitoreo y seguimiento de procesos (flujos, herramientas e instrumentos).
- Evaluación (de calidad, de resultados y de impacto).

Este modelo busca evaluar atributos de la política como son: la pertinencia, oportunidad, suficiencia, eficacia, eficiencia, sustentabilidad y calidad de servicio, buscando su aseguramiento desde el momento del diseño al de la producción o entrega de los servicios incluidos en el sistema.

La funcionalidad y operabilidad del modelo de evaluación de esta política se basa en el enfoque de brechas de calidad de servicio e incorpora cuatro momentos evaluativos asociados al ciclo de intervención social:

a. La intervención requerida (calibración de la demanda).

b. La intervención comprometida (el diseño de la intervención).

c. La intervención producida (la ejecución de la intervención).

d. La intervención percibida (la intervención realizada).

Entre ellos pueden darse brechas o desajustes que afecten el logro de los objetivos y la experiencia de la población usuaria, la que en este modelo se sitúa en el centro del proceso.

En este proceso, quien dirija el Consejo Presidencial Social, su equivalente o en ausencia, la persona que ejerza la Presidencia Ejecutiva del IMAS, en asociación con la Unidad de Análisis Prospectivo y Política Pública del Ministerio de Planificación y Política Económica, definirán el instrumental metodológico para el proceso de seguimiento anual del Plan de Acción 2021-2023[81], el cual se nutrirá de la data del eje de inteligencia e interoperabilidad de datos del Plan. En los puntos siguientes se describe cada uno de estos momentos y se señalan las implicancias evaluativas del modelo.

1 La intervención esperada o necesaria

Este momento de la evaluación es del plano de la necesidad, en este caso de cuidados. Aquí se trata de caracterizar y dimensionar la demanda que es necesaria abordar mediante la política.

En otra parte del documento este componente es llamado "Estado de la situación", el cual contiene la línea base en algunas de las acciones; sin embargo, no en todas es posible dar cuenta de ello y, por tal motivo, será levantada y actualizada en forma permanente para la comparación y referencia que permitirá verificar los resultados de la política en sus distintos estados y momentos.

En este momento del ciclo evaluativo las estrategias de evaluación serán cuantitativas y cualitativas. Una vez que haya entrado en vigor esta política se volverá recursiva, por lo cual la línea de base será continuamente actualizada y en posteriores ciclos reconfigurada con elementos procedentes de la información originada por todo el proceso evaluativo.

2 La intervención comprometida: calibración y ajustes

Otro momento del modelo de evaluación es aquel donde, a la luz de la línea de base vigente y periódicamente actualizada, se analizará y ajustará el diseño de los programas y servicios específicos mediante paneles de expertos, la data contenida en la propia línea de base y, si esta no lo incluye, el resultado de la deliberación, juicio y conocimiento previo de informantes clave (usuarios, cuidadores y familiares).

Esta evaluación se hará considerando las siguientes dimensiones de la intervención planeada: pertinencia, oportunidad, suficiencia, eficacia, eficiencia, sostenibilidad y calidad de servicio[82], atributos cuya realización práctica debe ser garantizada en la mayor medida posible por el diseño de las intervenciones.

Esta evaluación intermedia permitirá orientarse al mejoramiento continuo para la mejor puesta en marcha de la política, a su vez, la calidad del diseño se juega tanto en su correspondencia con las necesidades de la demanda, contenidas en la línea de base, como en la robustez necesaria para que tales atributos se verifiquen durante la implementación.

81 Este instrumental se ajustará con la Agenda de Desarrollo 2030, creando jerarquía de resultados entre los indicadores de impacto y resultado.

82 La pertinencia se refiere a la adecuación de un programa o servicio a la demanda. La oportunidad a la capacidad de intervenir cuando la necesidad está presente o vigente, en ningún caso cuando esta se ha extinguido o ha crecido precisamente por no haber actuado. La suficiencia tiene que ver con la magnitud del aprovisionamiento que proporciona la intervención, el cual debe ser mínimamente significativo para producir algún efecto o satisfacer en una medida aceptable o digna la necesidad. La eficacia dice relación con la capacidad del diseño para asegurar que se cumplan los objetivos específicos de la intervención, en este caso satisfacer necesidades específicas de cuidado de algún tipo. La eficiencia implica que los resultados se logran con los recursos disponibles mediante un uso adecuado de los mismos, para lo cual en el momento del diseño la relación costo efectividad debe ser correctamente calculada. La sostenibilidad implica que los cambios producidos por la intervención se mantengan una vez que esta deja de existir, por lo que es necesario prever en el diseño, mecanismos de apoyo a esta situación. Finalmente, la calidad de servicio implica fijar estándares de profesionalización, infraestructura, equipamiento, condiciones laborales del personal que cuida y calidad del trato en la entrega del servicio, capaces de generar satisfacción, adhesión o disposición a recomendar los servicios por parte de los usuarios directos o su entorno inmediato.

3 Seguimiento y monitoreo concomitante

Con todo, el momento clave o decisivo del modelo de evaluación es el de la provisión de los servicios a la población. Es aquí donde se constata la obtención total, parcial o nula de los resultados comprometidos y ocurre la experiencia de los usuarios, quienes forman su juicio evaluativo respecto de la política.

Como en la práctica suele haber barreras u obstáculos imprevistos o emergentes, cambios de contexto y errores, desajustes entre lo diseñado y lo ejecutado, es probable que la evaluación indique en esta fase, fisuras entre lo programado y lo que se ejecuta.

La evaluación verificará, mediante el seguimiento y monitoreo, que se estén cumpliendo los atributos mencionados en el punto anterior. Para eso aplicará técnicas de inspección, auditoría, análisis de registros administrativos y medición de opinión de usuarios o expertos, entre otras acciones.

4 Evaluaciones ex post de los servicios prestados

La experiencia de los usuarios y usuarias en el espacio de los servicios producidos o recibidos determinará la percepción y juicio de la población objetivo respecto de la política. Surge aquí una posición evaluativa que es subjetiva, pero fundada en la experiencia.

En este momento, la evaluación verificará los cambios producidos en la población, el nivel de satisfacción o recomendación que las personas están dispuestas a realizar, la brecha o correspondencia entre ambos y explicará los eventuales desajustes a la luz de las posibles brechas entre la producción/entrega de la política y el diseño comprometido y entre este y la línea de base levantada.

Adicionalmente, se comparará la dimensión subjetiva o disposición de las personas con las expectativas y necesidades registradas en la línea base, pues la brecha entre una y otra suele ser correlativa con altos niveles de insatisfacción. Finalmente, aquí es también donde desde el propio colectivo de personas usuarias y su entorno, se levantarán tanto nuevos elementos de necesidad o demanda, como propuestas para mejorar el diseño y la puesta en práctica, producción o entrega de la intervención, en una perspectiva de mejora continua de la política y de todo el sistema.

Para el cumplimiento de cada uno de estos cuatro puntos, todas las instituciones integrantes según sus funciones delimitadas en el modelo de gestión y el plan de acción se comprometen a sistematizar y entregar cada dos años los datos a la rectoría del Sistema, según lo indica el "Instrumental metodológico para el proceso de seguimiento anual del Plan de Acción 2021-2023[83]", haciendo uso de la información estadística integrada en el eje de inteligencia de datos. Asimismo, las evaluaciones serán el insumo principal para la elaboración[84] del II Plan de Acción de la Política de Cuidados de Larga Duración y Atención a la Dependencia en el año 2024[85].

Los 16 indicadores que guiarán todo el proceso de evaluación de política (ver Tabla 8) están dirigidos a encadenar resultados que devengan en la generación de valor público y bienestar al conjunto de la sociedad.

83 El diseño y los criterios iniciales para estos procesos evaluativos deben seguir la normativa establecida por las instituciones que participan de este proceso, procurando hacer un conjunto compatible de procedimientos.
84 Las actualizaciones sucesivas de los indicadores del Plan serán consideradas piezas esenciales y externalidades positivas complementarias de las evaluaciones.
85 Se deberá hacer y presentar un nuevo plan de acción durante el 2024.

Tabla 8. El plan de acción en breve: indicadores de impacto y resultado

Eje estratégico	Objetivo	Total de indicadores
Gobernanza y gestión del Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia	Conformar un sistema formal de cuidados de larga duración para atender las necesidades en materia de cuidados y apoyos de la población dependiente en Costa Rica	2
	Dotar de financiamiento las opciones para la provisión de servicios del SNC	2
	Desarrollar una herramienta metodológica que permita evaluar el funcionamiento, los resultados y el impacto del SNC, considerando las 5 dimensiones de evaluación de la OCDE	2
Inteligencia de datos para la articulación y ajuste del Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia	Consolidar el sistema de estadísticas nacionales para estimar periódicamente y con mayor precisión la prevalencia de la dependencia en el país y otras características relevantes sobre la población que demanda servicios de cuidados y de las personas que proveen cuidados de manera no remunerada en el hogar, en el marco de los ODS 1, 3, 5, 8 y 10	1
	Fortalecer la disponibilidad de información y las herramientas de gestión para la atención a la dependencia a través de la incorporación de datos en EDUS, SIPAM y SICID de las personas dependientes y articulados mediante un módulo de interoperabilidad de personas adjudicatarias de prestaciones sociales asociadas a dependencia y cuidados en SINIRUBE.	1
Fortalecimiento de la oferta de servicios y prestaciones de atención a la dependencia	Fortalecer la oferta de servicios y prestaciones de atención a la dependencia para responder de manera oportuna a las necesidades en materia de cuidados de la población en situación de dependencia en Costa Rica, en el marco de los ODS 1, 3.c.1, 5, 8 y 10	2
	Crear un baremo permanente y homogéneo de valoración de la situación dependencia de la población para medir su severidad y regular el acceso a la oferta de los servicios de apoyo y cuidados de larga duración	1

Eje estratégico	Objetivo	Total de indicadores
Contribuir a la generación de condiciones para el cierre de brechas de género	Contribuir a la reducción de la brecha de género en materia laboral facilitando ofertas de servicios de cuidados y apoyos que permitan a las mujeres vincularse a un empleo digno y de calidad. Y cuando ya lo tengan, no dejen su empleo para regresar a cuidar o apoyar a personas dependientes en el hogar.	1
	Reconocer el valor del trabajo no remunerado de mujeres en situación de pobreza extrema cuidadoras de personas dependientes, que no cuenten con posibilidades para vincularse a un empleo formal, mediante una transferencia monetaria.	1
	Promover el aseguramiento en la seguridad social de las personas que llevan a cabo cuidados y apoyos para personas dependientes de manera remunerada.	1
Sistema de aseguramiento de la calidad del Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia	Desarrollar un programa para la certificación de formación de cuidadores formales e informales con el fin de garantizar la mejora de la calidad de los cuidados y apoyos en el marco de los ODS 1, 3, 5, 8 y 10.	1
	Garantizar que los servicios de apoyo a los cuidados de personas con dependencia que se entregan en espacios institucionales y en domicilio, respondan a los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud de manera conjunta con las instituciones que financian y supervisan a los proveedores de los servicios.	1

Fuente: Elaboración propia en base con el Plan de acción 2021-2023.

12

Capítulo

Plan de Acción PNC 2021-2023

Eje 1. Gobernanza y gestión del Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia

Hasta ahora, Costa Rica no había tenido una política gubernamental específica que tuviera por objetivo central la atención a la población en situación de dependencia; lo que existe es una oferta limitada y fragmentada de servicios que no puede dar respuesta a la creciente demanda en materia de cuidados. La transición demográfica que atraviesa el país con una caída en la tasa de natalidad, un aumento en la esperanza de vida y el aceleramiento del envejecimiento, generan una mayor presión sobre los servicios de salud, un aumento de la población en situación de dependencia y, por lo tanto, mayores necesidades de cuidados y apoyos. Ante la ausencia de un sistema nacional que articule servicios de atención a la dependencia, la provisión de cuidados ha sido asumida a lo interno de las familias, especialmente por las mujeres, lo que les genera una sobrecarga de trabajo y se constituye como un obstáculo para su desarrollo personal y social, a su vez, los cambios demográficos han generado que se reduzca el tamaño de las familias y con ello la disponibilidad de personas que puedan atender tareas de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia.

Con el fin de dar respuesta a esta creciente demanda, esta política conforma y articula progresivamente un Sistema Nacional de Cuidados, con una diversificación y ampliación de los servicios existentes. Para conformarlo, se propone crear un Decreto Ejecutivo que le atribuya formalmente esa calidad y establezca las condiciones para hacer posible su funcionamiento y su continuidad. Las bases legales del sistema habilitarían otras decisiones estratégicas relacionadas con financiamiento, presupuestación, gestión de información, copagos, coberturas prestacionales, aseguramiento de la calidad y rendición de cuentas. Asimismo, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, este plan de acción propone que las instituciones que lo integran se comprometan a direccionar una partida acorde con las estimaciones presupuestarias establecidas.

Objetivos	Resultados	Metas	Indicadores
Objetivo 1.1: Conformar un sistema formal de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia para atender las necesidades en materia de cuidados y apoyos de la población en situación de dependencia en Costa Rica, en el marco de los ODS 1, 3.c.1, 5, 8 y 10.	Atención de Personas en situación de dependencia mediante un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia funcionando por medio de una oferta de servicios y programas institucionales en ejecución para atender a las personas en situación de dependencia.	100% de la conformación del Sistema Nacional de Cuidados acorde al marco normativo establecido.	Un Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia que establece la población objetivo, las competencias institucionales y el esquema de articulación por medio de un marco normativo.
			Cantidad de acciones ejecutadas en el Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia acordes al decreto que crea el marco normativo.
Objetivo 1.2: Dotar de financiamiento las opciones para la provisión de servicios del SNC.	El SNC garantiza la dotación de recursos para la ejecución de los servicios y prestaciones que ha establecido como prioritarias con el fin de mejorar la calidad de vida de la población en situación de dependencia.	Aumento de la cantidad de servicios con opciones de financiamiento con el fin de incrementar la cobertura de personas en situación de dependencia.	Porcentaje del presupuesto de las instituciones que articulan el sistema destinado a la provisión de servicios de atención a la dependencia.
			Porcentaje de servicios y prestaciones del Sistema que habilitan la modalidad de copago como alternativa de financiamiento.
Objetivo 1.3: Desarrollar una herramienta metodológica que permita evaluar el funcionamiento y los resultados del SNC, considerando las 5 dimensiones de evaluación de la OCDE.	Un SNC evaluado en todas las etapas de ejecución de la política pública con el fin de garantizar la mejora continua en la prestación de servicios.	100% del sistema evaluado con el fin de crear un insumo de línea base para la formulación de los siguientes planes de acción y posteriores evaluaciones.	1 herramienta metodológica para evaluar el funcionamiento y los resultados del SNC.
			Porcentaje del sistema evaluado.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución[86] 2021	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 1. Elaboración de un reglamento operativo vía Decreto Ejecutivo que establezca en detalle la población objetivo del sistema, las competencias institucionales involucradas[87], el esquema de articulación, el catálogo de servicios, los recursos económicos, el calendario de progresividad de la implementación y los mecanismos de rendición de cuentas.	Decreto Ejecutivo publicado	1	Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social o equivalente	Jerarcas de las instituciones del Sistema[88]: IMAS - INAMU - CONAPAM CONAPDIS - CCSS - INA MINSA - JPS - MTSS	1	0	0
Acción 2. Ejecución de las acciones estratégicas derivadas de los planteamientos plasmados en esta política para desarrollar como parte del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, en los planes, proyectos y programas de las instituciones que conforman el sistema.	Porcentaje de acciones institucionales ejecutadas como parte de la Política.	60%	Jerarcas de las instituciones del sistema: Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social o equivalente IMAS - INAMU CONAPAM CONAPDIS CCSS - INA MINSA - JPS MTSS - DESAF	Dirección de Desarrollo Regional de CONAPDIS Gerencia de Desarrollo Social de la JPS Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares Unidad de Gestión Social del CONAPAM	10%	25%	25%

86 Para todo el presente Plan de Acción, la institución que se encuentre primera en la casilla de Responsable de Ejecución, tendrá que acometer todos los esfuerzos por coordinar y articular sinergias con las otras instituciones responsables y corresponsables.

87 Donde se cree y normen funciones a la Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos con sede en el IMAS.

88 El Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social conformará un equipo de trabajo para la elaboración de dicho reglamento, en el cual las instituciones podrán tener una participación técnica en su construcción, acorde con sus competencias. De forma complementaria, el Poder Ejecutivo impulsará el expediente legislativo 21.962 de "Creación del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA)"

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución[86] 2021	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 3. Designación del presupuesto base de cada una de las instituciones que integran el sistema de acuerdo con lo calculado en el apartado "Estimación Presupuestaria y Financiera del Modelo Base de Cuidados de Larga Duración y Atención a la Dependencia" de la política, de acuerdo con la disponibilidad de recursos.	Porcentaje de ejecución del presupuesto estimado[89].	100%	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social o equivalente (Presidente del Consejo Presidencial Social) Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos Jerarcas de las instituciones del sistema	Equipo técnico intergerencial nombrado por la Presidencia Ejecutiva de la CCSS Dirección de Desarrollo Regional de CONAPDIS Unidad de Gestión Social del CONAPAM Gerencia de Desarrollo Social de la JPS Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares	55%	20%	25%
Acción 4. Aprobación de propuesta técnico-financiera para implementar un piloto de financiamiento de servicios de atención a la dependencia y apoyo a los cuidados que incorpore la modalidad del copago.	Propuesta de modalidad de copago aprobada.	100%	Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos IMAS - CONAPDIS CONAPAM CCSS		100%		

89 En la sección "Estimación Presupuestaria y Financiera del Modelo Base de Cuidados de Larga Duración y Atención a la Dependencia" se establecen las estimaciones de los costos para la implementación del sistema. En la actualidad, ya se ejecuta el 43% del gasto previsto, de manera que los porcentajes proyectados para los años 2021, 2022 y 2023, incorporan esa línea base hasta completar progresivamente el 100%.

Acción 5. Adaptación de la oferta de servicios a la modalidad de copagos	Porcentaje del catálogo de servicios del sistema que incorpore la modalidad de copago	100%	Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos IMAS - CONAPDIS CONAPAM		20%	40%	40%
Acción 6. Formulación de metodología de seguimiento anual y evaluación periódica de instrumento metodológico para el proceso de seguimiento anual del plan de acción (2021-2023)[90].	Instrumento metodológico elaborado.	1	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos IMAS	Unidad de Análisis Prospectivo y política pública (Mideplan)	1[91]	0	0
	Instrumentos metodológicos aplicados.	2	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social IMAS Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos.	IMAS Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos. IMAS - INAMU CONAPAM CONAPDIS - CCSS INA - MINSA - JPS INEC - MTSS-DESAF SINIRUBE- Mideplan	0	1	1

90 Se llevará a cabo una evaluación de la política, tanto en su proceso de implementación (a mitad de período del plan de acción) así como al final, esta última como insumo para la formulación de la siguiente.

91 Se creará el instrumental metodológico en el 2021 con el fin de darle seguimiento anual al plan de acción de la política durante el 2022 y 2023.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución[86] 2021	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 7. Realizar un registro conjunto entre las instituciones que conforman el sistema, actualizado y completo de los servicios de atención residenciales, centros diurnos, residencias de larga estancia y servicios de apoyo al cuidado en domicilio, de modo que sea posible contar con un catálogo que permita remitir a las personas en función de la severidad de la dependencia	Porcentaje del registro geo-rreferenciado completo.	100%	Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos CONAPDIS CONAPAM - JPS CCSS	SINIRUBE	20%	30%	50%

Eje 2. Inteligencia de datos para la articulación y ajuste del Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia

Es necesario contar con estadísticas actualizadas sobre la prevalencia de la dependencia en el país y sobre las características de esta población con el fin de ajustar la oferta de servicios a sus requerimientos. La ausencia de un instrumento que permita actualizar esta información de forma periódica es una barrera para conocer en detalle el perfil de la población y orientar los servicios a partir de estos insumos. Asimismo, la información sobre la población dependiente se encuentra dispersa entre las distintas instituciones que ofrecen o financian alguno de los servicios, de manera que es necesario un proceso que permita modernizarla y articularla, con el objetivo de que el sistema pueda identificar a los usuarios potenciales y efectivos.

En este marco, el plan de acción de la Política Nacional de Cuidados 2021-2031 propone crear un módulo estadístico de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia en INEC que permita estimar prevalencia de la dependencia e informe sobre otros aspectos relevantes vinculados a dependencia y cuidados de larga duración. Asimismo, se plantea articular la información sobre la población dependiente a través del establecimiento de un Módulo de interoperabilidad datos alojado en SINIRUBE, con datos de EDUS, SIPAM y SICID de personas usuarias de prestaciones sociales asociadas a dependencia y cuidados.

Objetivos	Resultados	Metas	Indicadores
Objetivo 2.1: Consolidar el sistema de estadísticas nacionales para estimar periódicamente y con mayor precisión la prevalencia de la dependencia en el país y otras características relevantes sobre la población que demanda servicios de cuidados y de las personas que proveen cuidados de manera no remunerada en el hogar.	Un sistema operando con información y datos actualizados sobre la prevalencia de la dependencia en el país y la necesidad de cuidados para esta población con el fin de utilizarlos para la toma de decisiones y la orientación de las prioridades de los servicios del Sistema Nacional de Cuidados.	Módulo de cuidados de larga duración incluido en el sistema estadístico nacional de INEC dentro de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).	Módulo creado y en funcionamiento
Objetivo 2.2: Fortalecer la disponibilidad de información y las herramientas de gestión para la atención a la dependencia mediante un módulo de interoperabilidad entre SINIRUBE, SICID, EDUS y otros sistemas de información de personas beneficiarias de prestaciones sociales asociadas a dependencia y cuidados.	Incremento del porcentaje de personas en situación de dependencia integradas dentro del sistema de información acorde con la oferta y demanda de servicios, desagregado por sexo, edad, deficiencia y región.	Módulo de interoperabilidad de datos en SINIRUBE articulado y en implementación para la toma de decisiones en relación con la oferta y demanda de servicios del SNC.	Porcentaje de incorporación de los usuarios potenciales y efectivos del sistema de atención a la dependencia en SINIRUBE.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 1. Creación e implementación de un Módulo Especial de Cuidados de larga duración, cada tres años en la Encuesta Nacional de Hogares.	Porcentaje de módulo integrado y en implementación de acuerdo con el convenio ratificado por las partes.	100%	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social. INEC. MTSS-DESAF.	CONAPDIS. CONAPAM.	25%[92]	50%	25%
Acción 2. Rendición de cuentas por medio de una Publicación anual con estadísticas sobre la dependencia de las personas usuarias del SNC con base en los informes institucionales.	Un informe presentado en el Consejo Presidencial Social y publicado anualmente.	3	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social. Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos	IMAS CONAPAM CONAPDIS CCSS	1	1	1

92 Se establecerá un módulo especial de Cuidados de larga duración, priorizadas por el IMAS en la ENAHO e incorporado en el Sistema de Información del INEC.

Acción 3. Elaboración de un módulo de interoperabilidad entre sistemas de información (SINIRUBE, EDUS[93], SIPAM y SICID) para la integración de información nominal relacionada con poblaciones de interés, regulando periodicidad y alcance del intercambio de información por edades, sexo, tipo de dependencia de las personas, deficiencia y a nivel regional.	Porcentaje de implementación del módulo de interoperabilidad	100%	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social SINIRUBE Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos	Proyecto EDUS. CONAPAM CONAPDIS JPS Unidad de Análisis Prospectivo y Política Pública (MIDEPLAN)	100%	0%	0%
Acción 4: Registro de personas dependientes usuarias de los servicios provistos por el sistema, en el módulo de interoperabilidad.	Porcentaje de personas en situación de dependencia usuarias de los servicios provistos por el sistema registradas en el módulo de interoperabilidad.	100%	SINIRUBE Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos	CCSS CONAPDIS CONAPAM JPS	20%	40%	40%

93 Se debe establecer un convenio o una figura jurídica que regule el manejo de la información y los alcances y restricciones de la incorporación del EDUS en el módulo de interoperabilidad.

Eje 3. Fortalecimiento de la oferta de servicios y prestaciones de atención a la dependencia

El país debe dar respuesta a la creciente demanda en materia de cuidados para lo cual es necesario facilitar una oferta de servicios y prestaciones que permita que las personas dependientes reciban los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria y que tengan una calidad de vida digna y, a su vez, liberar la sobrecarga de cuidados que recae en este momento sobre las familias, específicamente, sobre las mujeres. Para ello, este plan de acción propone la ampliación de los servicios y prestaciones de atención a la dependencia y cuidados establecidos en el Sistema, la creación de un baremo para valorar el nivel de severidad y con ello asignar las prestaciones a los que tendrá acceso cada persona y fortalecer las licencias para personas cuidadoras asalariadas que brinda la CCSS.

Objetivos	Resultados	Metas	Indicadores
Objetivo 3.1: Fortalecer la oferta de servicios y prestaciones de atención a la dependencia para responder de manera oportuna a las necesidades en materia de cuidados de la población dependiente[94] en Costa Rica, en el marco de los ODS 1, 3.c.1, 5, 8 y 10.	Atención de Personas Dependientes mejorada y ampliada con posicionamiento de la corresponsabilidad social de los cuidados, adecuando la oferta de servicios de la política nacional con base en la prevalencia de la dependencia.	Incremento en 30% del porcentaje de personas en situación de dependencia que cuenta con una alternativa de cuidados y apoyos pública, privada o mixta, de calidad, dando así pasos concretos hacia la corresponsabilidad social en el cuido y la valoración de los cuidados y apoyos informales no remunerados brindados en el entorno familiar.	Porcentaje de personas en situación de dependencia que cuenta con una alternativa de cuidados y apoyos pública, privada o mixta provista por el SNC[95]. Porcentaje de servicios gestionados en el marco del SNC.
Objetivo 3.2: Crear un baremo multidimensional, permanente y homogéneo de valoración de la situación de dependencia de las personas y así medir su severidad y regular el acceso a la oferta de los servicios de apoyo y cuidados de larga duración.	Baremo operando a nivel nacional mediante el cual se registre el tipo de dependencia, el grado, y se determine la oferta de prestaciones por conceder.	Incremento gradual de la población en situación de dependencia que requiere servicios de cuidados y apoyos valorada con el baremo con el fin de conocer la severidad de su dependencia y asignar, a partir de este criterio, los servicios que requiere.	Cantidad de personas valoradas según los criterios del baremo para acceder a servicios de cuidados y apoyos.

94 La dependencia a efectos de esta política, en su acepción más simple, hace referencia a como la salud, la enfermedad y sus consecuencias, impactan la capacidad de la persona para vivir de manera independiente, o sea, a lo que el individuo puede o no puede hacer (Morales y Leandro, 2009: 51).

95 Línea base. 2020= N.D. (Al ser una política pública innovadora en su tipo, la línea base es escasa. Por tanto, para la fase II se tomará como referencia futura, la fase I).

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 1. Ejecución y ampliación de los servicios y prestaciones[96] de atención a la dependencia y cuidados establecidos en el modelo base del Sistema[97].	Porcentaje de personas dependientes (según el modelo base)[98] que cuentan con alguna de las siguientes alternativas de atención, cuidados y apoyos del sistema: • Asistencia domiciliar de CONAPAM. • Adultas Mayores de CONAPAM • Modalidad Prevención de CONAPDIS. • Asistente personal de CONAPDIS. • Servicios basados en salud digital y teleasistencia de la CCSS • Red de Cuido de Personas Adultas Mayores • Licencias para responsables del cuidado de personas en fase terminal de la CCSS. • Cash-for-care desde IMAS para Mujeres cuidadoras en situación de pobreza extrema. • Servicios de Apoyo al Cuidado en Domicilio de organizaciones sociales que funcionan con financiamiento de la JPS	50%	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos	Jerarcas de las instituciones del sistema: IMAS CONAPAM CONAPDIS CCSS JPS	10%	20%	20%

96 En Costa Rica, el modelo de atención de poblaciones en situación de vulnerabilidad, desde hace 35 años, comúnmente combina servicios públicos provistos por el Estado y servicios brindados por organizaciones de bienestar social que administran recursos públicos. Este plan tiene la aspiración de ampliar este esquema y que, tanto el Estado como las organizaciones sociales puedan crear, ampliar, actualizar y ajustar la oferta en consecuencia con lo desarrollado en la política, para la inclusión de las personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras.

97 Dentro del otorgamiento de bienes y servicios a personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras, también se encuentran los productos de apoyo, de modo que, al haber diferentes instituciones que se encargan de este ámbito, se articulará para poder impactar de forma deseable a las personas usuarias, según sus requerimientos.

98 Las instituciones implicadas, deberán firmar un acuerdo mediante el cual, las personas dependientes, en virtud de su situación, puedan ser sujetas de los servicios y prestaciones que sus derechos les profieren. De modo que, CONAPAM y CONAPDIS deberán acordar mecanismos oportunos, para aunar esfuerzos y presupuestos institucionales para proveer los servicios y prestaciones requeridos, en virtud del aumento de la prevalencia en la conjunción de la discapacidad en la última etapa de la vida. Propiciando una fuerte expansión de los servicios de atención de base domiciliaria.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 2. Construcción y aplicación del baremo común para la valoración de la dependencia de las personas que solicitan servicios de cuidados y apoyos.	Porcentaje personas usuarias a las que se les aplica el baremo para determinar la oferta de servicios a la que tendrán acceso[99].	100%	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos Jerarcas de las instituciones del sistema: IMAS CONAPAM CONAPDIS CCSS JPS		20%	40%	40%
Acción 3. Creación de servicios de respiro para el desarrollo de herramientas emocionales y prevenir el burnout de personas cuidadoras.	Cantidad de servicios gestionados y disponibles para personas cuidadoras.	5	Jerarcas de las instituciones del sistema Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos		3	1	1

99 Se establecerá un Decreto Ejecutivo que aprueba la constitución del Baremo para la valoración del estado de la dependencia de las personas y otra normativa asociada a la construcción de los indicadores, el criterio técnico y su medición nacional y regional.

Acción 4. Creación y ejecución del servicio de Teleasistencia para acercar y acompañar a las personas dependientes (principalmente a los que viven solos y se encuentran en situación de pobreza) con los servicios sociosanitarios.	Porcentaje de personas con dependencia leve y moderada con dispositivos entregados.	50%	Dirección de Prestaciones Sociales de la Caja Costarricense del Seguro Social	Gerencia Médica de la CCSS.	10%	20%	20%
Acción 5. Promover y coordinar con la Gerencia Médica de la CCSS para el desarrollo de la segunda etapa de la oferta de Teleasistencia, que consistirá en la asistencia en el ámbito de la telesalud de las personas dependientes.	Porcentaje de intervenciones en telesalud realizadas a las personas dependientes con dispositivos de teleasistencia.	25%	CCSS	Gerencia Médica de la CCSS.	5%	8%	12%

Eje 4. Contribución a la generación de condiciones para el cierre de brechas de género en materia laboral

La ausencia de sistemas formales de apoyo al cuidado de personas dependientes, en un contexto de envejecimiento poblacional, genera entre sus costos más importantes la pérdida de oportunidades productivas de las personas cuidadoras, generalmente mujeres, ya que pudiendo estar incorporadas en el mercado del trabajo, la cultura patriarcal y familiarista les pone el imperativo cultural de tener que dedicarse al cuidado informal de la persona dependiente, la cual recarga su triple jornada de trabajo no remunerado y limita sus oportunidades para incorporarse a las modalidades de empleo disponibles o bien las obliga a permanecer dentro del trabajo informal precarizado, sin aseguramiento.

Para corregir esta inequidad de género, es necesario que el Estado y la sociedad ofrezcan y entreguen servicios de apoyo al cuidado en el domicilio y al mismo tiempo contribuir a la generación de condiciones para la empleabilidad de las mujeres. Para ello, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) postulan acordar un mecanismo de priorización para colocar servicios en aquellos hogares en los que haya potencialidad para que las mujeres se vinculen a un empleo formal (o que no deban dejar su empleo para regresar a cuidar o apoyar a personas dependientes en el hogar) y logren su independencia económica, reduciendo las desigualdades de género en el desarrollo.

En el caso de mujeres en situación de pobreza extrema cuidadoras de personas dependientes, en los que se determine que no existe potencialidad para su vinculación con el empleo remunerado, se hace necesario asegurar una transferencia monetaria como una forma de reconocimiento al valor de su trabajo como cuidadoras y su aporte a la sociedad. Asimismo, es preciso que todas las personas que llevan a cabo trabajos de apoyo a los cuidados tengan la posibilidad de acceder a alguna de las modalidades de aseguramiento de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Objetivos	Resultados	Metas	Indicadores
Objetivo 4.1: Contribuir a la reducción de la brecha de género en materia laboral facilitando ofertas de servicios de cuidados y apoyos que permitan a las mujeres vincularse a un empleo digno y de calidad. Y cuando ya lo tengan, no dejen su empleo para regresar a cuidar o apoyar a personas dependientes en el hogar.	Un mecanismo de priorización adoptado para colocar servicios de apoyo a los cuidados domiciliarios cuando hay potencial de incorporación de mujeres al mercado laboral según perfiles de empleabilidad y empresariedad.	Incremento en la cantidad de mujeres que se insertan al mercado laboral a partir de la provisión de servicios a las personas dependientes que están a su cargo.	Porcentaje de mujeres priorizadas que se insertan al mercado laboral.

Objetivos	Resultados	Metas	Indicadores
Objetivo 4.2: Reconocer el valor del trabajo no remunerado de mujeres en situación de pobreza extrema cuidadoras de personas dependientes, que no cuenten con posibilidades para vincularse a un empleo formal, mediante una transferencia monetaria.	Una transferencia monetaria disponible para las mujeres en situación de pobreza extrema cuidadoras de personas dependientes.	Incremento en la cantidad de mujeres en pobreza extrema a las que se les reconoce mediante una transferencia monetaria el valor de su trabajo no remunerado como cuidadoras de personas dependientes.	Porcentaje de mujeres en pobreza extrema cuyo trabajo no remunerado como cuidadoras de personas dependientes es reconocido mediante una transferencia monetaria.
Objetivo 4.3: Promover el aseguramiento de las personas que llevan a cabo cuidados y apoyos para personas dependientes de manera remunerada.	Mujeres que se desempeñan como cuidadoras de manera remunerada son cubiertas por una modalidad de aseguramiento en la CCSS.	Incremento en la cantidad de mujeres que desempeñan cuidados de forma remunerada aseguradas en la CCSS.	Porcentaje de mujeres que desempeñan cuidados de forma remunerada aseguradas en la CCSS.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 1. Incorporación de las mujeres al mercado de trabajo mediante la creación de un mecanismo de priorización para colocar servicios de apoyo a los cuidados domiciliarios cuando se identifique potencial de empleabilidad.	Mecanismo de priorización elaborado y en ejecución.	1 mecanismo	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos. MTSS INA	INAMU	50%	50%	
Acción 2. Habilitación de un mecanismo en el Sistema Nacional de Empleo (SNE) que apoye a la empleabilidad las mujeres con el perfil y potencial de incorporación[100] para ser contratadas en este nicho de mercado de trabajo[101].	Mecanismo elaborado y en ejecución.	1 mecanismo	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social SNE INA	INAMU	1	0	0

100 Una vez hecha esa revisión de capacidades técnicas o profesionales, realizar la intermediación.
101 Según lo disponga el mecanismo para cada caso en particular, ya sea con: a) Formación o servicios de apoyo a los cuidados para que alguien más pueda brindar cuidados y b) Servicios a la persona dependiente a su cargo y así, pueda salir del hogar a insertarse al mercado formal de trabajo en una ocupación distinta de los cuidados y apoyos.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 3. Incorporación de mujeres a otras ocupaciones (distintos de cuidados y apoyos) a las cuales, en ausencia de las prestaciones del sistema, no resultaba posible, ejercer su profesión u oficio.	Porcentaje de mujeres que ingresan al SNE que resuelven sus necesidades de cuidado en el hogar y logran insertarse en el mercado formal (en tareas distintas a los cuidados y apoyos).	30%	SNE	INAMU	5%	10%	15%
Acción 4. Establecimiento de una transferencia monetaria que reconozca el trabajo no remunerado de mujeres en situación de pobreza extrema cuidadoras de personas dependientes sin potencialidad para vincularse con el mercado de trabajo.	Porcentaje de mujeres en situación de pobreza extrema cuidadoras de personas dependientes que acceden a la transferencia monetaria.	30%	IMAS	CONAPAM CONAPDIS	10%	10%	10%

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 5. Promover el aseguramiento en la seguridad social de las personas que llevan a cabo cuidados y apoyos para personas dependientes.	Número de campañas de comunicación ejecutadas para promover el aseguramiento de las personas que llevan a cabo cuidados y apoyos para personas dependientes.	1	CCSS	Departamentos o subprocesos de comunicación de todas las instituciones que conforman el Sistema.	0	1	0
	Porcentaje de personas cuidadoras remuneradas que se encuentran aseguradas.	50%	CCSS	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.	10%	20%	20%

Eje 5. Sistema de fortalecimiento de la calidad del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia

Para mejorar los resultados hasta ahora conseguidos, es necesaria la existencia de recursos humanos calificados que se puedan desempeñar adecuadamente en las distintas modalidades de cuidados y apoyos. Desde luego, en los servicios de cuidado institucional y cuidado formal se requiere de personas cuidadoras con entrenamiento específico y debidamente certificado para desempeñar esos roles, mientras que las personas cuidadoras informales pueden requerir alguna capacitación o entrenamiento básico para desarrollar mejor las tareas de cuidados y apoyos en domicilio. En ambos casos se trata de un factor determinante de la calidad del servicio y, actualmente, no existe una política consistente que incentive el desarrollo y certifique una oferta de formación adecuada.

En atención a esta necesidad, esta política propone crear un sistema de aseguramiento de la calidad en servicios de cuidados y apoyos a partir de protocolos que establezcan un currículum de formación por competencias para distintos perfiles relacionados con el rol de la persona cuidadora, la implementación de una estrategia de formación continua y la elaboración de un plan de aseguramiento para el funcionamiento del sistema.

Objetivos	Resultados	Metas	Indicadores
Objetivo 5.1: Desarrollar un programa para la certificación de formación de personas cuidadoras formales y capacitación para personas cuidadoras informales con el fin de garantizar la mejora de la calidad de los cuidados y apoyos en el marco de los ODS 1, 3, 5, 8 y 10.	Mejora de la calidad y gestión de los servicios de cuidados a partir de la generación de capacidades para personas cuidadoras formales e informales que proveen servicios de atención a la dependencia.	Aumento gradual de la formación de recursos humanos para llevar a cabo cuidados y apoyos formales e informales, a cargo del Instituto Nacional de Aprendizaje, en coordinación con otras instituciones públicas y empresas privadas certificadas.	Porcentaje de personas egresadas de la primera cohorte de personas cuidadoras y cuidadores integrados al Programa Nacional de Formación por competencias y certificación del oficio de técnico o asistente del cuidado.

Objetivos	Resultados	Metas	Indicadores
Objetivo 5.2: Garantizar que los servicios de apoyo a los cuidados de personas con dependencia que se entregan en espacios institucionales y en domicilio, respondan a los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud de manera conjunta con las instituciones que financian y supervisan a los proveedores de los servicios[102].	Servicios operando con criterios de calidad establecidos por el Ministerio de Salud de manera conjunta con las instituciones que financian y supervisan a los proveedores de los servicios con el fin de brindar servicios y prestaciones adecuados.	100% de espacios institucionales y en domicilio que cumplen con los lineamientos de calidad establecidos por el Ministerio de Salud de manera conjunta con las instituciones que financian y supervisan a los operadores o proveedores de los servicios.	Porcentaje de espacios institucionales y en domicilio que cumplen con los lineamientos de calidad establecidos por el Ministerio de Salud de manera conjunta con las instituciones que financian y supervisan a los proveedores de los servicios.

102 En el 2021, el Ministerio de Salud en conjunto con las instituciones que financian y supervisan a los proveedores definirán los criterios de calidad que deberán garantizarse para la ejecución de los servicios.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 1. Elaboración de un programa de formación que establezca un currículum de Asistente en Cuidados y Apoyos para personas en situación de dependencia por competencias de acuerdo con los lineamientos establecidos por las instituciones involucradas.	Programa elaborado, normado y en ejecución.	Programa elaborado.	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos INA		1	0	0
Acción 2. Implementación de un programa de formación[103] continua para certificar personas cuidadoras para distintas modalidades de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia.	Porcentaje del programa de formación para certificar personas cuidadoras en ejecución.	100%	Ministro de Desarrollo Humano e Inclusión Social INA			50%	50%
	Cantidad de personas en PRONAE que acceden a programas de capacitación para el cuidado remunerado de personas en situación de dependencia.	2.500	MTSS		500	1.000	1.000

103 Para esto, se considera que las personas cuidadoras podrían recibir capacitación desde instituciones como el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), así como desde la oferta programática de PRONAE que además se ajuste con los requerimientos que se están trabajando dentro del Marco Nacional de Cualificaciones y que permita una formación específica para la persona cuidadora. Esto con el aval del INA o del Ministerio de Salud en calidad de entes acreditadores de formación.

Acciones estratégicas / Intervenciones	Indicador	Meta período 2021-2023	Responsable Ejecución	Corresponsable	Plazo		
					2021	2022	2023
Acción 3. Diseño e implementación de un programa de capacitación básica en autocuidado dirigido a mujeres cuidadoras en situación de pobreza extrema.	Porcentaje de mujeres cuidadoras en situaciones de pobreza extrema que reciben el programa de capacitación.	30%	IMAS	CONAPDIS CONAPAM INA Dirección de Prestaciones Sociales de la CCSS	10%	10%	10%
Acción 4. Elaboración de Plan de aseguramiento de la calidad aprobado por el Ministerio de Salud de manera conjunta con las instituciones que financian y supervisan a los operadores o proveedores de los servicios.	Porcentaje del Plan de aseguramiento de la calidad implementado.	100%	Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos Jerarcas de: MS IMAS CONAPAM CONAPDIS JPS.	Dirección de Desarrollo Regional de CONAPDIS. Unidad de Gestión Social del CONAPAM Gerencia de Desarrollo Social de la JPS.	20%	40%	40%
	Porcentaje de servicios del sistema acreditados.	100%	Secretaría Técnica Nacional de Cuidados y Apoyos Jerarcas de las instituciones del MS IMAS CONAPAM CONAPDIS JPS.	Subproceso de Gestión del conocimiento de CONAPDIS. Unidad de Gestión Social del CONAPAM Gerencia de Desarrollo Social de la JPS.	20%	40%	40%

Biblio

Abramo, L., Cecchini, S., y Morales, B. (2019): "Programas sociales, superación de la pobreza e inclusión laboral: aprendizajes desde América Latina y el Caribe", Libros de la CEPAL, N° 155 (LC/PUB.2019/5-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

AEDGSS, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales AEDGSS. (2018): "XVIII Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". Disponible en: http://www.directoressociales.com/images/dec2018/XVIII%20Dictamen%20baja.pdf .

Aguirre, R y Ferrari, F. (2014): "Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro". Santiago: Comisión Económica para América Latina. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5851/9/S1420397_es.pdf.

Amador S., Goodman C., Mathie E. y Nicholson C. (2016): "Evaluation of an organizational intervention to promote integrated working between health services and care homes in the delivery of end-of-life care for people with dementia". International Journal of Integrated Care, 16.

Aranco, N y Sorio, R. (2019): "Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay". División de Protección Social y Salud Sector Social. Nota Técnica N° IDB-TN-1615. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., y Medellín, N. (2018): "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe". División de Protección Social y Salud Sector Social. Resumen de políticas N° IDB-PB-273. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

grafia

Aranco, N; Ibarrarán, 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. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Arriba, A., y Moreno, F. (2009): "El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos". Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Arroyo, G. (2012): "Intervención social, barrio y servicios sociales comunitarios". Revista Española del Tercer Sector, 225.

Barefoot, J. C., Grønbæk, 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. (2009): "Cuidado de personas dependientes y género", en Aguirre R. (ed.), Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay, Montevideo: Instituto Nacional de Estadística (INE)/Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)/Universidad de la República (UDELAR)/Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

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 & 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.

Becker, U., & Reinhard, H. (2018): "Long-Term Care in Europe". Cham, Switzerland: Springer.

Bertelsen, T.M. and Rostgaard, T. (2013): "Marketisation in eldercare in Denmark: free choice and the quest for quality and efficiency", in G. Meagher and M. Szebehely (eds) Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences, Stockholm: Stockholm University, pp 127-61.

Bidegain, N., y Calderón, C. (2018): "Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018", CEPAL Santiago.

Blofield, M. y Martinez, J. (2015): "Are governments chatching up?" Work-family policy and inequality in Latin Americaǁ , Discussion Paper, Nº 7, ONU Mujeres.

Brimblecombe, N., Fernandez, J. L., Knapp, M., Rehill, A., y Wittenberg, R. (2018): "Review of the international evidence on support for unpaid carers". Journal of Long-Term Care, (September), 25-40.

Budlender, D. (2008): "The statistical evidence on care and non-care work across six countries" Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social: Ginebra. Disponible en: http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/F9FEC4EA774573E7C125756 0003A96B2?OpenDocument.

Cafagna, G., Aranco, N., Ibarrarán, P., Medellín, N., Oliveri, M., y Stampini, M. (2019): "Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe". Banco Interamericano de Desarrollo. https://doi.org/10.18235/0001972.

Campbell JC, Ikegami N, Gibson MJ. (2014): "Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan". Health Affairs (Millwood), 29(1):87-95. http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.2009.0548. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0548.

Caruso, M., Galiani, S., & Ibarrarán, P. (2017): "Long-Term Care in Latin America and the Caribbean? Theory and Policy Considerations" (No. w23797). National Bureau of Economic Research.

Caspar, S., Phinney, A., Spenceley, S., 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.

Casado, D. (2017): "Discapacidad y dependencia: apoyos a familiares cuidadores". Políticas sociales en Europa, (38), 7-30.

Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., & Rossel, C. (2015): "Derechos y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de protección social en Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización"; en S. Cecchini y otros (coord.), Libros de la CEPAL Nº 136 (LC/G.2644-P), Santiago, Chile.

Chang, S., Yang, W., & Deguchi, H. (2020): "Care providers, access to care, and the Long-term Care Nursing Insurance in China: An agent-based simulation". Social Science & Medicine, 244, 112667.

Chaverri-Carvajal, A. (2019): "La dependencia en Costa Rica: hacia una política de cuidados de larga duración" (Trabajo final de máster). Universidad de Salamanca, España.

Chaverri-Carvajal, A. (2020): "Costa Rica y los cuidados de larga duración, un desafio en el umbral del bicentenario". Sur Academia: Revista Académica-Investigativa De La Facultad Jurídica,

Social Y Administrativa, 7(14), 44-55. Recuperado a partir de https://revistas.unl.edu.ec/index.php/suracademia/article/view/76.

Chaves, L. (2014): "La plataforma integral de servicios en Costa Rica: una herramienta para hacer efectivos los derechos de las personas mayores, *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Santiago"*: CEPAL, 2014. LC/L. 3942: 103-109.

Chen L, Zhang X, Xu X. (2020): "Health insurance and long-term Care Services for the Disabled Elderly in China: based on CHARLS data". Risk Manag Healthcare Policy; 13:155–162. doi: 10.2147/RMHP.S233949. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7051854/.

Chomik, R., y M. MacLennan (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.

Cid, C. & Matus-López, M. (2018): "Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico?"; Revista Panamericana de Salud Publica, 42, :e86. DOI: https://doi.org/10.26633/ Acceso el 01 de febrero de 2019.

CIZ-Centrum Indicatiestelling Zorg. (2015): "CIZ Basisrapportage AWBZ". Disponible en: https://ciz.databank.nl/quickstep/qsreportbasic.aspx?report=rapport&selcode=0.5602745361595259&geolevel=nederland&geoitem=1 Acceso el 01/06/2018.

Colacce, M., & Manzi, P. (2017): "El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados: una mirada de largo plazo". Oficina de la CEPAL en Montevideo.

Colombo, T.; Llena-Nozal, A.; Mercier, J. y Tjadens,F. (2011): "Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care". Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. doi: 10.1787/9789264097759. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/oecd_helpwanted_en.pdf.

Colombo, F. y Jérôme M. (2012): "Help wanted? Fair and sustainable financing of long-term care services", Applied Economic Perspectives and Policy 34 (2): 316-332.

Comas D´Argemir, Dolors (2015): "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar". Revista de antropología social, 24: 375-404.

Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J., & King, D. (2010): "The English Long-Term Care System"; European network of economic policy research institutes assessing needs of care in european nations; Research Report No. 74; London School of Economics.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010): "XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe". Brasilia; Disponible en: https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/5/40235/ConsensoBrasilia_ESP.pdf.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014): "Boletín 12 Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe". Tercer ciclo de evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid. Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37586/4/BoletinEnvejecimiento12_es.pdf.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017): "Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y autonomía". Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018): "Panorama Social de América Latina", (LC/PUB.2018/1-P), Santiago. Publicación de las Naciones Unidas.

Comisión Europea. (2009): "Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamente Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre Igualdad entre mujeres y Hombres". Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0077&from=ES.

Costa Font J, Courbage C, Swartz K. (2015): "Financing Long-Term Care: Ex Ante, Ex Post Or Both?"; Health Econ. 24(Suppl. 1): 45–57. doi: 10.1002/hec.3152.

Costa-Font J., Jiménez-Martin S. y Vilaplana C. (2016): "Does long-term care subsidization reduce unnecessary hospitalizations?"; Documento de Trabajo 2016/05. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. Disponible en: http://www.fedea.net/hasta-el- 28-del-gasto-en-dependencia-se-recupera-a-traves-del-ahorro-hospitalario/.

Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S., y Vilaplana, C. (2017): "Does long-term care subsidisation reduce unnecessary hospitalisations?"; Documentos de trabajo (FEDEA), 5: 1-42.

Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., & Landefeld, C. S. (2003): "Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age". Journal of the American Geriatrics Society, 51(4), 451-458.

Daly, M. y Lewis, J. (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states"; The British journal of sociology, 51 (2): 281-298.

Daly, M. (2011): "What adult worker model? A critical look at recent social policy reform in Europe from a gender and family perspective" Social politics: international studies in gender, state & society, 18 (1): 1-23.

Da Roit, B. y Gori, C. (2019): "The transformation of cash-for-care schemes in European long-term care policies". Social Policy & Administration, 53(4), 515–518.

Dijkhoff, T. (2018): "Long-term care in the Netherlands". In Becker U y Reinhard H eds. Long-term care in Europe. Germany: Springer. pp. 309-352.

Doubova, S. V., Pérez-Cuevas, R., Espinosa-Alarcón, P., & Flores-Hernández, S. (2010). "Social network types and functional dependency in older adults in Mexico". BMC Public Health, 10(1), 104.

Durán, M. (2006): "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60: 57-73.

Doty, P.;Nadash, P. y Racco, N. (2015): "Long-Term Care Financing: Lessons from France". Milbank Quarterly, 93(2),359–391. doi:10.1111/1468 - 0009.12125

Durán-Heras, M. (2006): "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 60. 57-73.

Durán-Heras, M. (2008): "Diez buenas razones para medir el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud"; En: La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado?. Washington, D.C.: OPS.

Durán-Heras, M. (2012): "El trabajo no remunerado en la economía global". Fundación BBVA. Rubes editorial.

Durán-Heras, M. (2018). "La riqueza invisible del cuidado" (Vol. 30). Universitat de València.

Dyer, S., Valeri, M., Arora, N., Ross, T., Winsall, M., Tilden, D., & Crotty, M. (2019): "Review of international systems for long-term care of older people". Retrieved from Adelaide, Canberra, Australia. Disponible en: https://agedcare. royalcommission. gov. au/publications/ Documents/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care. pdf.

EC – European Commission (2012): "The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)", European Economy 2/2012. Bruselas: Bélgica. doi: 10.2765/1999.

EC – European Commission (2015): "The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)". European Economy 3/2015. Bruselas: Bélgica. doi:10.2765/87763 .

EC – 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, published in October 2016 as Institutional Paper 37 Volume 2 - Country Documents. Brussels: Belgium.

EC – European Commission (2017): "The 2017 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)". European Economy 3/2015. Bruselas: Bélgica. doi: 10.2765/615631.

EC - European Commission (2019): "Health and long-term care". Disponible en:
https://ec.europa.eu/eurostat/web/employment-and-social-inclusion-indicators/

Esping-Andersen, Gøsta (1990): "The three worlds of welfare capitalism"; Polity Press: Cambridge.

Esping-Andersen, Gøsta (2002): "Why We Need a New Welfare State"; Oxford University Press: Oxford.

Fast, J., Keating, N., Eales, J., Kim, C., & Lee, Y. (2020): "Trajectories of family care over the lifecourse: 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. http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/ numeros/74/est04.pdf.

Fernández, X y Robles, A. (2008): "I Informe Estado de Situación de la persona adulta mayor en Costa Rica". UCR, CONAPAM. San José, Costa Rica.

Finch, J. (1989): "Family Obligations and Social Change". Cambridge, MA: Polity Press/Basil Blackwell.

Flórez, C., Martínez, L., Aranco, N. (2019): "Envejecimiento y atención a la dependencia en

Colombia". División de Protección Social y Salud Sector Social. Resumen de Políticas Nº IDB-TN-1749. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Folbre N. (1995): "Holding hands at midnight. The paradox of caring labor". Feminist Economics 1(1),73-92.

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. Heredia.

García-Antón. (2011): *Guía Práctica de la Ley de Dependencia.* Sociedad Española de Geriatria 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 Nº 207 (LC/L.3875), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

Genworth. (2018): "Long Term Care Costs Across the United States". [Internet]. Disponible en: https://www.genworth.com/about-us/industry-expertise/cost-of-care.html. Acceso el 14 de mayo de 2018.

González, S., 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. & 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). Recuperado de http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.11.

Gori, C., Fernández, J., & 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.

Heller P. (2006): "The prospects of creating fiscal space for the health sector"; Health Policy Planning, 21 (2), 75-79.

Howse, K. (2010): "What kinds of policy challenge does population ageing generate for health systems?", IARU Working Paper: Oxford.

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, CEPAL, 2011. p. 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" Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 153-168.

Huenchuan, S. y Rodríguez R. (2015): "Necesidades de Cuidado de las Personas Mayores en la Ciudad de México: diagnostico y lineamientos de política". Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/S1500754_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

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, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huete, A. (2019): "Autonomía e Inclusión de las personas con Discapacidad en el ámbito de Protección Social". División de Protección Social y Salud Sector Social. Resumen de Políticas Nº IDB-PB-305. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Huete, A y Chaverri-Carvajal, A. (2019): "Cuando el envejecimiento y la discapacidad van de la mano". Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Hyun, K.-R., Kang, S., y Lee, S. (2014): "Does long-term care insurance affect the length of stay in hospitals for the elderly in Korea? a difference-in-difference method". BMC Health Services Research, 14(630), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12913-014-0630-1.

Ibarrarán, P., Medellín, N., Stampini, M., Jara, P., Pérez Eransus, B., & Parsons, J. (2016): "Más inclusión social: Lecciones de Europa y perspectivas para América Latina". Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.

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". División de Protección Social y Salud Sector Social. Nota Técnica. IDB-TN-1878.

Jara Maleš, P., Chaverri-Carvajal, A. (2020): "Servicios de Apoyo al Cuidado en Domicilio: Avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica". División de Protección Social y Salud Sector Social. Nota Técnica. IDB-TN-2031. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Jeon, B., & Kwon, S. (2017): "Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: policy challenges and lessons". Health Systems & Reform, 3(3), 214-223. DOI: 10.1080/23288604.2017.1345052.

Jiménez, R. (2014): "Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma. Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores". Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 77-84.

Jiménez-Fontana, P. (2019): "Oportunidades económicas del bono de género en Costa Rica. Centro Centroamericano de Población". Programa Estado de la Nación. Agosto.

Jiménez-Lara, A. (2015): "Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro". En F. Flores-Martos (Coor.), La protección de la dependencia: ¿Un pilar de barro? Documentación Social Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. Madrid: Cáritas Española Editores.

Karlsson, Martin & Øien, Henning & Iversen, Tor. (2012): "Scandinavian Long-Term Care Financing". In: Joan Costa-Font and Christophe Courbage (Hrsg.): Financing Long-Term Care in Europe. Institutions, Markets and Models. Palgrave Macmillan, S. 254-278. doi:10.1057/9780230349193_14. Available from: https://www.palgrave.com/de/book/9780230249462.

Katz, S., et al. (1963): "Studies Of Illness In The Aged. The Index Of Adl: A Standardized Measure Of Biological And Psychosocial Function"; *Journal of the American medical association,* 185: 914-919.

Kawaguchi, Y. (2019): "Impact of the Japanese Disability Homecare System on ALS Patients, Decision to Receive Tracheostomy with Invasive Ventilation". Neuroethics 13, 239–247. https://doi.org/10.1007/s12152-019-09415-6

Keating, N., Eales, J., Funk, L., Fast, J & Min, J. (2019): "Life course trajectories of family care". International Journal of Care and Caring 3, 147–163.

Kvist, J. (2018): "ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Denmark 2018". European Commission. Brussels. Disponible en: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en&moreDocuments=yes.

Lawton, M., & Brody, E. (1969): "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". The gerontologist, 9(3_Part_1), 179-186.

Le Bihan, B. y C. Martin. (2010): "Reforming Long-Term Care Policy in France: Private– Public Complementarities." Social Policy and Administration 44(4): 392–410.

Le Bihan, B. (2018): "ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. France". European Commission. European Social Policy Network (ESPN). European Commission, Brussels. Disponible en: FR_ESPN%20thematic%20report%20on%20LTC.pdf.

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.

López-Ortega, M. y L., Aranco, N. (2019): "Envejecimiento y atención a la dependencia en México". División de Protección Social y Salud Sector Social. Resumen de Políticas Nº IDB-TN-1614. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Maarse J. Jeurissen P. (2016): "The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands". Health Policy, 120(3):241-245.

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T, Taylor S. (2008): "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health". Lancet. 372:1661–9. 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.

Martínez-Buján, R., Roldán, S., y Sastre, M. (2018): "La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos". Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

Matus, M., 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, 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, Cid C. (2015): "Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile". Journal of the American Medical Directors Association 16(10), 907-910. doi: Disponible en: http://bit.ly/2hVC66m.

Matus-López, M. (2015): "Thinking about long-term care policies for Latin America". Salud Colectiva, 11(4), 485-496.

Matus, M. y Vega, M. (2016): "Los cuidados para la atención a la dependencia" en Gálvez L.(ed.) La economía de los cuidados, Deculturas Ediciones: Sevilla.

Medellín, N., Ibarrarán, P., Matus, M., & Stampini, M. (2018): "Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados". (No. IDB-TN-01438). Inter-American Development Bank.

Medellín, N.; Jara Maleš, P. y Matus-López, M. (2019): "Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica". División de Protección Social y Salud Sector Social. Resumen de Políticas Nº IDB-TN-1820. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.

Medellín, N y Oliveri, M. (2019): "¿Qué puede enseñarnos Corea sobre sistemas de cuidado de larga duración?". Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia del Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: https://blogs.iadb.org/salud/es/sistemas-de-cuidado-de-larga-duracion/.

Morales, F; Leandro, G. (2009): "Dependencia en Geriatría: definición, epidemiología, diagnóstico", En Álvarez Gregori, J.; Macías. J. F (Eds). Dependencia en Geriatría, . Ira Edición, Salamanca.

Morales, F.; Rivera, E. (2014): "Public policy on ageing and elderly: the case of Costa Rica". Gerontechnology (Valkenswaard), 12 (4): 209-13.

Morales, F. (2015): "El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura". Acta médica costarricense, 57(2), 74-79.

Morales, F. (2017): "Is Geriatric Medicine Possible in a Middle-Income Country? The Case of Costa Rica". Journal of the American Geriatrics Society, 65(8), 1870-1875.

Morera-Salas, M. (2014): "Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica". Acta Médica Costarricense, 56(3):109-113

Morley J. (2012): "Aging in Place". Journal of the American Medical Directors Association, 13(6): 489–492. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011.

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.

Nieves-Rico, M y Robles, C. (2016): "Poííticas de cuidado en América Latina: forjando igualdad", serie Asuntos de Género, 140 (LC/L.4226), CEPAL.Santiago de Chile.

OECD. (2011): Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris, www.oecd.org/health/longtermcare and www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted

OECD. (2011): *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.

OECD. (2017): *Health at a Glance 2017: OECD Indicators,* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

OECD. (2017): Preventing Ageing Unequally, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en.

OECD. (2019): Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en

OECD. (2019): "Health Statistics 2019". OECD Health Statistics 2019. Definitions, Sources and Methods. Disponible en: http://www.oecd.org/health/health-data.htm

Olson, M. (1992): "La lógica de la acción colectiva". Diez textos básicos deficiencia política, Ariel Editorial, Pp. 203-220. Barcelona, España.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2017a): "Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible" Organización Internacional del Trabajo–Ginebra.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2017b): "Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible". Organización Internacional del Trabajo–Ginebra.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2018): "Care work and care jobs for the future of decent work". ILO. Ginebra, Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang--es/index.htm.

ONU (2017): "El empoderamiento económico de la mujer en el cambiante mundo del trabajo". E/CN.6/2017/3. Nueva York: Consejo Económico y Social-Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer 61er período de sesiones.https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/CN.6/2017/3&referer=/english/&Lang=S.

ONU Mujeres (2016): ¨El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016. Transformar las economías para realizar los derechos resumen¨. Revista Estudios Feministas, 24(2): 589-615.

ONU Mujeres. (2018): "El Trabajo de Cuidados: Una cuestión de Derechos Humanos y Políticas Públicas". Naciones Unidas. Ciudad de México.

Palloni, A., McEniry, M., Wong, R., y Pelaez, M. (2005): "Ageing in Latin America and the Caribbean: implications of past mortality". In Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures. United Nations Population Division.

Paul III, D. D. S., David, P., & Schaeffer, K. C. (2017): "Long-term care policy: What the United States can learn from Denmark, Sweden, and the Netherlands". in Business & Health Administration Proceedings, Avinandan Mukherjee, Editor, pp. 223-236.

Pérez Bueno, L. (2010): "Discapacidad, derecho y políticas de inclusión". Madrid, CERMI.

Pérez Noguera, A, y Avendaño, R. (2017): "Informe estudio evaluativo modalidad atención domiciliar y comunitaria (abandonados) Programa Construyendo Lazos de Solidaridad (CONAPAM)." San José, Costa Rica. Disponible en: https://fodesaf.go.cr/acerca_del_fodesaf/transparencia/estudios_iice/Estudio%20de%20programa%20Construyendo%20lazos%20CONAPAM%202019.pdf

Puga, D. (2005): "La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público". Revista Española de Salud Pública. vol. 79, no 3, p. 327-330.

Querejeta, M. (2004): "Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación". Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales: Secretaría de Estado de Servicios

Sociales, Familias y Discapacidad. *IMSERSO, Madrid.*

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 Number 3 (Ginebra, UNRISD).

Razavi, S. (2012): "Rethinking care in a development context: an introduction" en: Shahra Razavi (ed) Seen, heard and counted: rethinking care in a development context. Londres, Wiley-Blackwell.

Rhee J, Donec N, Andersond G. (2015): "Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany". Health Policy, 119(10): 1319-1329.

Rivera, E. (2009): "La Atención Domiciliar como una Alternativa para Favorecer la Calidad de Vida de las Personas Adultas Mayores". San José, Costa Rica: CONAPAM.

Roberts, K. (2017): "International aged care: a quick guide". Section SP, editor. Canberra: Commonwealth of Australia.

Rodríguez A. (dir). (2005): "Libro blanco de atención a personas en situación de dependencia en España". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf.

Rodríguez-Cabrero, G y Gallego, M. (2013): "La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. In Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada". Madrid, Tecnos, pp.317 a 341.

Rodríguez-Cabrero, G., & Monserrat, J. (2002): "Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia". IMSERSO.

Rodríguez-Modroño, P., & Matus-López. M. (2016): "Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado". Revista del CLAD Reforma y democracia, (66), 99-130.

Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, M., Cruz J., 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.

Rojas, R. (2006): "El reto institucional de la atención al adulto mayor al 2025". Revista Gestión Vol. 14, nº 2 Segundo Semestre, pp.13-22.

Rossel, C. (2016): "Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas", serie Asuntos de Género, N°135 (LC/L.4186), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Rosero-Bixby, L., Fernández, X. y. Dow W. H. (2009): "Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable", MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2010-07-21. doi:10.3886/ICPSR26681.

Rosero, L. (2011): "El Bono demográfico y su factura para el fisco en Costa Rica". Boletín de divulgación basado en resultados del Proyecto CNTG del Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Rosero Bixby, L & Jiménez, P. (2012): "Retos y oportunidades del cambio demográfico para la política fiscal de Costa Rica". Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica. 1. ed. – San José, Editorial Universidad de Costa Rica.

Rosero-Bixby, L. (2016): "La situación demográfica en Costa Rica". Población y salud en Mesoamérica 13 (2): 237–311. https://doi.org/10.15517/psm.v13i2.22669.

Rosero-Bixby, L. (2018): "High life expectancy and reversed socioeconomic gradients of elderly people in Mexico and Costa Rica". Demographic Research 38 (article 3), 95-108. DOI: 10.4054/DemRes.2018.38.3.

Sanford AM, Orrell M, Tolson D, et al. (2015): "An international definition for "Nursing home"". Journal of the American Medical Directors Association, 16(3):181-184.

Sauma, P. (2011): "Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuido de las personas adultas mayores en Costa Rica". Santiago de Chile, CEPAL, Serie seminarios y conferencias No. 63, abril de 2011.

Sauma, P. (2012): "Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado". Estudio de caso Costa Rica. CEPAL, Santiago de Chile, Serie Mujer y Desarrollo No. 116, septiembre de 2012.

Scheil-Adlung, X. (2015): "Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries". International Labour Office. Extension of Social Security series; No. 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.

Schut, F., & van den Berg, B. (2012): "Long-term care insurance in the Netherlands". In Financing Long-Term Care in Europe (pp. 103-124). Palgrave Macmillan, London.

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: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 119-130.

Sosa, S. (2014): "Personas con discapacidad y cuidados". En: Banco de Protección Social, Encuesta Longitudinal de Protección Social, Ronda 2012-2013. Montevideo; BPS. p. 191-202.

Spiers, G., Matthews, F. E., Moffatt, S., Barker, R. O., Jarvis, H., Stow, D., Hanratty, B. (2019): "Impact of social care supply on healthcare utilisation by older adults: A systematic review and meta-analysis". Age and Ageing. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/ageing/afy147.

Spillman, B. C., & Lubitz, J. (2000): "The effect of longevity on spending for acute and long-term care". *New England Journal of Medicine*, 342(19), 1409-1415.

Tandon A. Cashin C. (2010): "Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective". Washington: World Bank. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/healthnutritionandpopulation/Resources/281627-1095698140167/AssesingPublicExpenditureFiscalSpace.pdf.

Tenand, M.; Bakx, P. y Van Doorslaer, E. (2018): "Long–term care use in the Netherlands: equal treatment for equal needs? An assessment using administrative data". En Netspar International

Pension Workshop (pp. 1–70). Disponible en: https://www.netspar.n l/publicatie/equal-long-term- care-for-equal-needs-with-universal-and-comprehensive-coverage-an-assessment-using-dutch- administrative-data/. Acceso el 02 de julio de 2019.

Tortosa, Mª Angeles., Fuenmayor, A., Granell, R. (2017): "Instrumentos de financiación y gestión en residencias de personas mayores. Informes en envejecimiento en red". CSIC, 2017, vol. 16.

Tsutsui, T., & Muramatsu, N. (2007): "Japan's universal long-term care system reform of 2005: containing costs and realizing a vision". Journal of the American Geriatrics Society, 55(9), 1458-1463.

Vandepitte, S., Putman, K., Van Den Noortgate, N., Verhaeghe, S., & 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 E.C. Norton. (2004): "Informal Care and Health Care Use of Older Adults". Journal of Health Economics 23(6): 1159-1180.

Varik, M., Medar, M., 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.

Veghte, B., Bradley, A. L., Cohen, M., & Hartmann, H. (2019): "Designing Universal Family Care: State-Based Social Insurance Programs for Early Child Care and Education, Paid Family and Medical Leave, and Long-Term Services and Supports". Washington, DC: National Academy of Social Insurance.

Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I., 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.

Vilaplana, C. (2010): "Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008". Hacienda Pública Española, 194:125-175.

Villalobos, P. (2017): "Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE". Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 41, p. e86.

Vrangbæk, K. (2016): "The Danish health care system". Available from: https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/.

Weber, S. (2018): "Long-term care benefits and services in Norway". In Becker U y Reinhard H eds. Long-term care in Europe. Germany: Springer. pp. 353-380.

World Health Organization. (2004): "A glossary of terms for community health care and services for older persons". Ageing and Health Technical Report. Volume 5. Kobe: WHO. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68896/1/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf.

World Health Organization. (2015): "World report on ageing and health. Geneva". WHO. ISBN: 978 92 4 156504 2. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=4C55D8FCB733A8A93878F50C33C0BB45?sequence=1.

World Health Organization. (2019): "Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care". WHO Regional Office for Europe. UN City, Marmorvej 51. DK-2100

Copenhagen Ø, Denmark. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/419357/Country-assessment-framework-integrated-delivery-care.pdf.

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.

Zalakain, J. (2017): "Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos". Derecho Social y Empresa,8, 19-39. Disponible en: https://www.dykinson.com/revistas/revista-derecho- social-y-empresa/atencion-a-la-dependencia-en-la-union-europea-modelos-tendencias-y retos/8277/.

Zárate, B. (2017). "La dependencia diez años después de la Ley 39/2006: un derecho social problemático que olvidó a la familia como sujeto cuidador". Revista Persona y Derecho, (76), 179- 207. Disponible en: https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/persona-y-derecho/article/view/8058.

Zhu, Y., & Österle, A. (2019): "China's policy experimentation on long-term care insurance: Implications for access". The International Journal of Health Planning and Management, 34(4), e1661-e1674.

LEGISLACIÓN Y DOCUMENTOS OFICIALES:

Acón, K. (2017): "Análisis de costos de prestaciones principales de cuido y proyecciones de gasto ante escenarios de aumento de cobertura de servicios". Trabajo no publicado. Informe de consultoría.

Barahona, M., Castro, C., Gamboa, R. (2017): "Sistema Nacional de Cuidados Costa Rica: Bases para la articulación de una Política Pública". Trabajo no publicado. Informe de consultoría.

Beirute, T. (2017): "La corresponsabilidad social de los cuidados en Costa Rica: Legislación vigente y algunos apuntes sobre las políticas públicas". Trabajo no publicado. Informe de consultoría.

Bolaños, S., Arreola, L., y Mata, A. (2009): "Subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar". Caja Costarricense del Seguro Social. Gerencia Médica. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas. Disponible en https://www.binasss.sa.cr/libros/subsistema.pdf.

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. Australian Government, Deparment of Health, Canberra.

BCCR, Banco Central de Costa Rica. (2018): "Indicadores Económicos" [Internet]. Disponible en: https://www.bccr.fi.cr/seccion-indicadores-economicos/indicadores-econ%C3%B3micos Acceso el 20 de marzo de 2018.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2013): "La Participación Ciudadana en la Gestión Pública: enfoque y condiciones para su desarrollo". Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social (INDES). Autora: María Mercedes Di Virgilio. Módulo 1 Participación Ciudadana y Políticas Públicas.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2020): "Del confinamiento a la reapertura: consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades en América Latina y el Caribe en el marco de la Covid-19". Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C. 20577. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Del-confinamiento-a-la-reapertura Consideraciones-estrategicas-para-el-reinicio-de-las-actividades-en-America-Latina-y-el-Caribe-en-el-marco-de-la-COVID-19.pdf

Banco Mundial (BM). (2018): Indicadores de Desarrollo [Internet]. Disponible en: http://databank.worldbank.org/data/home.aspx Acceso el 18 de mayo de 2018.

Boletín Oficial de Guipuzkoa. (2017): "Aprobación de las cuantías máximas de las prestaciones económicas de dependencia". San Sebastián, a 28 de diciembre de 2017. La secretaria técnica del Departamento, M. Socorro Equiza Equiza. (8962). Disponible en: https://egoitza.gipuzkoa.eus/gao-bog/castell/bog/2017/12/29/c1708962.pdf.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2010): "Comunicado de prensa realizado el 30 de setiembre del 2010. Dirección de Comunicación Organizacional". Consulta realizada el 22 de mayo del 2020. Disponible en: http://www.ccss.sa.cr/html/sitios/el_seguro/GreyBox_v5_53/Comunicados2010/Comunicado_30092010_Mama.html.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2011): "Acta de Junta Directiva de la sesión 8137". [Documento en línea]. Consulta realizada el 8 de agosto del 2020. Disponible en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/ Portal/jdirectiva/2011.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2013): "CCSS capacitará a cuidadores de personas adultas mayores". Consulta realizada el 18 de mayo del 2020. Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-capacitara-a-cuidadores-de-personas-adultas-mayores.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2014): "CCSS extiende, fortalece y diversifica oferta de atención a domicilio". Comunicado de prensa realizado el 06 de noviembre del 2014: Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-extiende-fortalece-y-diversifica-oferta-de-atencion-a-domicilio.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2016): "Política Institucional para la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor (CCSS)". Consulta realizada el 23 de junio de 2020. Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/noticia?junta-directiva-de-la-ccss-aprueba-politica-para-las-personas-adultas-mayores.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2018): "Manual de Procedimientos: Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar. Atención en Red". Gerencia Médica. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas. CÓDIGO MP.GM.DDSS.160318. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2019): "Memoria Institucional 2019". CCSS. San José, Costa Rica. Disponible en: https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3649/memoria2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2020): "Caja reorienta programa de visita domiciliar en medio de la pandemia". Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?caja-reorienta-programa-de-visita-domiciliar-en-medio-de-la-pandemia.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2020): "Estadísticas en Salud". Anuarios Estadísticos del 2020, 2019 y 2018. Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/est_salud.

Centro Centroamericano de Población (CCP). (2008): "Informe Estado de Situación de la Población Adulta Mayor". CCP – Universidad de Costa Rica, coordinación del proyecto Xinia Fernández y Arodys Robles, San José, C.R, capítulo 6 "Estado de salud".

Centro Centroamericano de Población (CCP). (2012): "Tres escenarios del fisco en Costa Rica 2040". Boletín de divulgación basado en resultados del Proyecto "Cuentas Nacionales de Transferencias Generacionales" con aportes de CEPAL/CELADE, IDRC y el proyecto internacional NTA. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Centro Centroamericano de Población (CCP); Programa Integral para la Persona Adulta Mayor (PIAM); Consejo Nacional de la Persona Mayor (CONAPAM). (2020): "II Informe Estado de Situación de la Pesona Adulta Mayor en Costa Rica". San José, Costa Rica. ISBN 978-9968-9688-9-8. Disponible en: http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/81562.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019): "Estadísticas e indicadores". Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas de CEPALSAT. Disponible en: https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?IdAplicacion=1&idTema=1&idIndicador=31&idioma=e. Consultado entre abril y junio del 2020.

Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). (2020): "COVID-19 en la vida de las mujeres: Emergencia global de los cuidados". (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/II.6.27). ISBN 978-0-8270-7081-3Washington; Disponible en: https://www.oas.org/es/cim/docs/CuidadosCOVID19-ES.pdf.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2011): "Política nacional de envejecimiento y vejez 2011-2021". San José, Costa Rica. Presidencia de la República.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2012): "Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica"; ii Versión: revisada y ampliada, octubre del 2012. San José, Costa Rica.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias asociadas (ASCADA), Alzheimer Iberoamérica (AI), Confederación Multidisciplinaria de Centroamérica de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (2014): "Plan Nacional para la enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas. Esfuerzos Compartidos 2014-2014". San José, Costa Rica.

Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor. (2017): "Procedimientos y criterios para la atención y el cuidado de personas de 60 años o más, agredidas y/o abandonadas y de 65 años y más, en condición de pobreza, dependencia, vulnerabilidad y abandono". Disponible en: https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/procedimiento_atencion_cuidado_60_mas.pdf.

Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor. (2019): "Plan Operativo Institucional". Ejercicio Económico 2019. San José, Costa Rica. Disponible en: https://www.conapam.go.cr/gestion-estrategica/.

Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor. (2020): "Guía para la validación y actualización de la Ficha descriptiva de los programas sociales 2020". San José, Costa Rica.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2020): "La Red. Bienes o servicios que entrega. Montos máximos". San José, Costa Rica.

Contraloría General de la República (CGR). (2016): "Informe de auditoría de carácter especial sobre la interrelación de los programas de transferencias dirigidos a la población a dulta mayor". División de Fiscalización Operativa y Evaluativa. Área de Fiscalización de Servicios Sociales. DFOE-SOC-IF 31 de agosto, 2016. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2016/SIGYD_D_2016014300.pdf

Contraloría general de la República (CGR). (2019): "Impacto fiscal del cambio demográfico: Retos para una Costa Rica que Envejece". División de Fiscalización Operativa y Evaluativa. DFOE-SAF-OS-00001-2019. Abril de 2019. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/otras publicaciones/cambio-demografico-04-2019.pdf

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.

Asamblea Nacional Constituyente de Costa Rica (1949). Constitución Política de la República de Costa Rica.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2018): "Políticas públicas con enfoque de derechos humanos". Washington, Estados Unidos. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticasPublicasDDHH.pdf.

Costa Rica. Ley N° 7935 Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento. Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1999.

Costa Rica. Ley N°9303 de Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2015.

Danmarks Statistik. (2017): Befolkningens udvikling 2016, last accessed on 22 May 2020 at https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal, Copenhagen: 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 de Prestaciones Sociales. (2020): "Portafolio de Servicios 2020". La Tercera Línea de Servicios. Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica.

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

Encuesta Continua de Empleo al primer trimestre de 2019. (2019): Resultados Generales. ISSN: 2215-3136., San José.

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

Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica. (2018): BID-IMAS. Trabajo no publicado. San José, Costa Rica.

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

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

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

Gaceta Nº83 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 núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. Referencia: BOE-A-2006-21990. [En línea]: 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". [En línea]: https://www.euskadi.eus/web01-a2gizar/es/contenidos/informacion/cartera02_servicios_sociales/es_def/index.shtml#id_11.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (IMSERSO). 2019. Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Estadísticas [Internet]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/index.htm Acceso el 03/03/2020.

Institute for Health Metrics and Evaluation (Global Health Metrics). (2019): "Measuring what matters Costa Rica, country profile". University of Washington. Disponible en: http://www.healthdata.org/costa-rica.

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.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INEC). (2017): "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. —1 ed.-- San José, C.R.: INEC, 2018. 103 p., 28 cm.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2018): 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. Base de datos. Disponible en: (http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca virtual/reenut2017.pdf).

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2019): Encuesta Nacional sobre discapacidad (ENADIS) 2018. Base de datos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2019): Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018. Base de datos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INEC). (2020): Estadísticas demográficas. 2011-2050. Proyecciones nacionales. Población total por años calendario, según sexo, grupos quinquenales de edades y edades simples. http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2017): "Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades Costa Rica 2017- 2032"; 1. ed., Colección Políticas Públicas para la Igualdad y Equidad de Género n. 12, Estrategias e Instrumentos de Política Pública n.12, San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015): "Corresponsabilidad Social en el Cuido". ISBN 978-9968-25-226-3. 1 ed. 1 reimp.– San José: Instituto Nacional de las Mujeres, 2015. (Colección Aprendo con igualdad y equidad; n. 7)

Instituto Nacional de las Mujeres. (2018): "Política Nacional para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres PIEG 2018-2030". 2 ed. – San José: Instituto Nacional de las Mujeres, 2018. (Colección Políticas públicas para la igualdad y equidad de género; n.12; Estrategias e instrumentos de política pública; n. 14; Estrategias e instrumentos de política pública; n. 14).

Instituto Nacional de las Mujeres. (2019): "Valor del trabajo doméstico no remunerado equivale al 25,3% del PIB". Comunicado de prensa. Disponible en: https://www.inamu.go.cr/valor-del-trabajo-domestico-no-remunerado-equivale-al-25-3-del-pib.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2020): "Corresponsabilidad Social de los Cuidados...Meter el pie para que no se nos cierre del todo la puerta...". M.Sc. Esther-Techi Serrano Madrigal. Coordinadora del Departamento de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida. Julio 2020. San José, Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. (2020): "Estadísticas demográficas 2011-2050. Proyecciones nacionales". Población total por años calendario, según sexo y grupos quinquenales de edades. Disponible en: http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion.

Jiménez-Fontana, P. (2017): "Challenges to increase female labor force participation: Gender inequality in Cost Rica"; Working Papers cwwwp1, University of Cape Town, Development Policy Research Unit.

Jiménez, R. (2014): "Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad

de un cambio de paradigma. Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores". Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 77-84.

Jiménez, J. (2016): "Más de 700 mujeres han sido acompañadas hacia una atención rápida y efectiva de su tratamiento Programa de Navegación salva vidas a mujeres con cáncer de mama. Iniciativa es parte de la Escuela de Salud Pública de la UCR". Oficina de Divulgación e Información de la Universidad de Costa Rica. Recuperado de: https://www.ucr.ac.cr/noticias/2016/10/27/programa-de-navegacion-salva-vidas-a-mujeres-con-cancer-de-mama.html.

Jiménez, C., Sánchez, S., Esquivel, G., Núñez, G., Sanchún, P. (2017): "Inclusión para todas las Personas ¿Preguntas y Respuestas sobre los CAIPAD?". Viceministerio Académico Dirección de Educación Privada; Dirección de Desarrollo Curricular Departamento de Educación Especial. MEP. San José, Costa Rica.

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 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, 299, 15.

Ley 19353 de 8 de Diciembre de 2015. Creación Del Sistema Nacional Integrado De Cuidados (SNIC). https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015

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.

Matus-López, M. (2020): "Análisis del Impacto y Ahorro en Salud de un Sistema de Cuidados a la Dependencia en Costa Rica". Trabajo no publicado. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018a. "Pour les personnes âgées" [en línea]. Disponible en: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/resultatsannuaire? service=hebergement Acceso el 01 de junio de 2018.

Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018b. "Direction de la Recherche, des Études, de L'évaluation et des Statistiques. Data.Drees" [en línea]. Disponible en: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/datadrees/ Acceso el 30 de marzo de 2018.

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. 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.

MIDEPLAN; UNICEF. (2015): "Niñez y Adolescencia: Prospectiva para ellas y ellos". San José, Costa Rica.

Ministerio de Planificación y Política Económica. (MIDEPLAN). (2017a): "Costa Rica: Prospectiva en el cambio demográfico al 2045". San José: Ministerio de Planificación y Política económica. Disponible en: https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/fOOVEPZrSXSv4TYEko3tzA.

Ministerio de Planificación y Política Económica. (MIDEPLAN). (2017b): "Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Informe País Costa Rica". Subsecretaria de Población-Unidad de Análisis Prospectivo. En colaboración con Colectivo de OSC-INEC-UNFPA. San José:

Ministerio de Planificación y Política económica. Disponible en: https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ConsensoMontevideo-digitalSENCILLAS.pdf.

Ministerio de Planificación y Política Económica. (MIDEPLAN). (2017c): "Prospectiva en Salud 2045: Prevención y sostenibilidad financiera". Área de Análisis del Desarrollo. San José: Ministerio de Planificación y Política económica. Disponible en: https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/pJe9QS8MTtuaGBKaftQd5A.

Ministerio de Planificación y Política Económica. (MIDEPLAN). (2019): "Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario (2019-2022). San José: Ministerio de Planificación y Política económica. Disponible en: https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/ka113rCgRbC_BylVRHGgrA.

Ministerio de Salud. (2012): "Política Nacional de Salud Mental 2012-2021". San José: Ministerio de Salud. Disponible en: https://psicologiacr.com/sdm_downloads/politica-nacional-de-salud-mental-2012-2021/.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2018): "Estrategia Nacional para un envejecimiento saludable basado en el curso de vida 2018-2020". San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social. (2016): "Política Nacional para la Atención a las Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016-2026". San José, Costa Rica.

Naciones Unidas (2019): "División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas". Panorama de la Población Mundial: Revisión 2019. - http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm.

Núñez, M. (2017): "Círculos de Diálogo a nivel nacional: necesidades de cuido en los grupos familiares costarricenses". Trabajo no publicado. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Organización de Estados Americanos (OEA). (2015): Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 9 de junio de 2015, Washington, D.C.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2015): "La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Centro de noticias de la ONU al día 25 de setiembre de 2015. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2005): "Long-Term Care for Older People". OECD Publishing. Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page2.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017): "OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica. Assessment and Recommendations". Paris. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Disponible en: http://www.oecd.org/els/health-systems/reviews-health-systems.htm.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018): "Care needed: Improving the lives of people with dementia". Paris. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Disponible en: https://www.oecd.org/health/care-needed-9789264085107-en.htm.

Organisation for Economic Co-operation and Development /European Union. (2020): "How resilient have European health systems been to the COVID-19 crisis?", in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/85e4b6a1-en. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_85e4b6a1-en.

Organización Mundial de la Salud. (2001): "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF". Lineamientos. España: Organización mundial de la Salud OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2014): "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles". Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1.

Plan Nacional de Desarrollo Rural Territorial Costarricense (PNDRT) 2015-2030 (PNDRT). (2017): Instituto de Desarrollo Rural. - - San José, C.R.: Inder. ISBN: 978-9968-579-10-0. Disponible en: https://www.inder.go.cr/acerca_del_inder/politicas_publicas/documentos/PNDRT-2017-2022.pdf.

Política Nacional en Discapacidad 2011-2021. (2011): Incluye el Decreto Nº 36524-MP-MBSF-PLAN-S-MTSS-MEP. Política Nacional en Discapacidad 2011-2021 ISBN: 978-9968-791-16-8. 1 ed. Heredia, Costa Rica.

Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (PEN). (2018): "Informe Estado de la Nación". PEN-CONARE. San José.

Quesada, L. (2020): Entrevista al Lic. Luis Diego Quesada Varela, Asesor de la Presidencia Ejecutiva de la Junta de Protección social, 17 de julio 2020, JPS, San José, Costa Rica.

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

Rodríguez, A. (Dir.). (2005): "Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España". Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

SAAD, Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. (2018): Estadísticas [Internet]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/index.htm Acceso el 23 de diciembre de 2020.

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 [online] Available from: https://sede.madrid.es/portal/site/tramites/menuitem.62876cb64654a55e2dbd7003a8a409a0/?vgnextoid=fae76a38d1bed010VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnextchannel=61eba38813180210VgnVCM100000c90da8c0RCRD&vgnextfmt=default [Accessed 4 Jan. 2020].

Secretaría Nacional de Cuidados de Uruguay. (2018): Aproximación a la población dependiente

mediante encuestas. Disponible en: https://www.gub.uy/sistemacuidados/ comunicacion/ publicaciones/aproximacion-poblacion-dependientemediante-encuestas Acceso el 01/03/2020.

Service Public Français (SPF). (2019): "Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches". Disponible en: https://www.pour-les-personnes- agees.gouv.fr/. Acceso el 20 de mayo de 2019.

Sistema de Cuidados Integrado de Cuidados de Uruguay (SNIC). (2019): "Informe anual 2018". Montevideo, Gráfica Mosca. 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. http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/121833/1/informe-mensual-snic-enero-2020.pdf

Superintendencia de Pensiones. (SUPEN). (2019): "Regímenes Básicos. IVM-CCSS". Disponible en: https://www.supen.fi.cr/pensionados-por-sexo Acceso el 10 de febrero de 2019.

United Nations. (2018): "Promoting inclusion through social protection: Report on the World Social Situation 2018". *United Nations Department of Economic and Social Affairs.* ISBN 978-92-1-130340-7.

United Nations. (2018): "World Population Prospects". [Internet]. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/ Acceso el 28 de febrero de 2020.

World Health Organization. (2019): "Policy coherence as a driver of health equity". Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 5411 9. Printed in Italy by AREAGRAPHICA SNC DI TREVISAN GIANCARLO & FIGLI. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324736/9789289054119eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Anexos

ANEXO 1: MARCO CONCEPTUAL

Este anexo aporta un robusto marco conceptual que logra situar a las personas lectoras en esta nueva veta de servicios, al tiempo que pone sobre relieve los conocimientos sobre la situación de la dependencia en Costa Rica.

La dependencia es un concepto polisémico (Durán-Heras, 2006) y multifuncional (Morales y Leandro, 2009). Tiene aristas económicas, demográficas, sociales y sanitarias. A efectos de esta política, la dependencia funcional es mayormente relevante para su concepción desde el ámbito social y sanitario. Por tal motivo, cuando se hace referencia a la dependencia, se trata de la situación en la que, por edad, discapacidad, enfermedad o una combinación de esos factores, las personas carecen de autonomía y requieren de los apoyos de otras personas para desarrollar actividades instrumentales o básicas de la vida diaria por un período prolongado o permanente.

> Es un concepto diferente de la dependencia económica o de la relación e interdependencia entre seres humanos. La dependencia hace referencia a cómo la salud, la enfermedad y sus consecuencias, afectan la capacidad de la persona para vivir de manera independiente, o sea, a lo que el individuo puede o no puede hacer (Morales y Leandro, 2009: 51).

En este contexto, la autonomía refiere a la capacidad funcional de las personas de ser autosuficientes o autónomas en la realización de actividades de la vida cotidiana, desde las más básicas como vestirse, asearse y desplazarse, hasta otras de mayor complejidad pero que también forman parte de la vida cotidiana, como prepararse las comidas, asear su entorno, salir y desplazarse por la calle, usar el transporte público o asistir a controles de salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (2015), la dependencia es la situación que se presenta cuando la capacidad funcional ha disminuido hasta el punto en

que la persona no tiene autonomía individual (sin considerar barreras del entorno) para llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin apoyos de otra persona por un período permanente de tiempo.

Por su parte, en el caso de Europa, continente con mayor población envejecida en el mundo y con mayor desarrollo de políticas y sistemas de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia, el concepto sigue en construcción. Sin embargo, según lo establece la recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros, se define la dependencia como sigue:

La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, sensorial o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

> La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado.
> La dependencia económica no está contemplada en esta recomendación.

En síntesis, el concepto alude a la situación que viven la personas que, más allá de las barreras del entorno, debido a limitaciones individuales asociadas con carencia o pérdida de autonomía, requieren de apoyos o cuidados de un tercero para poder realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, durante un período prolongado de tiempo.

Por ello, la dependencia funcional no es el resultado de la presencia de limitaciones individuales o del entorno (cuando la limitación individual no puede ser compensada por instrumentos de apoyo o adaptaciones al entorno), sino del requerimiento prolongado de apoyos de otras persona para realizar actividades cotidianas de manera satisfactoria.

Para comprender las dimensiones de este concepto, a efectos de esta política pública, resulta pertinente dar cuenta de las características de las personas dependientes y para ello se ampliará en este anexo qué es la dependencia, sus componentes, severidad y sus instrumentos de medición.

Las dificultades funcionales, derivadas de la discapacidad física, sensorial, cognitiva, emanada de problemas asociados con salud física, mental o psicosocial para el desarrollo de una vida autónoma puede estar originada por una discapacidad perinatal o por el natural desgaste de funciones vitales (Howse, 2010; Robine y Jagger, 2015). Por tanto, es preciso aclarar que toda situación de dependencia está precedida por una enfermedad crónica o discapacidad. Sin embargo, aun cuando esto puede ocurrir en cualquier parte y en cualquier momento del ciclo vital, es fundamental evidenciar que es en la etapa de envejecimiento donde hay mayor prevalencia (Covinsky et al., 2003; Morales y Leandro, 2009).

En consecuencia, la discapacidad perinatal es una de las causas de la dependencia, pero no la más importante. Las situaciones de discapacidad ocurren con mucha más frecuencia a lo largo de la vida que en el nacimiento, aunque tendemos a pensar y actuar como si fuera, al contrario (Huete, 2019).

> La dependencia es un riesgo constante en la vida del ser humano. Las personas pueden necesitar cuidados de otros debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal básico o tareas que se deben realizar todos los días (Huenchuan y Rodríguez, 2015:11).

En el informe sobre la Salud del Mundo (OMS, 2004) y en el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud (OMS, 2015) se expone que las necesidades de cuidados de larga duración crecen en la etapa del envejecimiento, pues incrementan las limitaciones funcionales, morbilidad de enfermedades crónicas y, por tanto, el envejecimiento es la etapa del ciclo vital con más prevalencia de dependencia (Morales y Leandro, 2009).

A medida que la población envejece, también aumenta el porcentaje de la población con limitaciones funcionales, motrices, cognitivas, sensoriales o de comunicación, por ello, la presencia de limitaciones en la población adulta mayor está positivamente correlacionada con la existencia de discapacidad y enfermedades crónicas (Aranco et al., 2018).

De modo que, además de ser mayoritariamente personas adultas mayores, la respuesta más plana a la pregunta: ¿Quiénes son las personas dependientes? sería: "(...) 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 trae consigo, aunque sea tautológico, la acción de depender de otra persona para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria que de otra forma no podrían realizarse.

Por su parte, al ser una situación particular emanada de la individualidad de cada persona, para la caracterización y evaluación de la severidad de la dependencia, se suelen utilizar instrumentos de medición denominados Baremos de Valoración de la Dependencia (BVD). Estos instrumentos son herramientas institucionales homologadas entre las instituciones públicas y privadas que ofrecen servicios de atención a la dependencia.

"El uso de instrumentos para valorar la capacidad funcional nos permite identificar aquellos individuos con riesgo de morbilidad, uso de servicios de salud, institucionalización, mortalidad, entre otros, para crear planes de intervención" (Morales y Leandro, 2009: 70), es decir, la forma en que se mide la dependencia, y se evalúa su severidad, incide en la forma en que se configura la oferta de servicios:

> La dependencia es la perdida de autonomía como consecuencia de limitaciones permanentes ocasionadas por enfermedades físicas o cognitivas. Para la evaluación de su nivel se utilizan escalas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y tests cognitivos de capacidad intelectual. Los puntajes de las escalas suelen resumirse en tres categorías: leve, moderada y severa (Gascón y Redondo, 2014: 62).

Comúnmente, los elementos que se utilizan para medir o clasificar la dependencia son tomados de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF, 2001) y se encuentran asociados a la pérdida o carencia permanente de autonomía, funcionamiento e independencia para llevar a cabo de manera individual las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), asociadas principalmente con desempeño físico y cognitivo, tales como comer y beber, levantarse de la cama, continencia de esfínteres, usar el excusado, bañarse, vestirse y por otra parte, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que son aquellas que tienen mayor implicación en la interacción con el entorno "(...) como cocinar, realizar los quehaceres domésticos, lavar la ropa, hacer compras, manejar el dinero, utilizar el transporte público sin apoyos de otra persona, tomar medicamentos y usar el teléfono".

Cabe aclarar que la CIF (2001) fue realizada para la medición de situaciones relacionadas con discapacidad, no con la dependencia (concepto que ni siquiera es mencionado). Sin embargo, adaptaciones subsecuentes han sido utilizadas para la medición de situaciones asociadas a la dependencia (Rodríguez Cabrero, 2011; Quejereta, 2012). Es así como se han calibrado y adaptado los diferentes BVD y herramientas de ese tipo, tomando las escalas likert de evaluación y medición de las actividades básicas de la vida diaria (Katz, 1963) y de las actividades instrumentales de la vida diarias (Lawton, 1969).

Ahora bien, las ABVD y AIVD son solo una guía general, aunque no homogénea, de la "fórmula" por medio de la cual los diferentes estados evalúan las situaciones de dependencia, en función de determinar en primer lugar si la persona solicitante es o no dependiente, en segundo lugar su severidad y grado de dependencia y por último, los servicios y prestaciones que mejor le resulten para la promoción de su autonomía personal.

Por lo tanto, entre tanta diversidad, existe un consenso mínimo en que estos elementos aportan un criterio adecuado que se biseca en la dificultad ceteris paribus de vivir de manera in-

dependiente y la necesidad de apoyo y cuidado de otra persona para llevar a cabo ciertas tareas (Huenchuan y Rodríguez, 2015). Por tal razón, la categorización y medición de la dependencia varía según los criterios de cada país:

> (...) los países se diferencian en cómo suman el nivel de dependencia o necesidad de asistencia con AVDs para determinar la elegibilidad para diversos tipos de servicios dentro del sistema de CLD. En los Países Bajos, la elegibilidad se basa en si un dependiente requiere asistencia con cualquiera de seis categorías funcionales de cuidado (Schut y van den Berg, 2010). En Alemania, la elegibilidad depende del número y tipo de AVDs para los cuales el dependiente necesita asistencia, la frecuencia con la que se requiere una actividad, y la cantidad de tiempo durante la cual se requiere la ayuda (Rothgang, 2010). En Francia, la autonomía de un potencial beneficiario se agrupa en una escala única; una autonomía menor a la del umbral predeterminado convierte a la persona en elegible para el subsidio público de CLD (Le Bihan y Martin, 2010) (Caruso et al., 2017: 19).

Comúnmente en la literatura especializada y en los métodos para medir la dependencia se expone que aún y cuando las AIVD son importantes de medir, es más preciso considerar una situación de dependencia a partir de la ausencia de capacidad para realizar de manera autónoma al menos una ABVD por un tiempo prolongado (WHO, 2015).

Sin embargo, es pertinente comprender cuál es su dimensión práctica de aplicación. Por ello es fundamental conocer, cómo se define a una persona dependiente. Reforzando lo anteriormente esbozado al principio de este anexo, la definición más pertinente y completa a efectos de esta política pública y su implementación es la expuesta a continuación:

> (...) definimos a una persona como dependiente si tiene dificultades para la realización de al menos una ABVD en forma permanente (...) Por lo tanto, la dependencia se asocia a una situación de largo plazo y, por lo general, con pocas expectativas de recuperación. Finalmente, debe tenerse en cuenta que la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende del contexto, que puede proveer instrumentos y oportunidades para garantizar la autonomía funcional (Aranco et al., 2018).

Por su complejidad, en la literatura no existe una definición única y compartida de forma homogénea sobre dependencia en todos los ámbitos del conocimiento: "Existen muchos tipos de dependencia y de cuidadores, y la opinión pública, igual que la legislación y la jurisprudencia, reflejan la heterogeneidad característica de un proceso de cambio social acelerado en que conviven actitudes y valores dispares" (Durán-Heras, 2006: 58).

La dependencia también se mide según su severidad. En Costa Rica aún no existen registros de ese tipo más allá de un acercamiento que se realiza en la Encuesta de uso de tiempo (2017), donde se pregunta por cuidados dirigidos a "personas totalmente dependientes". Se entiende por personas totalmente dependientes aquellas: "(...) personas con dificultades físicas, mentales, enfermedades permanentes o de edad muy avanzada, que no les permita realizar actividades por sí mismas, y, por lo tanto, dependen de otra persona que destine tiempo diariamente para su apoyo" (INEC, 2018: 23).

En los países de la OCDE que utilizan BVD o herramienta afín, los grados de dependencia se suelen definir según el nivel y la intencidad de apoyos o cuidados por parte de un tercero que la persona requiera para realizar sus actividades cotidianas. Esto se traduce en tiempo y tareas, que son brindadas mediante servicios o prestaciones de los sistemas de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia (Chaverri, 2019).

Asimismo, en la legislación también varía la forma en que se define la dependencia, por ejemplo, en España, la Ley 39/2006, de 14-XII, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia define la dependencia como:

> "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, la definición es más concisa: la Ley 19.353 del 27 de noviembre de 2015, de creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados define 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".

Tomando esto en consideración, en esta política se entenderá la dependencia como una situación permanente en que vive una persona que ha perdido su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, lo cual le impide realizar por sí misma, al menos una de sus actividades básicas de la vida diaria sin apoyo de otra persona, de manera prolongada en el tiempo.

Al conceptualizar la dependencia es preciso referirse también al concepto de los cuidados, pues, la dependencia los trae de forma implícita, de manera que los mismos se comprenden de manera amplia: "(...) como la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia" (Huenchuan, 2011: 164).

Sin embargo, el ejercicio de los cuidados tiene implicaciones sociales, económicas y psicológicas. Batthyány (2009) indica que el cuidado designa la acción de atender a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, que implica un "trabajo", del cuidado económico, que implica un "costo económico" y del cuidado psicológico, que implica un "vínculo afectivo, emotivo y sentimental" (Villalobos, 2017).

Por lo anterior, es preciso evidenciar que los cuidados, apoyos y en general los servicios de este tipo destinados a personas dependientes, son prodigados por otras personas. Esto puede parecer obvio, pero no lo es tanto si se piensa en la amplitud y diversidad de los servicios, mecanismos de financiamiento y capacidades en calidad que puedan desarrollarse en las diferentes modalidades.

El cuidado es una función social, un bien público y un derecho básico sin el cual no es posible concebir la existencia y la reproducción de la sociedad. Interpela a un nivel medular al propio concepto de humanidad; se funda en relaciones "cara a cara" entre quienes lo reciben y quienes lo proveen de forma remunerada o no remunerada, por ello las políticas de cuidado deben cubrir, tanto a las personas cuidadoras como a quienes requieren esos servicios, a saber: personas en situación de dependencia (Rico y Robles, 2016)

Por lo tanto, los cuidados pueden ser informales (Batthyány, 2015) (generalmente cuando se realizan en el entorno familiar) y formales cuando son remunerados y se llevan a cabo fuera del hogar (Barefoot et al., 2005; Doubova et al., 2010). Otra manera de comprender esta diferencia es que "(...) la naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia y, también, según sí se trata o no de una tarea remunerada" (OITb, 2017).

La dedicación de familiares y amigos a los cuidados y apoyos informales de personas dependientes tiene incidencia sobre numerosos aspectos en la vida de la persona cuidadora. Particularmente, en aquellos relativos al uso de su tiempo libre, de modo que, al asumir estas tareas, se modifica su ocio, tiempo libre, vida familiar y eventualmente su estado de salud física y mental. Incluso, en ocasiones los efectos se producen también sobre aspectos profesionales y económicos.

Para esta política, por cuidados informales se comprenden aquellos que son llevados a cabo por familiares, voluntarios o amigos no profesionales, efectuados de manera solidaria, es decir, se realizan de manera no remunerada. Por tal motivo, en esta categoría se circunscriben los que, sin paga alguna, son proporcionados diariamente por los familiares convivientes.

Los cuidados y apoyos a integrantes del hogar no remunerados son una forma de trabajo no remunerado. En la ficha técnica de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (INEC, 2018) se define el trabajo no remunerado (TNR) como actividades que no son económicas pero sí productivas para el desarrollo y bienestar de los hogares y familias, relacionadas con los servicios que realizan los miembros del hogar y que son consumidos en el mismo, como actividades de oficios domésticos, cuido, apoyo a otros hogares y trabajo voluntario, entre otras actividades que son indispensables para satisfacer las necesidades de las personas no solo en una dimensión económica, sino también afectiva por

La dedicación de familiares y amigos a los cuidados y apoyos informales de personas dependientes tiene incidencia sobre numerosos aspectos en la vida de la persona cuidadora. Particularmente, en aquellos relativos al uso de su tiempo libre, de modo que, al asumir estas tareas, se modifica su ocio, tiempo libre, vida familiar y eventualmente su estado de salud física y mental.

la carga emocional y física que implica la realización de este trabajo (INEC, 2018: 22).

Por otra parte, por cuidados formales se comprenden aquellos que son ofertados por el mercado y el Estado (Razavi, 2007). Bidegain y Calderón (2018) agregan otra característica distintiva entre ambas formas de cuidados: los cuidados formales están cubiertos y amparados en legislación, los informales no.

En virtud de lo anteriormente expuesto, a efectos de esta política, se entenderá por servicios formales de cuidado los que están sujetos a algún tipo de regulación y quienes los ejercen reciben remuneración por ellos. En esta categoría se considerarán aquellos brindados por el Estado, las organizaciones de bien social y el mercado. En el caso de Costa Rica, los cuidados formales son predominantemente suministrados por organizaciones sin fines de lucro que se enfocan en atender a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y organizaciones sin fines de lucro que prestan servicios para la población de ingresos medios y altos (Medellin et al.,2019).

La oferta de servicios de cuidados formales, tienen por objetivo vincular a la población "(...) con dependencia a un amplio espectro de recursos y servicios de la comunidad, prestando asistencia en problemas financieros o familiares, proporcionando actividades sociales y educacionales para la recreación y la integración, entre las actividades más utilizadas" (Gascón y Redondo, 2014: 20).

Por su parte, los cuidados de larga duración (CLD) son aquellos que: "Incluyen una amplia variedad de servicios para extender por el mayor período la posibilidad de vivir de la manera más independiente posible a personas que tienen limitaciones permanentes" (Gascón y Redondo, 2014: 20), por tanto, es plausible comprender dentro de los servicios formales, los servicios de cuidados de larga duración:

> Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, "el cuidado a largo plazo constituye una gama de servicios y apoyos a la que se puede recurrir para satisfacer necesidades de cuidado personal. La mayoría de las veces el cuidado a largo plazo no se trata de asistencia médica, sino de asistencia con las tareas personales básicas de la vida diaria, en ocasiones llamadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)" (Caruso, et al., 2017:2)

Por lo tanto, los CLD son un tipo de servicio social que tienen por objetivo apoyar a las personas dependientes de manera directa o apoyando a sus personas cuidadoras en la realización de las actividades que, de forma individual, no pueden realizar debido a que carecen de autonomía para ello:

> Hay personas que, por motivos de envejecimiento, discapacidad o problemas de salud mental, no pueden realizar las actividades de la vida diaria sin contar con apoyo para esto. En estos casos, los servicios diferenciados proveen apoyo a partir de un diagnóstico individualizado de la situación de dependencia y el establecimiento de un plan de cuidados. En función del nivel de dependencia y la disponibilidad de recursos, el plan puede incluir apoyo domiciliario, asistencia a centros de día, financiamiento de cuidadores o incluso, atención residencial (Ibarrarán et al., 2016: 13).

De este modo, los CLD deben comprenderse como un servicio continuado, es decir, no es una intervención aislada, sino que debido a la atención que se brinda a su público meta, su énfasis es puesto en la provisión de mecanismos de apoyo a la autonomía:

> La atención a los cuidados de larga duración se debe ver como un continuum de cuidados en el que el sujeto puede consumir recursos sanitarios y recursos sociales varias veces a lo largo de su vida, bien sea de forma secuencial o bien de forma aleatoria en el tiempo (Rodríguez Cabrero, Monserrat, 2002: 17).

La demanda de cuidados de larga duración se define, principalmente, por el incremento en el número de personas dependientes (Matus-López y Vega, 2016). El envejecimiento acelerado en Costa Rica traerá consigo el incremento de personas dependientes (Morales y Rivera, 2014; Morales, 2014) por lo que invertir en CLD como oferta pública, responde "(...) a retos que imponen una presión creciente debido al envejecimiento de la población y a los cambios que experimentan las estructuras familiares" (ONU MUJERES, 2016: 595).

Esto se traduce en que los CLD se sustentan en la concepción de los cuidados como un asunto público, lo cual implica reorientar la

forma en que esta función social se ha planteado como responsabilidad primaria de las familias y en ellas, de las mujeres, a partir de ello:

> (...) se cuestionan las bases institucionales que definen quién debe asumir los costos de la reproducción social y cómo se distribuye la carga de cuidado en las sociedades. Esto tiene al menos dos consecuencias. Por una parte, demanda un nuevo pacto en el cual figure explícitamente el rol garante del Estado en resguardar el derecho al cuidado. Por otra parte, requiere consolidar plenamente una cultura de corresponsabilidad del cuidado entre mujeres y hombres. Ambos elementos expresan una nueva ecuación de acceso al bienestar en las sociedades que permitirá el ejercicio pleno de derechos de personas cuidadoras y de aquellas que requieren cuidados. (Nieves y Robles, 2016:12).

En razón de lo anterior, los Sistemas de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, conceptualmente, además de ser políticas públicas orientadas desde el Estado, en corresponsabilidad con otros actores sociales, comunales y empresariales, abarcan una serie de servicios médicos, de atención personal y de asistencia cuyo objetivo principal es mejorar el bienestar de las personas con cierto grado de dependencia a largo plazo, a la vez que se promociona su autonomía, apoyándolas en sus actividades personales e impulsandolas a vivir de forma independiente.

Los sistemas se componen de esfuerzos múltiples para traducir los requerimientos de las personas en una oferta integrada con amplia gama de servicios y prestaciones para la promoción de la autonomía personal. Estas pueden consistir en ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como comer, lavar se o vestirse, o mediante el apoyo para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como cocinar, hacer compras y gestionar las finanzas (OCDE, 2019). Según la generosidad de los sistemas, los servicios incluyen a las personas cuidadoras informales y se diversifican especializandose en promover con mayor intensidad, la autonomía personal (Zalakain, 2017).

En Costa Rica, el hecho de carecer de oferta pública de cuidados de larga duración para personas dependientes es un fenómeno que provoca que estos se brinden de manera informal en el entorno familiar, recargados sobre las mujeres (EBC, 2018).

En su análisis, Matus-López y Rodríguez (2014) concluyen que gran parte de los gobiernos latinoamericanos deberían definir su sistema integral de provisión de cuidados a la dependencia e implantarlo en el corto plazo. En virtud de tener uno de los sistemas sociales más robustos de América Latina, Costa Rica está llamado a ser uno de los primeros en hacerlo, pues con el aumento de edad y la aparición de la dependencia, se hace más necesaria la atención y el cuido:

La demanda de cuidados de larga duración no depende solo de las necesidades objetivas ligadas al número de dependientes y su estado de salud, sino también de aspectos sociales e institucionales (...) el estrechamiento de la parte central de la pirámide de población, la incorporación laboral masiva de las mujeres y la reducción en el tamaño medio de los hogares son, según diferentes estudios, factores que presionarán al alza sobre la demanda de cuidados formales de larga duración (Martínez et al., 2018: 23).

ANEXO 2: MODELOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Modelos de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Europa

Con el fin de identificar las ofertas relacionadas con servicios de larga duración y con servicios de atención a la dependencia desde una perspectiva comparada internacional en la siguiente sección se presenta una reseña de los distintos modelos y las características que tienen y que pueden ser un insumo para el diseño del sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia

- *Países Bajos*

El sistema de atención de los Países Bajos es uno de los más generosos de Europa. El costo del sistema total de cuidados de larga duración se sitúa en el 3,7% del PIB; 2,4% del PIB referido al costo de servicios de salud y otro 1,5% del PIB a servicios sociales.

El modelo de cuidados de larga duración de los Países Bajos es reconocido internacio-

nalmente por ser uno de los más completos, generosos y universalistas del mundo con una cobertura que incluye servicios para los siguientes problemas de salud: los generados por el sistema nervioso o aparato locomotor, los trastornos psicológico-geriátricos causados por la edad, las enfermedades psiquiátricas, la discapacidad mental intelectual o cognitiva, la discapacidad física, la discapacidad sensorial visual, auditiva o comunicativa (Dijkhoff, 2018).

El sistema provee servicios de atención residencial y de base domiciliaria, entre los que se encuentran hogares de ancianos y hogares para personas con discapacidad y asistencia personal en el hogar que incluye servicios de limpieza y apoyo con las actividades diarias (OCDE, 2019). Asimismo, se giran transferencias económicas para que las personas puedan pagar por servicios de cuidados. El monto de la transferencia ronda el 75% del costo de los servicios en especie, con un promedio cercano a los 22 mil euros anuales (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Se realizó una reforma al sistema durante el 2015, con el fin de impulsar la atención no residencial y descentralizar los servicios de larga duración transfiriéndolos a las municipalidades (Maarse y Jeurissen, 2016) o a las aseguradoras. Entre los servicios que se transfirieron se incluyen: cuidados 24/7 en los hogares de ancianos, la atención personal en casa para la realización de ABVD, la provisión de servicios de limpieza y en menor medida atención en clínicas de salud mental (OCDE, 2019).

La combinación de estas prestaciones y la dotación de horas del servicio es decidida por el Centro para la Asignación de Cuidados, CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Esta institución establece los lineamientos para la valoración de la dependencia que aplican los gobiernos locales. Una vez que recibe las solicitudes, el CIZ determina si las personas necesitan asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Las prestaciones son clasificadas como intramuros o extramuros, que viene siendo una denominación similar a atención integral/residencial y atención en el domicilio.

En total, en 2015, último año con información, 803.050 personas recibían prestaciones del sistema, es decir, el 4,7% de la población total del país. De estos, el 20% tenía más de 80 años y el 55% superaba los 65 años, es decir, el 12% de los mayores de este último umbral, recibían algún tipo de servicio (CIZ 2015).

Respecto al financiamiento, desde el 2015, a partir de la reforma realizada, los CLD se financian especialmente a través de tres fuentes de ingresos: prestaciones sociales recaudadas a través de un sistema de cotización, los aportes del Estado y los aportes de las familias (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Para acceder a los servicios, las posibles personas usuarias tienen que ser previamente valorados por el Centro de Evaluación de Necesidades (CIZ) para determinar cuál tipo de atención requiere según su condición y cuántos cuidados necesita (Schut y van der Berg, 2012).

Por las características anteriores, se considera el modelo de los Países Bajos como uno de los más comprensivos, universalistas del mundo, ya que realiza una inversión considerablemente mayor a otros países en los cuidados de larga duración y facilita múltiples servicios médicos y sociales (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

- *Francia*

El modelo de cuidados de larga duración de Francia, funciona con el subsidio conocido como "Prestación para la autonomía personal (APA)", que provee apoyo financiero a todas las personas de 60 años o mayores, que requieran asistencia para ejecutar las actividades de la vida diaria, que vivan en sus hogares o en centros de retiro (OCDE, 2011)y en complementariedad con otros programas como la prestación para la discapacidad (PCH), el servicio social para alojamiento (ASH) y la asignación para alojamiento social (Le Bihan,2018).

El criterio de elegibilidad para acceder a la prestación, además de la edad, es que quienes soliciten el apoyo se ubiquen entre el nivel mediano y alto de dependencia, según el baremo utilizado a nivel nacional que distingue seis niveles distintos de dependencia según la severidad de la condición (Le Bihan y Martin, 2018) a través de la medición de diez actividades corporales y mentales.

La prestación se divide en dos tipos: residencial y domiciliaria. En la domiciliar, las personas reciben el subsidio que les permite pagar un plan de atención elaborado por un equipo multidisciplinario a partir de la evaluación sobre sus necesidades específicas e incluye servicios de cuidados para el hogar (OCDE, 2011). En la residencial, el servicio se calcula a partir de la información que comparten las residencias en la web, donde establecen las tarifas según el tipo de servicios y se ajusta según el nivel de ingresos. De esta forma, el servicio cu-

bre una porción de los costos y el monto restante es aportado por las familias o por la ASH y ALS (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Este modelo atiende a 60% de personas usuarias que viven en sus casas y 40% en residencias (LeBihan y Martin, 2018). De manera paralela, como parte de los CLD, el sistema de salud financia servicios de atención y enfermería en los hogares y en las residencias (European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010).

El costo y cobertura del modelo es similar al promedio internacional, se ubica entre el 1,7% y 2,3% del PIB y cubre a alrededor del 3,5% de la población, es decir, a unas 3.2 millones de personas (Jara, Matus y Chaverri, 2020). En cuanto al financiamiento, los aportes provienen de los Departamentos territoriales (70%) y de Caja Nacional para la Autonomía (CNSA) (30%), que se financia con contribuciones sociales.

Es relevante tomar en consideración que el gasto total que hace en Francia en CLD es mayor que el invertido en el APA, ya que hay otros programas que se ocupan de complementar los servicios asociados a este servicio.

En resumen, la APA se constituye como el servicio más vinculado con la atención a la dependencia, en su concepción hispanohablante, pero se establece como un servicio complementario a otros ya existentes. Muchos de los cuales descansan en los gobiernos locales o regionales. Su forma de provisión es diferente, en el sentido de que se ofrece ajustada por costos y no como servicios directos, es decir, el montante no es recibido directamente por la persona usuaria, sino que funciona como un voucher para la compra de servicios.

- *España*

El modelo español funciona bajo un sistema de servicios que se aprobó a finales del 2006 con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía y atención a las personas en situación de Dependencia, que tenía como objetivo atender las necesidades sociales de las personas en situación de dependencia y de sus familias a través de una nueva modalidad de protección social (Congreso de los Diputados, 2006).

Este modelo ofrece servicios y prestaciones económicas para quienes requieren de forma permanente apoyo para realizar ABVD a través de una Red de Servicios Sociales suministrados por las Comunidades Autónomas mediante centros públicos o privados debidamente acreditados (Congreso de los diputados, 2006).

En el modelo español las personas usuarias son todas aquellas que se encuentran en situación de dependencia y que necesitan atención o apoyos importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Se entiende como situación de dependencia aquella de carácter permanente, ocasionada por la edad, enfermedad o discapacidad y ligada a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

A diferencia del modelo francés, no establece límites de edad y no se estructura como prestaciones complementarias, sino como un nuevo pilar del Estado de Bienestar, con nuevas estructuras administrativas y descentralizada por Comunidades Autónomas.

Las personas solicitantes de los servicios son valoradas a través de un baremo que mide la situación de la dependencia. El baremo está dividido en cuartiles y cada uno corresponde a un nivel. Las personas que se ubiquen en los tres de más severidad obtienen acceso a las prestaciones (Jara, Matus y Chaverri, 2020).

Este baremo pondera las actividades de la vida diaria y la intensidad y frecuencia de los apoyos necesarias para el desarrollo de la vida diaria, tomando en consideración la edad de las personas solicitantes. A través de una serie de ponderaciones, se puntúa una escala que va desde 0 a 100 puntos según menor a mayor severidad. Dicha escala se divide en cuatro categorías homogéneas. El Nivel III corresponde al de mayor severidad o gran dependencia, el Nivel II, a dependencia severa y el Nivel I a dependencia moderada. La última categoría, con una valoración de 24 o menos puntos, se considera no dependiente. Datos del 30 de abril de 2020, reflejan que desde 2007 han sido valoradas 1.884.577, de las cuales únicamente han sido usuarias con derecho a prestación el 79,46% de las personas valoradas.

La oferta de servicios incluye tanto residenciales como no residenciales y cubre los siguientes: a) servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal; b) servicio de teleasistencia; c) servicio de ayuda a domicilio; d) servicio de atención a las necesidades del hogar; e) Centros de día y de noche para adultos mayores y f) servicio de atención residencial (Congreso de los Diputados, 2006).

Las prestaciones económicas pueden ser de tres tipos: para cuidado en el entorno familiar

(PECEF); b) vinculada al pago de servicio público o concertado de atención y cuidado y c) para contratación de asistencia personal.

Los CLD se financian de tres fuentes públicas: aportes del Estado (Administración General del Estado), aporte discrecional de cada Comunidad Autónoma y aporte de Municipios (Jara, Matus y Chaverri, 2020). Asimismo, las personas usuarias participan en la financiación según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal (Congreso de los Diputados, 2006).

El gasto del modelo español es menor al promedio internacional, se ubica entre el 0,75% y el 0,9% del PIB, pero mantienen una cobertura cercana a la media, ya que los servicios alcanzan al 2,3% de la población (IMSERSO, 2020).

Modelos de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Europa en Asia

- *Japón*

Japón aprobó durante 1997 la Ley del Seguro de Cuidados de Larga Duración con el fin de brindar atención y cuidados a la población adulta mayor y a partir de este avance, en el año 2000 se creó el sistema de cuidados de larga duración orientado a promover la socialización de los cuidados anteriormente provistos por las familias (Tsutsui y Muramatsu, 2005).

Este sistema provee servicios a toda persona de 65 años o más a partir de la identificación de necesidades de cuidados según la condición física y mental de la persona usuaria. Para esto, el modelo utiliza un sistema de certificación estandarizado a nivel nacional que evalúa las necesidades basándose en datos recopilados por cuidadores profesionales e instituciones que brindan CLD.

El sistema de evaluación computarizado permite ubicar a las personas en siete niveles de dependencia y, posteriormente, los resultados son valorados por la Junta de Certificación de Necesidades de Atención, integrada por médicos y otros profesionales CLD.

Se impulsó una reforma enfocada a la prevención en el 2005, con el fin de prestar apoyo a personas con niveles de dependencia bajos, con el fin de intervenir antes de que su condición se deteriore y evitar que requieran servicios de mayor alcance.

Para acceder a los servicios, la persona que requiere cuidados o su cuidador inmediato contacta al gobierno local para que certifique la dependencia de la persona. Un funcionario asiste a la casa, aplica el cuestionario y utiliza implementos médicos para obtener la información necesaria. Posteriormente, esta información es introducida en el sistema computarizado en el que se despliega el tiempo estimado que requiere la persona de cuidados de la lista de servicios ofrecida (Tsutsui y Muramatsu, 2007).

Los servicios incluyen visitas a domicilio de asistentes personales, servicios de enfermería, de rehabilitación y de apoyo a actividades de la vida diaria, además de la posibilidad de estancias cortas en hogares de ancianos. El sistema se financia con cotizaciones que las personas comienzan a pagar a partir de los 40 años, impuestos locales y 10% de copagos de la persona que recibe los servicios (Kawaguchi, 2019).

- *Corea*

En el 2008, Corea desarrolló un sistema de atención a la dependencia financiado a través de un seguro social para personas mayores con dependencia que cubre alrededor del 77% de las personas adultas mayores en el país que requieren cuidados, se trata aproximadamente de 713 mil personas (Oliveri, 2019).

El modelo de cuidados a cargo del sistema es el Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) y la cobertura incluye a personas adultas mayores de 65 años o más o personas menores de esta edad con enfermedades geriátricas como Alzheimer o padecimientos cerebrovasculares. Los CLD se financian con los aportes de las personas aseguradas y subsidios del gobierno nacional y local y cuando el posible persona usuaria tiene los recursos, debe contribuir financieramente para pagar los servicios (Jeon y Kwon, 2017).

Uno de los aspectos relevantes del modelo, es que el sistema de seguridad social de Corea incluye varios seguros contra riesgos, entre estos la dependencia y facilita asistencia social para los hogares de menores ingresos y servicios sanitarios y sociales.

El seguro de cuidados de larga duración permite que la población tenga acceso a servicios como visitas domiciliarias para cuidados de día y de noche (Rhee, Done y Anderson, 2015), que incluyen chequeos, apoyo para el baño y para la higiene personal, apoyo en la realización de tareas domésticas de autocuidado y estimulación física para personas con movilidad reducida (Jara, 2019).

Para brindar los servicios, el sistema recu-

rre a una evaluación de las capacidades con el fin de identificar el apoyo que requieren las personas. Se trata de servicios que se incluyen como parte de la oferta regular del sistema de salud, que mantiene líneas de acción orientadas a la prevención y el tratamiento oportuno de las enfermedades (Jara, 2019).

- *China*

Es una política incipiente en el gigante asiático. La experiencia de cuidados de larga duración en China se caracteriza por la existencia de 15 programas piloto, en distintas ciudades del país, que tienen diseños diferentes en cuanto a la participación, elegibilidad y provisión de los servicios (Chang,Yang y Deguchi, 2020).

Los programas son desarrollados por los gobiernos locales a partir de un marco general de política establecido por el Gobierno Central, lo que les permite establecer un sistema de fondos individuales y, a la vez, recibir financiamiento del sistema de seguro social, que funciona como la principal fuente de ingreso.

La cobertura de los programas en algunas ciudades es universal y en otras está orientadas a grupos de la población específica según edad. Los criterios de elegibilidad están determinados por varios factores, entre estos: la evaluación de la dependencia, los tipos de dependencia y los límites de edad (Zhu y Österle, 2019). La mayoría de los programas piloto evalúan la discapacidad a partir de la escala de Barthel que mide distintos indicadores físicos y, en general, los programas categorizan la severidad de la dependencia en tres niveles. Los servicios incluyen cuidados institucionales y cuidados a domicilio y en casos excepcionales subsidios en efectivo.

Alrededor del 80,73% de las personas mayores dependen de un familiar como principal cuidador. Además, para el acceso a servicios de atención a la dependencia median otros factores de influencia, como los ingresos y la zona de residencia, también se relacionaron significativamente con la disponibilidad de servicios. En tercer lugar, el seguro médico es un factor muy importante que influye en la disponibilidad de servicios de atención a largo plazo tanto en las zonas urbanas como en las rurales, pero los ingresos son la variable más relevante a la hora de tener o no acceso a esta oferta (Chen, Zhang y Xu, 2020).

Aproximadamente, el 17% de las personas dependientes en China no tienen acceso a ninguna de las tres modalidades de aseguramiento médico y esta cifra asciende al 21% en el caso de los adultos mayores. Hasta ahora, los planes pilotos se han concentrado mayoritariamente en servicios de cuidados en instituciones, lo que podría generar mayores listas de espera para acceder a los servicios y privar a una parte de la población de acceder a una oferta de cuidados más costo efectiva (Zhu y Österle, 2019).

Modelos de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Europa en América Latina

- *Uruguay*

En Uruguay, en el 2015, se creó el Sistema de Cuidados (SNIC), con el fin de brindar atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Este sistema comprende, por una parte, un conjunto nuevo de prestaciones en materia de cuidados y por otra, la coordinación y expansión de la oferta existente (Parlamento de la República de Uruguay, 2015).

Se definen como personas dependientes aquellas mayores de 65 años y que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por sí mismas las necesidades de la vida diaria. No obstante, esta restricción por edad se ha visto modificada por dos motivos.

Por una parte, el SNC ha absorbido programas ya existentes del Banco de Previsión Social (BPS), que concedían a personas de todas las edades. El segundo es que el despliegue de servicios se ha realizado focalizando las nuevas personas usuarias en el grupo de personas de 70 y más años de edad.

La valoración de las personas se realiza a través de un Baremo, que considera las actividades de la vida diaria y las necesidades de cuidados. Este baremo se puntúa por actividad, edad e intensidad de los apoyos y da origen a cuatro categorías: no dependiente, dependiente leve, dependiente moderado y dependiente grave.

En Uruguay aproximadamente 490.000 son adultas mayores y alrededor del 12,9% se encuentran en situación de dependencia. Se estima que la demanda potencial de cuidados es de 64.000 personas (SNC, 2018).

Para 2019, el SNC atendía 10 000 personas con dependencia severa, de manera específica, 4.808 accedieron a un asistente personal

y otras 5.554 personas que fueron aceptadas para hacer uso de este servicio y contratarlo cuando lo estimen conveniente (Presidencia de Uruguay, 2019).

El sistema ofrece servicios residenciales y no residenciales. Respecto a los primeros, brinda subsidios para la contratación de asistentes personales que apoyan en actividades de la vida diaria y que faciliten teleasistencia. En cuanto a los segundos, el sistema habilitó casas comunitarias de cuidados para la primera infancia, soluciones de cuidado para madres y padres que están estudiando y de forma más limitada hay algunos hogares para personas adultas mayores, pero la oferta es principalmente privada. Por otra parte, también se crearon líneas de crédito para jardines privados y hogares de ancianos con el fin de que puedan invertir en mejorar los servicios que brindan (Sistema de Cuidados de Uruguay, 2020).

Para determinar los servicios que requiere la posible persona usuaria, el sistema utiliza un baremo que mide el nivel de dependencia en cuatro categorías. La medición es aplicada por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (Parlamento de la República de Uruguay, 2015).

El Sistema Nacional Integrado de Cuidados está integrado por tres instancias: a) la Junta Nacional de Cuidados, b) la Secretaría Nacional de Cuidados y el c) El Comité Consultivo de Cuidados La Junta Nacional se encarga de proponer las políticas y estrategias del SINC y de proponer las asignaciones aportadas por los organismos públicos que integran al sistema para que sean incorporadas las partidas en el presupuesto nacional.

Para brindar atención a la población, la Secretaría funciona dentro del MIDES y se integra con las áreas de Infancia, Área de Personas Mayores, Área de Personas con Discapacidad y Área de Planificación y Seguimiento para funcionar articuladamente.

Este modelo de servicios se encuentra en fase expansiva. De acuerdo con el informe anual del SNC de 2018, desde abril de 2016 abril a diciembre de 2018, el Portal de Cuidados recibió un volumen de 115.022 consultas para 53.248 personas. Entre enero de 2017 y diciembre de 2018, el número de personas que accedían al servicio de asistencia personal pasó de 1.887 a 4.574 y para 2018, alrededor de 1.703 personas usuarias contaban con el servicio de teleasistencia (SNC, 2018).

- *Colombia*

A partir del 2014, Colombia incorporó el tema de cuidados a la dependencia funcional como parte de la agenda pública al plantearse la responsabilidad de crear un Sistema Nacional de Cuidado (SINACU) como uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" (Flórez et al., 2019). Sin embargo, aún está lejos de consolidarse.

Este sistema está en construcción y tiene como objetivo articular y coordinar las políticas y programas sectoriales de cuidados que contribuyen a brindar atención a las personas dependientes.

Las personas usuarias son personas con discapacidad, adultos mayores, niños y niñas menores de seis años y víctimas del conflicto armado con enfermedades físicas o mentales, en situación de discapacidad. Para brindarles atención, el sistema se plantea las siguientes líneas de acción: habilitar servicios de cuidado a domicilio, construcción de guarderías y centros de cuidados para personas dependientes y la formación de cuidadores remunerados y no remunerados.

La arquitectura institucional funcionaría a través de la articulación de los siguientes sistemas: el Sistema Nacional de Cuidado de Personas con Dependencia Funcional Permanente, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema Nacional de Discapacidad para atender a las personas con discapacidad y el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (Flórez et al., 2019).

La decisión de colocar este tema en agenda pública obedece a la creciente demanda de servicios de apoyo a la dependencia en el país como resultado de la presión que se ejerce sobre las familias, especialmente, sobre las mujeres y la necesidad de articular las políticas existentes.

- *México*

México tiene una serie de leyes, normas y programas específicos para brindar atención a las personas adultas mayores y con discapacidad, pero no cuenta con un programa que tenga como objetivos suministrar CLD (López Ortega y Aranco, 2019).

Por ello, la referencia respecto al desarrollo en este ámbito de los servicios sociales es escueta. En cuanto a los servicios de atención a la dependencia, se cuenta con algunas casas residenciales o centros que ofrecen atención durante el día y que son administradas por

instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil o por entes privados. Para 2015, de acuerdo con los datos recopilados por El Censo de Alojamientos de Asistencia Social, únicamente el 8% de los hogares para adultos mayores eran instituciones públicas.

Aunado a los centros residenciales existentes, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) brinda algunas capacitaciones para los familiares que proveen el apoyo en labores de cuido. Desde el 2015 disponen de un curso en línea de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas que para el 2017 había sido consultado por 26 936 usuarios a nivel nacional e internacional (El Universal, 2017).

En cuanto a los servicios de asistencia personal, estos son suministrados por proveedores privados y con costos significativamente variables según los servicios requeridos y las actividades que se desarrollarán. Hasta ahora, no existen servicios públicos orientados a apoyar a personas con dependencia.

En resumen, el rol del Estado en cuanto a los cuidados a la dependencia en México es incipiente frente a un aumento en la demanda de la población que requiere estos servicios como resultado del envejecimiento poblacional, y un aumento en la importancia de las enfermedades no transmisibles frente a las transmisibles (López-Ortega y Aranco, 2019).

ANEXO 3: MARCO NORMATIVO Y COMPROMISOS INTERNACIONALES

I. Instrumentos internacionales para la protección de los derechos humanos

- *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José)*

La Convención Americana sobre Derechos Humanos ratifica los compromisos establecidos por los Estados Americanos para respetar los derechos y las libertades de las personas sin discriminación alguna por sexo, etnia, idioma, religión, opiniones políticas, o de cualquier otra de índole, sea económica, social o de nacimiento. Esta convención, en el artículo 5 señala que toda persona tiene derecho a la integridad física, psíquica y moral y en el artículo 7 que todos tienen derecho a la libertad y la seguridad personal (OEA, 1969). Este grupo de derechos constituye un punto de partida para establecer lineamientos tendientes a proteger y garantizar la integridad física y la seguridad personal de las personas dependientes.

- *Declaración Universal de Derechos Humanos*

La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla una serie de derechos económicos, sociales, políticos, culturales y cívicos, a los que debe tener acceso toda persona sin distinción, en todo momento y en todo lugar. Este instrumento garantiza la dignidad humana para todos los grupos de la población y la aplicación universal y efectiva por parte de los Estados Miembros de medidas orientadas a protegerla y a garantizar la igualdad entre todas las personas (Naciones Unidas, 2015). En este sentido, la Política Nacional de Cuidados de Larga Duración parte de un enfoque de derechos en el que se visualiza a las personas dependientes como sujetas de derechos, por lo que todas las acciones articuladas en la política están orientadas a garantizar su promoción y protección.

II. Instrumentos Internacionales para la protección de los derechos de las mujeres

- *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible fue aprobada en el 2015 con el fin de establecer 17 objetivos y 169 metas para erradicar la pobreza, proteger el planeta y mejorar las condiciones de vida de las personas en todas las latitudes, a través de un marco de desarrollo sostenible e inclusivo.

El objetivo 5 es lograr la igualdad de género y para ello los Estados firmantes se comprometieron con poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y eliminar todas las formas de violencia que reciben (Naciones Unidas, 2015).

En materia de cuidados, de acuerdo con la agenda, los Estados deben reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerado, facilitando servicios públicos y políticas de protección social que promuevan la corresponsabilidad en los hogares (Naciones Unidas, 2015). En este marco, ante las asimetrías existentes respecto a la cantidad de horas que dedican las mujeres y los hombres a estas tareas y el hecho de que en su mayoría, las mujeres que se dedican a estas labores están en situación de pobreza (CEPAL, 2015), esta política intenta responder a esta problemática creando una infraestructura social que traslade los cuidados

de la esfera doméstica a la social, con el fin de brindarles mayores oportunidades de participar plenamente en la vida económica y social.

En línea con lo anterior, la agenda incluye en el objetivo 5 la promoción del crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos (CEPAL, 2015). En relación con esto, con un sistema de cuidados, las mujeres tendrían mayor tiempo disponible y mayores oportunidades de insertarse en el mercado laboral y de contar con un empleo digno que les permita potenciar su autonomía y desarrollo personal.

En el objetivo 3 se contempla la necesidad de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades. Para esto, se planea garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad, mejorar la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles y aumentar de manera significativa la financiación de la salud y la contratación, así como la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo.

En este marco, esta política adquiere un compromiso con este objetivo y buscará no solo garantizar que las personas dependientes tengan acceso a servicios de salud de calidad, sino también que el personal sea capacitado para brindar atención en materia de cuidados de larga duración (CEPAL, 2015), de manera que el rol que desempeñan muchas mujeres actualmente como cuidadoras, sea asumido por el Estado y que esto permita liberarles tiempo y sobrecarga de trabajo.

El objetivo 10 de la agenda, corresponde a reducir la desigualdad en los países. Como parte de las metas, se plantea garantizar la igualdad de oportunidades eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias, promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas para cumplir con este objetivo. En este sentido, se incluye a todas las personas sin importar su sexo, discapacidad, etnia, orientación sexual entre otros, de manera que para efectos de esta política y en cumplimiento a este objetivo, todas las personas dependientes tendrían acceso a los servicios en igualdad de condiciones (CEPAL, 2015).

- ***Estrategia de Montevideo para la implementación de la Agenda Regional de Desarrollo Sostenible***

La Estrategia de Montevideo para la implementación de la Agenda Regional fue aprobada en 2016 y constituye un compromiso político entre los países de la región que tiene como objetivo delinear una hoja de ruta para el cumplimiento de esta agenda y para alcanzar los compromisos establecidos en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, en materia de igualdad de género, autonomía y derechos de las mujeres (CEPAL, 2017).

Para ello, los países establecerán las políticas públicas necesarias que permitan cerrar las brechas entre hombres y mujeres y superar los obstáculos que actualmente impiden el desarrollo integral de las mujeres, entre los que se encuentran la desigualdad socioeconómica y la persistencia de la pobreza, la división sexual del trabajo, la desproporcional organización del trabajo de cuidados, los patrones culturales patriarcales, entre otros.

Esto se verifica al constatar que su creciente participación en el mercado laboral y en el ámbito público no se ha visto acompañada de una mayor participación de los varones en el trabajo doméstico no remunerado y de cuidados y que las niñas, los niños y adolescentes siguen siendo socializados en el marco de estos patrones patriarcales. Asimismo, cuando el trabajo de cuidados se inserta en el mercado, está realizado principalmente por mujeres en tres sectores de la economía: trabajo doméstico remunerado, salud y educación. Persiste una organización social injusta y desequilibrada del cuidado, con fuertes implicancias en términos de brechas de desigualdad entre hombres y mujeres, entre mujeres de distintos niveles socioeconómicos y entre territorios y países. Muchas mujeres latinoamericanas y caribeñas forman parte de cadenas globales de cuidados que, ante la falta de participación de los hombres, se constituyen mediante la transferencia de los trabajos de cuidados de unas mujeres a otras, sobre la base de relaciones de poder según el sexo, la clase y el lugar de procedencia. En las próximas décadas se agudizará el proceso de envejecimiento de la población de la región y, por lo tanto, se incrementará la carga de cuidado de las personas adultas mayores, los enfermos crónicos y las personas con alguna discapacidad y aumentarán los costos de la atención de la salud y los sistemas de pensiones. Al mismo tiempo, si bien para 2030 se espera un descenso de la fecundidad, esta continuará siendo estratificada según nivel socioeconómico y pertenencia racial y étnica. (CEPAL. 2017: 19).

Por lo anterior, la Política Nacional de Cuidados de Larga Duración se constituye como

uno de los instrumentos de política pública orientados al cumplimiento de la Estrategia de Montevideo.

- *Declaración y Plataforma de Beijing*

En 1995, se celebró la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer con la que se fijó una agenda mundial de igualdad de género. En el 2015 se renovó y ratificó el compromiso de los Estados en combatir las limitaciones y obstáculos que enfrentan las mujeres para alcanzar una participación plena en la sociedad y en igualdad de condiciones respecto a los hombres.

Tomando en consideración la creciente pobreza que enfrentan las mujeres, los Estados se comprometieron a revisar y modificar las políticas existentes con el fin de garantizar el acceso universal y equitativo a los programas sociales para las mujeres e incorporar la perspectiva de género en las nuevas políticas que se aprueben.

- *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer se constituye como un documento marco que articula una serie de derechos y acciones con los que los Estados se comprometen con el fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres.

Como parte de sus disposiciones, se establece la necesidad de impulsar medidas en el plano económico, social, político y cultural para asegurar el pleno desarrollo de las mujeres y el goce de libertades y derechos en igualdad de condiciones con los hombres.

En este sentido, la CEDAW constituye un instrumento de especial relevancia para el desarrollo de esta política, ya que las tareas de cuidados han sido históricamente desarrolladas por las mujeres, apoyadas en roles de género que reafirman la división sexual del trabajo y les impiden gozar de las mismas oportunidades que los hombres para acceder a estudios o incorporarse al mercado laboral. En relación con esta materia, la Convención señala que los Estados tienen la responsabilidad de facilitar servicios sociales que permitan a los padres conciliar sus labores familiares con sus responsabilidades laborales (Art.11, inciso c). Asimismo, la Convención indica que es necesario modificar los patrones socioculturales de conducta que estén fundados en estereotipos (Art. 5, inciso a).

III. Instrumentos internacionales para la protección de los derechos de las personas adultas mayores

- *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores 2015*

En América Latina, los acuerdos supranacionales han jugado un rol importante en materia del establecimiento de derechos. Al respecto, la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores, en tanto instrumento regional de mayor relevancia dado su contenido y carácter vinculante, ha estimulado a los Estados nacionales a firma y ratificación, obligando con ello a adaptar progresivamente sus legislaciones internas (Acosta y Picasso, 2019).

Esta Convención es un instrumento formulado para promover, proteger, asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores que viven en la región, con el fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Fue aprobada en la Sesión 45 de la Asamblea de la Organización de Estados Americanos (OEA), el día 15 de junio del 2015.

Mediante Ley 9394 de setiembre de 2016, Costa Rica ratificó la Convención, misma que depositó ante la OEA en diciembre de 2016. De este modo, el Estado costarricense deja tangible el compromiso de garantizar la protección y el disfrute de los derechos humanos a las personas adultas mayores mediante este instrumento jurídico que reconoce que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una asistencia plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades.

La Convención establece una serie de derechos en materia de cuidados de larga duración para la población adulta mayor. Entre estos, en el artículo 12 señala que “La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía”. Además, este instrumento indica que el Estado debe establecer un marco regulatorio ade-

cuado para el funcionamiento de los servicios de larga duración que permita evaluar y supervisar la situación de la persona adulta mayor (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2016).

- *Carta de San José por los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe 2012*

En la Carta de San José por los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, adoptada durante la tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento firmada en el 2012, los Estados acordaron trabajar en todas las formas de discriminación y violencia que reciben las personas adultas mayores y en crear redes de protección que garanticen el ejercicio de sus derechos.

- *Declaración de Brasilia 2007*

Con el desarrollo de la segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, efectuada en Brasil en el 2007, los Estados participantes ratificaron su compromiso en impulsar acciones orientadas a proteger los derechos de las personas adultas mayores, en un contexto de cambios demográficos en la región, envejecimiento de la población y la posibilidad de que estas trasformaciones generen discapacidades y dependencia y, por lo tanto, una mayor oferta de servicios que les brinden atención integral (CEPAL, 2007).

Para cumplir con este objetivo, se recomendaron, entre otros aspectos, crear marcos legales para proteger los derechos de las personas adultas mayores y en materia sanitaria, brindar cuidados paliativos a las personas adultas mayores con enfermedades en fase terminal y facilitar apoyo a sus familiares que los acompañan en el proceso. Además, se indicó que es necesario garantizar que los profesionales que atiendan los casos tengan las competencias para realizar las intervenciones requeridas, tanto físicas como psicosociales.

En consonancia con estas disposiciones, la Política Nacional de Cuidados de Larga Duración toma en consideración la necesidad de brindar atención a las personas con enfermedades en fase terminal.

- *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2003*

La Estrategia contempla las metas, objetivos y recomendaciones para la acción en favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid con el fin de que los países incorporen las medidas necesarias para proteger los derechos y facilitar el desarrollo integral de las personas adultas mayores (CEPAL, 2003).

- *Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento Madrid 2002*

El plan de Acción Mundial sobre Envejecimiento se aprobó en el 2002, como resultado de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en la que participaron los Estados miembros de Naciones Unidas. En este evento los participantes acordaron suscribir medidas tanto a nivel nacional como internacional en tres ejes prioritarios: las personas adultas mayores y el desarrollo, la promoción de la salud y el bienestar de la vejez y alcanzar entornos emancipadores (Naciones Unidas, 2002).

Como parte de las medidas que se vinculan directamente con los objetivos de esta política, el documento dispuso reducir los efectos acumulativos de los factores que aumentan el riesgo de adquirir enfermedades y, en consecuencia, aumentar las posibilidades de dependencia durante la vejez. Para atender este objetivo, el plan propone que los Estados garanticen cuidado y protección a las personas a medida que envejecen y que se desarrollen actividades de promoción de la salud y educación sanitaria Naciones Unidas, 2002).

De esta forma, existe un compromiso de previo no solo de atender, sino también de prevenir la dependencia en personas adultas mayores.

- *Protocolo San Salvador (1988)*

El Protocolo San Salvador completa la Convención Americana de Derechos Humanos, ampliando lo establecido en materia derechos económicos sociales y culturales. Como parte de las obligaciones de los Estados, estipula que las personas adultas mayores tienen derecho a protección durante su vejez y que para esto, es necesario que se les proporcionen instalaciones adecuadas, alimentación y atención especializada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas (Art.17).

- *Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento (1982)*

Los Estados reunidos en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Naciones Unidas, en

1982, decidieron aplicar una serie de políticas a nivel nacional, regional e internacional para mejorar la vida de las personas adultas mayores, partiendo de que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que, por lo tanto, las personas adultas mayores deben disfrutar de una vida plena y saludable en el seno de sus propias familias y comunidades (Naciones Unidas, 1982).

IV. Instrumentos internacionales para la protección de los derechos de las con discapacidad

- *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*

La Convención Interamericana sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada en Costa Rica en el 2008 mediante la Ley 8661, delinea los derechos que se comprometen a proteger los Estados para garantizar el goce pleno y la igualdad de condiciones para las personas con discapacidad, con el fin promover el respeto de su dignidad inherente (Naciones Unidas, 2007).

El instrumento aborda la condición de doble discriminación que viven las mujeres, niñas y niños con discapacidad y reconoce su igualdad ante la ley y sus derechos en materia de libertad de expresión, opinión y acceso a la información, autonomía personal e independencia individual y respeto a su privacidad (Gamboa y Salas, 2019).

En el artículo 20 de la Convención se indica que las personas con discapacidad tienen derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad y para esto, los Estados tienen que asegurar que las personas tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros de la comunidad incluida la asistencia personal (inciso b.)

Con el fin de lograr estos y otros objetivos, la Convención determina que los Estados adoptarán la legislación y las políticas y que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos de la población con discapacidad (Naciones Unidas, 2007).

Se trata de un instrumento de carácter vanguardista al introducir mayores mecanismos de protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad, respecto a otros marcos regulatorios previos en esta materia (Gamboa y Salas, 2019).

- *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*

La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, adoptada por Costa Rica en 1999 a través de la Ley 7948, dispone que los Estados se comprometen a adoptar las medidas legislativas, laborales, sociales, educativas o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación de las personas con discapacidad (Art. I). De acuerdo con el instrumento, estas medidas incluyen, el trabajo prioritario en "(...) la detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad" (Art.III) (OEA,1999).

Asimismo, los Estados acuerdan trabajar en la prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles y en la intervención temprana y facilitación de tratamiento y rehabilitación (OEA, 1999).

- *Programa de Acción para el Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las personas con discapacidad (2016-2016)*

Los Estados miembros de la OEA acordaron adoptar de forma gradual las medidas administrativas, legislativas y judiciales necesarias para garantizar la toma de conciencia sobre la situación de las personas con discapacidad, su acceso a salud en igualdad de condiciones, incluyendo salud sexual y reproductiva, rehabilitación y habilitación, educación, trabajo, empleo, accesibilidad, participación ciudadana y cultural, autonomía personal y vida independiente, entre otros. Además, acordaron desarrollar programas a nivel nacional, regional y local, que mitiguen el impacto nocivo de la pobreza y la desigualdad en las personas con discapacidad (OEA, 2016).

- *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para personas con discapacidad*

Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para personas con discapacidad fueron adoptadas en 1993 con el fin de garantizar el ejercicio de derechos para esta población e impulsar una serie de medidas para asegurar su acceso a atención médica, rehabilitación, servicios de apoyo, educación,

empleo, vida familiar e integridad personal (Naciones Unidas, 1993).

En materia de servicios, se estipula que los Estados deberán garantizar la prestación de servicios de apoyo, incluidos los recursos auxiliares, con el fin de aumentar la autonomía de las personas con discapacidad. Asimismo, se señala que deben apoyar la elaboración y la disponibilidad de programas de asistencia personal y de servicios de interpretación (Naciones Unidas, 1993).

- *Declaración de Cartagena de Indias sobre políticas integrales para las personas con discapacidad en el área de Iberoamérica*

En la Conferencia intergubernamental sobre políticas para personas adultas mayores y con discapacidad, celebrada en 1992, los Estados miembros acordaron impulsar acciones para prevenir la discapacidad y para facilitar recursos, servicios y medidas de rehabilitación para asegurar que las personas con discapacidad alcancen la mayor autonomía (OEA, 1992).

V. Instrumentos Internacionales de protección para las personas cuidadoras

- *Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares*

Las labores de cuidado, muchas veces a asumidas por integrantes de las familias, privan o limitan a las personas de incorporarse al mercado laboral o acceder a estudios. Por eso, el Convenio 156 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), denominado "Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares" establece una serie de obligaciones para los Estados con el fin de brindar oportunidades para las personas trabajadoras con responsabilidades familiares.

Según el Convenio ratificado por Costa Rica en 2019, el Estado debe desarrollar o promover servicios comunitarios, públicos o privados, tales como los servicios y medios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar (Art.5) con el fin de brindar soporte a las personas trabajadoras con hijos u otros familiares a su cargo, cuyas labores de cuidados les impidan prepararse para la vida económica e ingresar en ella (Art.1).

VI. Constitucionalidad y legislación nacional

El marco normativo nacional contiene una serie de disposiciones constitucionales y leyes orientadas de alguna forma a proteger y promover los derechos de las personas dependientes por factores de edad, discapacidad, enfermedades crónicas y degenerativas. Estas disposiciones constituyen un antecedente y un fundamento para el desarrollo de la Política Nacional de Cuidados de Larga Duración.

- *Constitución Política de Costa Rica*

En atención al derecho que tienen los grupos poblacionales vulnerables a una vida digna, la Sala Constitucional ha dispuesto que el Estado tiene el deber de brindarle una protección especial, en los términos consagrados en el artículo 51 de la Constitución Política:

"Artículo 51- La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente, tendrán derecho a esa protección la madre, el niño y la niña, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad." (Así reformado por el artículo único de la Ley 9697 del 16 de julio de 2019)", de manera que se constituye en una obligación del Estado proteger a estas poblaciones.

- *Creación del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar*

En el 2008, se aprobó la Ley 8688 con la que se creó el Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar. Este sistema tiene entre sus objetivos promover políticas públicas que garanticen el cumplimiento de las leyes para erradicar la violencia contra las mujeres y promover la creación y fortalecimiento de servicios estatales, privados y mixtos especializados a personas afectadas por violencia intrafamiliar.

- *Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres*

En el 2007, se aprobó la ley de Violencia Contra las Mujeres que establece disposiciones para proteger los derechos de las víctimas de violencia y para sancionar las distintas formas de violencia física, psicológica, sexual y patrimonial a las que se enfrentan.

- *Reforma a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (2009)*

En el 1974, se aprobó la ley que crea el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) reformada el 2009. Esta ley fija que el 0,25 del fondo se destinen a la atención de las personas adultas mayores y con discapacidad que se encuentren en centros de atención creados con este fin. Además, establece que hasta el 50% de este rubro se puede destinar al pago de salarios del personal especializado en atender a la población adulta mayor.

- *Ley de Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social (2009)*

La Ley 8718 "Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social" fija que la Junta de Protección Social distribuirá un porcentaje de la utilidad neta de la lotería y otros juegos entre entidades dedicadas a atender y proteger a las personas adultas mayores como los albergues, los hogares de ancianos y los centros diurnos (Art. 8).

- *Reforma del artículo 54 y Derogación del Transitorio Único de la ley Integral para la Persona Adulta Mayor (2001)*

La ley dispone que los centros públicos, privados y mixtos que busquen brindar servicios de atención a la población adulta mayor requieren ser habilitados y estar en el proceso de acreditarse ante el Ministerio de Salud para que CONAPAM pueda girarles recursos para su funcionamiento (CONAPAM, 2013).

- *Ley de protección al Trabajador (2000)*

Con esta legislación se fortalece el Régimen No Contributivo a través de cual la Caja brinda pensiones a las personas adultas mayores de bajos ingresos económicos y se dispone que este debe universalizarse a todas las personas adultas mayores que no estén cubiertas por otra pensión y que se encuentren en situación de pobreza (CONAPAM, 2013).

- *Ley de Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos (1999)*

Esta ley asigna un porcentaje del impuesto selectivo de consumo para las bebidas alcohólicas, cigarrillos, cigarros y puros al CONAPAM para la operación y mantenimiento de los hogares de ancianos, albergues y centros diurnos de atención pública o privada y también para financiar tratamiento y rehabilitación de personas adultas mayores en situación de necesidad o indigencia (Asamblea Legislativa, 1999).

- *Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (1999)*

En cuanto a la protección de las personas adultas mayores, la Ley 7935, "Ley Integral para la Persona Adulta Mayor", aprobada en 1999, contempla las disposiciones para garantizar igualdad de oportunidades para las personas adultas mayores y para promover su permanencia en su núcleo familiar y comunitario (Art.1). En este marco legal, se establecen como atribuciones del Estado brindar servicios para las personas adultas mayores orientados a promover la atención integral de su salud y, a su vez, establecer medidas para apoyar a las personas con dependencia funcional, a sus familiares y a los voluntarios que les atienden (Art.17).

Con esta ley, además, se creó el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), órgano de desconcentración máxima, adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica instrumental y que se desempeña como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, encargado de formular políticas que garanticen condiciones favorables para la población adulta mayor del país.

CONAPAM tiene como objetivo fomentar la participación de la comunidad, la familia y la persona adulta mayor en las acciones para su desarrollo, de garantizar su atención por medio de entidades públicas y privadas y de velar por el funcionamiento adecuado de los programas destinados a esta población (Art.34).

En el 2013, se aprobó la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, con el fin de fortalecer el CONAPAM. Entre algunas de las modificaciones, se establecieron como funciones del Consejo la atención de personas adultas mayores internadas en establecimientos públicos o privados, diurnos y permanentes y en su domicilio o comunidad mediante programas de atención y cuido integral (Art.35).

- *Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, de 1986 y sus reformas*

La Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda y Creación del BANHVI, establece que podrán ser beneficiarias de los subsidios para vivienda, las personas adultas mayores que no tengan vivienda o que teniéndola, sus viviendas requieran reparaciones (Asamblea Legislativa, 1986).

Además de las leyes vigentes que brindan protección para la población adulta mayor, hay una serie de decretos y protocolos que establecen las disposiciones sobre cómo operan algunas políticas y servicios orientados a la atención de este grupo poblacional. (Ver anexo 1).

- *Ley de Promoción de la Autonomía Personal (2016)*

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal, 9379, aprobada en el 2016, tiene como objetivo promover y asegurar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno y en igualdad de condiciones del derecho a la autonomía personal (Gamboa y Salas, 2019).

La ley establece que para el ejercicio del derecho a la autonomía personal se requiere una figura jurídica que garantice la igualdad para las personas con discapacidad y la asistencia personal humana y productos y servicios de apoyo (Art.2).

En el artículo 13 de esta ley, se indica que la persona con discapacidad tiene acceso a un plan individual de apoyo que determina el tipo de soporte que requiere para la realización de actividades de la vida diaria, la intensidad y el número de horas. Asimismo, esta legislación contempla la creación del Programa para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad orientado a promover la autonomía de esta población a nivel nacional (Art.169).

- *Ley de Creación del Consejo Nacional de Discapacidad (2015)*

En el 2015, se creó el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) mediante la Ley 9303, con lo que se establece como la institución rectora en materia de discapacidad encargada, entre otras funciones, de fiscalizar el cumplimiento de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad por parte de entidades públicas y privadas (Art.1 y 2).

CONAPDIS; además, tiene entre sus funciones: promover la incorporación plena de la población con discapacidad, coordinar la política nacional garantizando la participación de las distintas instituciones y organizaciones con injerencia en la materia, asesorar a las organizaciones púbico o privadas que presten servicios a la población con discapacidad, y promover la inclusión laboral de esta población, entre otras. (Art.2).

- *Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1996)*

La Ley 7600 fue creada en 1996 y brinda las bases jurídicas y materiales para que la sociedad costarricense adopte las medidas necesarias para la equiparación de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad (Art.3).

La legislación establece como obligación del Estado incluir en planes, políticas, programas y servicios de las instituciones los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad (Art.4, inciso a) y garantizar, a través de las instituciones, los servicios de apoyo requeridos por las personas con discapacidad para que puedan permanecer con sus familias (Art.4, inciso g).

De forma complementaria, existen varios decretos y normas que establecen las disposiciones sobre para la protección y atención de la población con discapacidad (Ver anexo 2).

ANEXO 4: DECRETOS Y PROTOCOLOS PARA LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Decreto 39080-MP Reglamento para la conformación y los procedimientos bajo los cuales operarán los Comités de Apoyo a los programas del CONAPAM y las entidades ejecutoras (2015)

En el 2015, se decretó el reglamento para la conformación y los procedimientos que seguirán los Comités de Apoyo a los programas del CONAPAM para implementar los programas destinados a las personas adultas mayores.

Entre las funciones de los comités se encuentran: brindar el acompañamiento técnico a la entidad ejecutora del programa para las personas adultas mayores, emitir el criterio técnico para fijar la población usuaria, aplicar los lineamientos establecidos por CONAPAM para el desarrollo del programa, invitar a instituciones públicas y privadas, organizaciones comunales y otros actores a reforzar los recursos del programa, entre otras.

Decreto Ejecutivo 38036-MP-MBSF Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2011-2021.

El decreto establece un marco político a largo plazo para proteger a la población adulta mayor a través de varias líneas estratégicas, entre

estas: un papel activo del Estado para frenar el abandono, abuso y maltrato en contra de las personas adultas mayores y la protección social y prevención de la pobreza.

Decreto 37165-S Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores (2012)

Para regular el ejercicio de los hogares de ancianos a distancia, el decreto 37165-S, establece las disposiciones básicas que deben garantizar estos centros para el desarrollo de actividades de cuido básico, higiene personal, apoyo a actividades de la vida diaria, alimentación, recreación, rehabilitación, entre otras, que forman parte de la oferta de servicios que brindan.

Decreto 36607 -MP Declara de interés público la conformación y desarrollo de la red de atención progresiva para el cuido integral de las personas adultas mayores en Costa Rica (2011)

En el 2011, se declaró de interés público la creación y desarrollo de una red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores. De acuerdo con el decreto, se trata de una estructura social compuesta por personas, familias, grupos de la comunidad, organizaciones no gubernamentales y estatales articuladas para promover programas que garanticen el cuido adecuado de las personas adultas mayores.

Decreto 36608-MP Reforma Reglamento para que el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) Califique a las Personas Adultas Mayores Solas que Soliciten Bono de Vivienda (2011)

En el 2011, se creó un decreto que establece que cada entidad autorizada del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda verificará el procedimiento aplicado y los instrumentos utilizados por el CONAPAM para la calificación de las personas al Bono de Vivienda.

Decreto 34961-mp Reglamento para que el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) Califique a las Personas Adultas Mayores Solas que Soliciten Bono de Vivienda (2009)

Establece el reglamento para que el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) califique a la persona adulta mayor sola que busque optar por un bono de vivienda. Cada entidad autorizada del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda deberá entregar y recibir las solicitudes de calificación de persona adulta mayor sola, realizar los estudios y finalmente enviar los documentos (CONAPAM) para que emita la calificación (Art.2).

Decreto Ejecutivo 30438-MP 2002 Reglamento a la Ley 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor

Fija las disposiciones generales que las personas físicas o jurídicas y las instituciones públicas y privadas deben cumplir con el fin de garantizar a las personas adultas mayores el ejercicio de sus derechos y el acceso a las prestaciones que les corresponden (CONAPAM, 2013).

Protocolos
Protocolo de coordinación interinstitucional para la asignación, giro, control y fiscalización de los recursos públicos destinados a la atención y el cuidado de las personas adultas mayores

En este protocolo se establecen las medidas para la coordinación interinstitucional entre los entes y órganos públicos que conceden recursos públicos para atender a la población adulta mayor, con el fin de evitar duplicidades y armonizar las actuaciones de los entes.

ANEXO 5: DECRETOS Y NORMAS PARA LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Decreto 41088-MP Reglamento a la Ley de Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), Ley 9303 (2018)

A partir de la publicación del Decreto 41088-MP se establecieron las disposiciones normativas que deberá ejecutar CONAPDIS para garantizar que las instituciones públicas y privadas cumplan con los derechos de las personas con discapacidad para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

El Reglamento establece que la institución emite criterios de acatamiento obligatorio para los sujetos y públicos y privados que fiscaliza como parte de sus competencias.

Decreto 40727-MP-MTSS. Creación del Servicio de Certificación de la Discapacidad (SECDIS) (2017)

Establece el servicio de certificación de la discapacidad (SECDIS) con el fin verificar y evaluar las condiciones subyacentes y determinantes de una o varias condiciones de discapacidad y aplicarla para determinar los servicios selectivos, sociales, de salud, empleo, transporte, educación u otros a los que puede tener acceso la persona.

Decreto 36524-MP Presentación de la Política Nacional en Discapacidad (PONADIS) (2011)

Mediante un decreto, en el 2011, se creó la Política Nacional de Discapacidad que contiene el marco político para alcanzar la promoción, respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

La política tiene tres ejes: institucionalidad democrática mediante el cual se reconoce que todas las personas con discapacidad son sujetos activos de derechos, el eje de salud que busca reforzar el acceso a la promoción de la salud y los servicios sanitarios de la seguridad social de la población y educación, que establece el derecho a la educación como universal y en condiciones de equidad (Art. 5).

Decreto 26831-MP, Reglamento de la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad en Costa Rica (1998)

En 1998, se creó el reglamento de la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad con el fin de establecer las disposiciones que deberán adoptar las instituciones públicas y privadas y los gobiernos locales para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad. El Reglamento contempla que las instituciones incluyan en los planes operativos, proyectos y acciones medidas que garanticen el acceso a servicios para las personas de discapacidad. Además, se propone que las instituciones realicen revisiones de sus reglamentaciones internas con el fin de constata que no tengan medidas discriminatorias que excluyan a la población con discapacidad de su oferta de servicios (Art.8)-

Además, con el fin de garantizar que las personas con discapacidad reciban los servicios que requieren, el Reglamento dispone que tanto las instituciones públicas como privadas deben establecer una estructura interna que se encargue proveer los servicios y la ayuda técnica que requiera esta población (Art.9). Asimismo, las contralorías de servicios se encargarán de supervisar que dichos servicios se garanticen (Art.10)

Decreto 27006-MP "Creación del Proyecto de Servicios Sustitutivos de Cuido Familiar para personas adultas con discapacidad en situación de abandono y/o riesgo social provenientes del PANI" (1998)

Se trata de un proyecto que brinda servicios de cuido familiar a personas con discapacidad adultas y en situación de abandono provenientes de programas del Patronato Nacional de la Infancia. Para ello, se crea la modalidad de Hogares Grupales y a las personas ubicadas en estos centros se les facilita asesoría, apoyo económico y seguimiento.

Norma Nacional de Atención a personas con deterioro cognitivo y demencia (2006)

Se establece la "Norma Nacional de Atención a Personas Adultas con Deterioro Cognitivo y Demencia", creada con el fin de fijar los criterios técnicos y administrativos que orientan la atención centrada en la persona adulta con deterioro cognitivo y demencia en Costa Rica (Ministerio de Salud, 2006)

ANEXO 6: DECRETOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Decreto 34729-PLAN-S-MEP-MTSS Coordinación y Ejecución de la Política de Igualdad de Género (PIEG) en las instituciones públicas

En el 2018, se aprobó un decreto que establece que el Poder Ejecutivo y las diversas instituciones en materia de igualdad y equidad entre mujeres y hombres, orientarán sus actuaciones en función de la PIEG, que facilitará los objetivos, metas y lineamientos estratégicos de acción.

Para la ejecución de la política, se diseñarán planes de acción quinquenales, en los que se identifica las acciones, los plazos, las instituciones responsables, los resultados esperados y los presupuestos disponibles. El INAMU, de

acuerdo con el decreto, es la institución encargada de coordinar el proceso de la política y los planes de acción correspondientes.

La política tiene los siguientes objetivos: el cuido como responsabilidad social, el trabajo remunerado de calidad y generación de ingresos, la educación y salud de calidad en favor de la igualdad, la protección efectiva de los derechos de las mujeres y frente a todas las formas de violencia y el fortalecimiento de la institucionalidad a favor de la igualdad y equidad de género.

ANEXO 7: HALLAZGOS DEL PROCESO PARTICIPATIVO DENOMINADO CÍRCULOS DE DIÁLOGO A NIVEL NACIONAL EN TORNO A LAS NECESIDADES DE CUIDO EN LOS GRUPOS FAMILIARES COSTARRICENSES

Los círculos de diálogo contaron con la participación de más de alrededor de 280 personas, tanto personas cuidadoras como personas usuarias de los servicios de cuidados, de modo que ha sido posible conocer las vivencias y requerimientos tanto de quienes requieren llevar a cabo los cuidados y apoyos, como de quienes los reciben.

Esencialmente, este ejercicio evidenció que los cuidados tienen una gran amplitud de dimensiones que deben considerarse, parafraseando al informe final:

> "(...) no se trata solo de alimentar, bañar, realizar actividades mecánicas o rutinarias, atender cuerpos, cumplir con manuales de servicio para prevenir o tratar enfermedades. De lo que se trata es de acompañar seres humanos, personas que merecen total respeto, afecto, amor, escucha, para lo cual se requiere tener la capacidad de entenderlos, de dar espacio a sus necesidades, a sus sueños, a las cosas que pueden aportar. No solo se trata de mantenerlos vivos, sanos y seguros, sino de que tengan una vida digna, que puedan ejercer sus derechos y participar y aportar en la sociedad".

A continuación, se amplían los principales resultados de este ciclo de consultas ciudadanas destacando los mensajes clave entregados por personas con dependencia y personas cuidadoras en los círculos de diálogo. Este proceso fue financiado por medio de una cooperación técnica del Banco Interamericano de Desarrollo y llevado a cabo por una consultora privada.

a Descripción de condiciones generales actuales de servicios en las diferentes modalidades.

Las experiencias compartidas por los y las participantes, ilustran situaciones muy variadas, en relación con una multiplicidad de factores que inciden sobre la calidad de los servicios. Tras las vivencias compartidas por las personas que participaron en los Círculos de Diálogo, se definen ciertas tendencias:

- *Cuidados a cargo de redes familiares.*

Esta modalidad considera la atención de personas adultas mayores y personas con discapacidad con algún nivel de dependencia. Las condiciones de cuido suelen presentar muchas limitaciones, tanto para quien recibe el cuido como para quien lo realiza. El o la cuidadora, usualmente una mujer (madre, esposa, con menor frecuencia hijas y hermanas) realiza funciones aprendidas de forma práctica o con formación básica, no recibe capacitación ni asesoría, asume la responsabilidad 24 horas al día / 7 días a la semana. No recibe un reconocimiento económico por el trabajo que realiza, no cuenta con vacaciones ni con recursos para garantizar su propia seguridad ocupacional. No suele contar con apoyos y la persona que atiende suele desarrollar un importante vínculo de dependencia emocional.

> **"Recordar que se atienden personas, no son muebles, no son cosas. No es una cuestión de números, de protocolos y de puras cuentas".**

Tienen mucha libertad de acción, pero por lo general, pocos recursos de información y gestión, para procurar mecanismos alternativos de apoyo. Usualmente, el resto de la familia "ayuda" aportando dinero, comida, ropa, o bien acompañando a la persona cuando la cuidadora debe ausentarse por alguna razón. En muchos casos, para atender sus actividades personales,

Tabla A1. Cantidad de personas participantes en los Círculos de Diálogo a nivel nacional: necesidades de cuido en los grupos familiares costarricenses en 2017

Localidad	Fecha	Asistentes	Mujeres	%	Hombres	%
San José Sur	11 julio	16	13	81	3	19
San Carlos	14 julio	27	23	85	4	15
Puntarenas	19 julio	21	19	90	2	10
Liberia	20 julio	26	21	81	5	19
Heredia	24 julio	11	7	64	4	36
Pérez Zeledón	8 agosto	25	19	76	6	24
Río Claro	9 agosto	28	20	71	8	29
San José Norte	16 agosto	63	48	76	15	24
Alajuela	18 agosto	37	28	76	9	24
Cartago	22 agosto	11	8	73	3	27
Limón	5 setiembre	11	8	73	3	27
Total		276	214	78	62	22

Fuente: elaboración propia en base con el informe final.

la cuidadora debe llevar con ella a la persona bajo cuidado, por sus propios medios:

> **"Nunca piensan en el cuidador. No piensan en que si uno está bien, ellos están bien. Debería de haber mucha ayuda en ese aspecto".**

Los cuidados y apoyos que se realizan en los domicilios muchas veces no cuentan con condiciones de accesibilidad y seguridad conforme las necesidades de la persona en cuido, sino que suelen presentar limitaciones de espacio, condiciones materiales y acceso a servicios. Las familias que no cuentan con apoyos para tal fin no pueden asumir el costo de adaptar y mejorar las viviendas ni comprar el equipamiento adecuado, por ejemplo, camas ortopédicas, sillas de ruedas, equipo para baño, entre otros.

En estos contextos, las personas que reciben cuidados o apoyos cuentan con limitaciones en

la satisfacción de sus necesidades. En los peores escenarios, las personas carecen de la atención adecuada, y se requiere la intervención institucional; para garantizar la protección. En la medida de lo posible, se procura que el cuido siga siendo brindado por la familia, mejorando las condiciones con aporte de recursos y un acompañamiento ajustado a los perfiles.

Atención en familias solidarias

En estas modalidades, una familia –que puede tener diversos perfiles- recibe un monto que es establecido a partir de las necesidades de la persona a atender. La persona es integrada a la dinámica familiar, "se convierte en un miembro más de la familia".

De acuerdo con las experiencias compartidas, las funciones de atención se asumen de forma compartida, con diversos niveles de colaboración. En la práctica, se percibe que es muy frecuente que dichas funciones se recarguen en una persona, generalmente una mujer.

En el seno de estas familias, se integra a la persona a la dinámica cotidiana, por lo que no se trata de una relación laboral. En ese sentido, la o las personas que cuidan no requieren una calificación especial, no reciben un salario ni están sometidas a un control sobre las condiciones de prestación del servicio, en el sentido que se daría a quien realiza un trabajo. La dinámica es continua, no aplican vacaciones, y se puede llegar a generar mucha dependencia. Muchas cuidadoras en familias solidarias se sienten solas en su labor, que realizan con mucha vocación y compromiso, pero sin contar con las mejores herramientas para orientar su quehacer.

Las viviendas en que se brindan estos servicios presentan condiciones de mejor estado y equipamiento, pero aun así hay otras necesidades de apoyo no siempre atendidas por una red de contención mayor que pudiera aportar recursos para brindar las condiciones óptimas de seguridad y comodidad.

Se plantea una percepción muy marcada de que los recursos son insuficientes, y que la familia "debe hacer milagros" para rendir el dinero que reciben como aporte, para conseguir recursos de otras fuentes y, sobre todo, para organizar el tiempo para atender todas las necesidades.

Experiencias de atención en residencias privadas

La experiencia de las personas es que en las residencias se trabaja como una organización privada, aunque funciona como una familia. En esta modalidad, los y las usuarias conviven de forma continua, las personas se integran y las personas cuidadoras tratan de establecer una rutina estable, en la que se da espacio para atender las necesidades básicas y otras complementarias. Las personas cuentan con un subsidio, que en principio cubre todas las necesidades, sin embargo, según comentan las personas participantes, el mismo no les permite atender ciertas necesidades.

> **"Se trata de que las instituciones cumplan los fines para los que han sido creadas, y fomenten una cultura de protección, de responsabilidad y de respeto, no solo un servicio… que se aporte, desde diferentes espacios y con el liderazgo del Estado, hacia un modelo de corresponsabilidad social".**

Las personas de las residencias privadas comentaron que existen condiciones irregulares de asignación de personal y cumplimiento de requisitos, con escenario de equilibrio mínimo. Los recursos son limitados para asegurar tratamientos adecuados, a nivel de terapia física, psicológica y psiquiátrica, también para acceso a recreación y socialización. Hay una percepción generalizada, pues indican que les dan un subsidio estándar, el cual no considera gastos de casos particulares. Es decir, la cantidad del importe no considera especificidades relativas con el nivel de dependencia, el cual suele estar asociado con la incurrencia de mayores egresos para quién realiza las tareas de los cuidados y apoyos.

Los encargados de la residencia y los cuidadores asumen los costos y los riesgos, y se cobra el servicio de cuido. Aparte de los subsidios y el marco programático, no se recibe apoyo de ninguna institución.

Experiencias de atención en hogares

Respecto de estas modalidades se compartieron diversas experiencias, desde centros de pequeñas dimensiones hasta espacios con

capacidad para decenas de personas usuarias. Los hogares pueden ser subsidiados por el Estado, por fondos privados (asociaciones o fundaciones) o contar con modelos mixtos, donde los usuarios pagan una cantidad a cambio de los servicios. Funcionan con personal contratado y con un equipo administrativo, que puede responder a los y las propietarias o a una junta directiva, además de que debe ajustarse al marco programático que les corresponda.

Conforme con las experiencias compartidas por los y las participantes, en estos hogares, es común atender personas adultas mayores y personas con discapacidad con antecedentes de negligencia, abandono o abuso, con diversos niveles de dependencia y en ocasiones, con la salud física y mental muy deteriorada. Asimismo, es muy común que las personas no reciban visitas ni de familiares ni de amistades. Son personas que acumulan muchos duelos, que deben enfrentar en soledad o con el apoyo que se le pueda dar desde los centros, donde no siempre se tiene la capacidad de dar el apoyo psicológico y la atención personalizada que ameritarían. Las personas usuarias acumulan entonces mucha frustración y enojo, y a veces descargan sus emociones en personas compañeras o en las mismas personas cuidadoras.

"Venimos a ser brazos y pies, pero nunca la cabeza de los otros".

Pese a que estos centros operan con personal asalariado y con el perfil requerido para el puesto, las condiciones laborales suelen presentar limitaciones. Es frecuente que se paguen salarios mínimos y se recarguen las jornadas, que se tengan pocos espacios de descanso y vacaciones, que las rutinas de trabajo sean muy pesadas. Sumando a esto el estrés por atender poblaciones con necesidades psicológicas que no se puede contener o atender adecuadamente, se percibe que el perfil de trabajo de los y las cuidadoras es muy duro.

Desde la perspectiva de las personas cuidadoras, la demanda de servicios supera la capacidad de respuesta por parte de los hogares, principalmente por las limitaciones de presupuestos. También indican que la infraestructura no alcanza y no cumple con los requerimientos, y deben ampliarse las instalaciones para poder dar un mejor servicio a más usuarios. Se cuenta con presupuestos relativamente estables, que permiten cubrir la mayoría de las necesidades, aunque como se indicó, se percibe que no alcanzan y se hace necesario buscar otras formas de solventar necesidades. Cuando el marco legal lo permite, se cuentan con diversos mecanismos para complementar los recursos, como el trabajo voluntario, las donaciones y otras actividades para recaudar fondos.

En general, se distingue la necesidad de mejorar la atención a la población con discapacidad mental y de avanzar en temas de accesibilidad, acceso a entretenimiento e inclusión laboral. En el caso de la atención de personas adultas mayores, se perciben mayores carencias, tanto en cobertura como en calidad, y también en cuanto a abordaje institucional y respuesta social.

b El perfil y las necesidades de las personas que brindan servicios de cuidados y apoyos

De manera general, se reconoce que la mayor parte de personas que realizan servicios de cuido son mujeres, esto tanto en los hogares privados como en los diversos programas institucionales.

Las experiencias compartidas ilustran cómo la función de cuidados y apoyos de personas adultas mayores y personas con discapacidad ha sido asumida, generalmente, por mujeres: madres, esposas, hermanas e hijas, incluso otras familiares o hasta vecinas que por diversas razones no tienen personas a su cargo.

Se observa que, en los ámbitos domésticos y no institucionalizados, el perfil de la persona cuidadora es empírico y sin calificación formal. Se basa en saberes desarrollados en la práctica, por vocación y por responsabilidad atribuida y asumida. No suelen contar con cobertura de seguridad social ni derechos laborales, porque la función no es vista como trabajo ni retribuida económicamente. Se capta que en años recientes se ha venido presentando un aumento en la participación de hombres, pero persiste la tendencia a concentración del cuido en las mujeres. Incluso se señaló que existe una cultura machista, con un alto nivel de arraigo del estereotipo de que las mujeres son más aptas para el cuido.

En los ámbitos institucionales la función de

cuido también ha sido mayormente femenina, tanto en cuido directo, como en servicios de educación, asistencia de pacientes, enfermería, servicios complementarios como cocina y limpieza.

Las personas que laboran en cuido responden desde la vocación y el interés laboral y profesional. Se cuenta con un marco legal que respalda derechos laborales y de salud y seguridad ocupacional que, si bien se percibe que presenta brechas de cumplimiento, representa una base fundamental para garantizar condiciones mínimas.

Muchas personas que laboran en centros cuyo presupuesto depende de la cantidad de personas atendidas, perciben que, en el esfuerzo por equilibrar costos y generar o aumentar ganancias, se pagan salarios mínimos o a veces por debajo, se incumplen horarios y otros derechos, y en general se manejan cargas elevadas de trabajo. Se considera que esto repercute en una alta rotación de personal, por falta de estabilidad e incentivos.

Desde las vivencias compartidas por las personas, en los espacios de cuido hay muy pocos recursos y espacios para capacitación, para hacer terapia ocupacional, para tener espacios de desahogo y descanso. Esto aplica sobre todo para el caso de personas que cuidan o apoyan personas adultas mayores y personas con discapacidad. Se hizo mención en forma explícita o implícita, a lo que llaman "el síndrome del cuidador quemado", que se atribuye al efecto acumulativo del trabajo en las condiciones señaladas, sin recursos para enfrentar el cansancio físico y emocional que supone el trabajo regular en cuido.

"Un tema de la red de cuido es el descanso para el profesional, para el cuidador. Se maneja mucha ansiedad, se necesita aprender a tener límites, a manejar la frustración. Se necesita un descanso. Las condiciones no lo permiten".

Las expresiones de agotamiento y los reclamos por la falta de comprensión y atención de sus necesidades fueron recurrentes. En muchos casos se hizo un llamado a mejorar los servicios para las y los cuidadores, para asegurar que ellas y ellos también tengan condiciones dignas y un trato humano.

"Recordar que el fin de estas redes de cuido son las personas. Entender que los cuidadores no somos robot. Somos seres humanos. Nos cansamos tanto física como mentalmente. Hay cosas buenas, rescato, pero hay que trabajar más para mejorar".

c El costo de los servicios de cuido

Una de las temáticas abordadas en los Círculos de Diálogo fue el costo de los servicios. Al respecto, se puede concluir que ni las personas usuarias, ni las personas cuidadoras que participaron en las actividades, tienen una noción clara del costo real de los servicios.

"No hay presupuesto para cubrir todo eso, ni para poder atender a todos los que lo necesitan".

Al abordar este tema, más que costos, lo que las personas plantearon fueron quejas bastante frecuentes, respecto a que los montos son insuficientes, el dinero no alcanza, los rubros están desactualizados y no apuntan a una atención integral ni realista y en general, la percepción de que mucha población no está siendo atendida. En menor frecuencia se hizo el señalamiento de que los recursos no están bien distribuidos pues hay personas que reciben subsidio y no lo necesitan.

En general, muchas de las personas participantes compartieron experiencias en las que se ha tenido que renunciar a comprar o costear bienes y servicios, optar por lo más barato y no por lo mejor o incluso por lo que saben

que la persona en cuido quisiera o prefiere. De la misma forma, reconocen que, para poder enfrentar estas limitaciones, requieren administrar muy bien los recursos, y esta no es una competencia que tengan desarrollada ni para la cual reciban asesoría.

> **"Se hace lo que se puede con lo que se tiene. Si no alcanza, se buscan otros recursos… si no, se hacen sacrificios".**

Algunas personas aportaron datos estimados sobre el costo de servicios puntuales o la tarifa que se da en ciertos programas, pero no aproximaron un costo integrado. En muchos espacios se recurre a donaciones, en dinero, en trabajo, en productos, y se desconoce el valor real de estos aportes ni cuánto implican en el equilibrio financiero del centro de cuido. Por otro lado, se pagan salarios y cargas sociales, pero no siempre se cumple con todo por lo que los costos están subvalorados.

También las personas participantes reflexionaron acerca de que no todas las personas en abandono o que enfrentan un cuido negligente lo hacen por falta o escasez de recursos, al menos no monetarios. Hay familias que no asumen la responsabilidad, que no quieren ni pueden atender bien a las personas, y esto es un asunto que no se resuelve con dinero.

d Las fuentes de recursos desde el punto de vista de las personas cuidadoras en residencias

La tendencia general que se reconoce a partir de la información compartida por las personas cuidadoras es que hay un aprieto muy alto, sino total, de los recursos que aportan las instituciones del Estado, a partir de los diferentes programas.

Se comentó que cuando el marco legal lo permite, se reciben donaciones en dinero, servicios o bienes, y se desarrollan actividades para generar ingresos, que pueden ser en forma permanente (patrocinios) o en forma esporádica (bingos, ventas, eventos varios).

Se señaló que una fuente importante de recursos es el trabajo voluntario. En este campo las personas destacaron el aporte de estudiantes universitarios, bajo modalidades de trabajo comunal y prácticas supervisadas, el de organizaciones no gubernamentales y grupos religiosos y de jóvenes. Se observó que hay una amplia oferta de colaboración que aporta en forma cotidiana a los servicios de cuido, procurando ajustarse a las áreas de mayor necesidad.

Como se indicó, se percibe que los recursos son escasos, y que queda mucha población sin atender y aún dentro de la atendida, aspectos sin solucionar.

> **"Por parte de nosotros, todo lo que son gastos, son subsidiados por la institución, sin embargo, el presupuesto es muy limitado. Nosotros como residencia tenemos que ver como cubrirlo".**

En esta valoración se reconoce que hay dos dimensiones importantes: la cantidad de los recursos y el modelo de administración y gestión de los recursos, que puede potenciar o limitar el aprovechamiento óptimo.

> **"Los recursos son escasos, los requisitos y las exigencias son muchas, no hay margen para maniobrar con los montos y los rubros. Se ocupa un sistema más ágil, más eficiente".**

e Las necesidades y expectativas sobre los servicios de cuidados y apoyos

De manera sintética, las personas que participaron en los Círculos de Diálogo apuntan a un ideal de servicio integral, que procure el bienestar y la calidad de vida de las personas. Se hace reconocimiento al enfoque de derechos, en el sentido de plantear como ideal que las personas que por diversas razones de riesgo, violencia o abandono ameriten una atención

del Estado, gocen de todos los derechos que podría tener cualquier persona.

Se entiende que la oferta de servicios se adapta a las necesidades de las personas, y que la respuesta institucional debe complementar los esfuerzos de las familias cuando estas sean capaces de asumirlos, o bien de suplirlos en caso de que estas no asuman las responsabilidades que les competen. Es un tema en el que se insiste y permea la conceptualización del modelo de atención: no se puede ni debe depender de la acción de las instituciones públicas, sino que se requiere consolidar un modelo de corresponsabilidad.

Desde la perspectiva de las y los participantes en los Círculos de Diálogo, la visión más completa sobre una gama de servicios de atención a la dependencia y apoyo a los cuidados consideraría la satisfacción de las siguientes necesidades:

- Alojamiento temporal o permanente, en condiciones de seguridad y comodidad.
- Alimentación adecuada, sana, balanceada y conforme a las necesidades de cada persona.
- Artículos personales como calzado, vestido, pañales, artículos de limpieza.
- Terapia ocupacional.
- Terapia física.
- Servicios de enfermería y asistencia de pacientes.
- Medicamentos y tratamientos.
- Atención de emergencias.
- Atención psicológica.
- Atención y medicamentos para tratamientos psiquiátricos.
- Espacios y recursos para la recreación, el deporte, el arte y la cultura.
- Espacios para disfrutar de relaciones socioafectivas (familia, pareja, amistades).
- Programas y recursos didácticos y educativos.
- Programas y recursos para estimulación y desarrollo de destrezas y habilidades.
- Inclusión en centros educativos.
- Inclusión laboral.
- Comunicación y participación social.
- Actividades y apoyo espiritual.
- Libertad y autonomía, toma de decisiones.
- Servicios de apoyo y protección legal.
- Transporte y desplazamiento.

Una batería de servicios amplia y diversa como esta se ajustaría a la modalidad de atención y a las necesidades del usuario, de tal forma que los servicios cubran aquellas áreas que la persona, por sus propios medios y/o con el apoyo directo de sus familiares, no logra atender en forma satisfactoria. Se hizo también hincapié en que los servicios deben ser de calidad y respetar la dignidad de las personas.

Considerando la dinámica actual, las personas perciben que las necesidades con mayores problemas de atención son las psicosociales: la oferta de servicios psicológicos con la frecuencia requerida, la atención psiquiátrica accesible y de calidad, los espacios para socialización y recreación, la comunicación y la participación social, son temas deficitarios y que suelen relegarse a un segundo plano, por atender necesidades más urgentes como alimentación, aseo y salud física.

Consideran que las limitaciones para la inclusión social de personas dependientes se refuerzan por la limitación de recursos en materia de transporte y las condiciones poco accesibles de los entornos físicos. Se percibe que hay una oferta reducida de vehículos y choferes, rubros para desplazamiento, condiciones de accesibilidad en sitios de recreación y deporte, y que hay limitaciones de personal para atender fuera de los centros.

Las condiciones cotidianas llevan a reconocer, de manera prácticamente unánime, que la población requiere un trato humanizado, sustentado en el afecto y el respeto. Se aportaron muchos testimonios acerca de la vulnerabilidad psicológica y afectiva de las personas que son recibidas en las diversas modalidades de protección. En dichos espacios, la atención de las necesidades físicas es tan urgente como en cualquier otro, pero la posibilidad de dar contención y afecto, hacen una gran diferencia.

Se comparte el reconocimiento de que se requieren los servicios directos, pero también las condiciones que faciliten una buena atención. Es decir, productos y servicios que posibiliten que se cumpla con el modelo de atención integral.

En esta línea, las personas plantearon la necesidad de contar con una plataforma programática adecuada y, por el otro, con los recursos para poder implementar el programa, un tema en que resulta determinante el presupuesto y el personal.

Adicionalmente, en cuanto al personal hubo marcado consenso en levantar el hecho que es necesario que éste tenga las condiciones adecuadas para dar el servicio, tanto formación como también vocación. Se esbozó como una observación recurrente que el personal que

da cuido, trabaja con poblaciones complejas. Las competencias en comunicación y manejo de conflictos son parte de los requerimientos generales que deben acompañar las destrezas más técnicas y específicas.

Considerando además la complejidad de actores y dinámicas de servicios que ya se ha señalado, se percibe la necesidad de contar con un marco que si bien regule y ordene, también sea flexible y con capacidad de reconocer y adaptarse a las particularidades y contingencias.

Finalmente, las personas consideran que se trata de un compromiso país, y una tarea que no puede atenderse en forma aislada, una necesidad a resolver para obtener los resultados esperados es contar con una sociedad inclusiva y una cultura solidaria, que asuma el cuido o a la atención de poblaciones en riesgo o en necesidad de protección, como responsabilidad compartida.

f Las limitaciones que enfrentan los grupos familiares y centros de cuido

En línea con los resultados expuestos previamente, y sintetizando las principales quejas y solicitudes de mejora expresadas por las y los cuidadores y las personas usuarias de cuido que participaron en los Círculos de Diálogo, se perciben las siguientes limitaciones:

- Escasez de dinero para costear servicios adecuados.
- Falta de personal capacitado, con vocación, con compromiso y tiempo para cuidar.
- Programas y modelos de atención estandarizados y rígidos.
- Trámites y requisitos institucionales complejos y lentos.
- Baja articulación de actores.
- Acceso a información limitado, por la dispersión de referentes y la distancia relativa entre estos y las personas usuarias.
- No responsabilización de las familias.
- Mal trato en instituciones.
- Vulnerabilidad psicosocial de las personas en cuido (sin contar con recursos adecuados para atenderlos).
- Condiciones de trabajo y salud ocupacional de cuidadoras/es.
- Entornos excluyentes.
- Condiciones de trabajo de las y los cuidadores.

Una limitación que se refirió con mucha frecuencia es que los modelos de atención son estandarizados e impiden que las y los cuidadores busquen formas alternativas para resolver. Algunas personas comprenden que esta situación es inevitable, porque se trabaja bajo un marco legal, con recursos públicos, y no se puede permitir que cada uno actúe discrecionalmente. También se mencionó que, a falta de regulación de los servicios, ha habido episodios lamentables en las que el lucro aprovecha negativamente las necesidades de las personas. Estas situaciones deben evitarse y controlarse, pero se esperaría que no se apliquen las mismas alternativas para todos, que se den oportunidades para las personas y los centros que tienen verdadero compromiso, responder a las particularidades de las personas y diversificar y aumentar los recursos.

> **"Para nosotras es un poco difícil ser cuidadora… Dejan a los ancianos para mayor comodidad de la familia; sin embargo, los adultos mayores creen que los familiares no vuelven por culpa de los cuidadores, nos insultan, nos agreden física y psicológicamente. No acatan los consejos de los cuidadores, más bien, los culpan de agresiones. Tienen fases de enojo, irritados por la situación y del sentimiento de que no es útil. Nosotras estamos pendientes de sus dolencias, y de lo que les pasa. Hay que estar muy pendientes porque ellos se pueden complicar muy rápido. Se enojan y se deprimen."**

La gestión de los servicios presenta limitantes, en las que inciden diversos factores: en primer plano, y mencionada con alta frecuencia, la escasez de recursos. En segundo orden, se insistió mucho en la rigidez de rubros, en

la imposibilidad de adaptar los presupuestos conforme las necesidades particulares de las personas y del contexto, mucho menos para considerar las preferencias de la persona usuaria. Algunas personas reflexionaron acerca de la paradoja de un modelo de atención que se supone apunta a la autonomía de la persona y al respeto de sus derechos, y por otro lado le impone una serie de decisiones, desde el tipo de alimentos, la frecuencia, y en general da escaso margen para que expresen su identidad a través de los actos cotidianos.

"mejorar el talento humano que trabaja en las organizaciones que atienden adultos mayores, y dar apoyo en capacitación para las familias que cuidan".

El sistema ofrece servicios estandarizados, y esto no permite reconocer la identidad de las personas. Se entiende que el respeto a la identidad no descansa solamente en este aspecto, pero junto con otras muchas situaciones que se presentan en los albergues y centros de atención, se observa una inconsistencia en este punto que, en última instancia, lesiona los derechos de la población atendida.

Una limitación ampliamente comentada en los Círculos de Diálogo corresponde a las condiciones de trabajo de las y los cuidadores, que no solamente afecta a estos, sino también a las personas que reciben cuido. En menor grado, se reconoce que es preciso velar porque las personas que trabajen en cuido tengan el perfil adecuado, pero no solo en función de calificación ocupacional, sino también de vocación y ética. Se hace un señalamiento frecuente de que es necesario brindar mayor capacitación, asesoría y apoyo para los y las cuidadoras.

Finalmente, se reflexiona acerca del reto a enfrentar, que no se reduce a aumentar fondos ni a mejorar trámites, sino a cambiar de paradigma, desde un enfoque asistencialista a uno de corresponsabilidad social, donde haya mayor sensibilidad y respuesta de parte de todos los actores involucrados, para asegurar respuestas adecuadas y sostenibles.

ANEXO 8: PREGUNTAS SOBRE DEPENDENCIA EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Ilustración A1. Pregunta sobre dependencia en el cuestionario del EBC,2018.

¿[NOMBRE] tiene alguna dificultad permanente para:

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE

A	B	C	D	E	F	X
… para ver, aún si usa anteojos?	… para oír, aún si usa audífono?	… para caminar o subir escalones?	… para recordar o concentrarse?	… con su cuidado personal, como lavarse o vestirse	… para comunicarse en su propio idioma, por ejemplo, entender lo que otros dicen o hacerse entender por otros?	NADA

Debido a un problema de salud o a su edad ¿Alguna persona ayuda a [NOMBRE] durante el día o la noche? Es decir, le ayuda a desplazarse de un lado a otro, a bañarse, a comer (por ejemplo, cortar la comida), a acostarse o levantarse de la cama, a vestirse o a usar el servicio sanitario?

Sí 1
No 2 ►SIGUIENTE PERSONA

Fuente: Estudio Base de Cuidados (2018).

Ilustración A2. Preguntas sobre dependencia en la ENADIS 2018

Las siguientes preguntas se refieren a dificultades que tal vez usted enfrente para hacer ciertas actividades debido a su CONDICIÓN DE SALUD. Responda utilizando una escala de 1 a 4, en la que 1 significa que "no tiene ninguna dificultad" y 4 que "no puede hacerlo". PERSONAL ENTREVISTADOR: MUESTRE TARJETA 04.		1 No, no tengo dificultad	2 Sí, tengo cierta dificultad	3 Sí, tengo mucha dificultad	4 No puedo hacerlo
E2	¿Tiene dificultad para ver, aun con los anteojos o lentes puestos?				
E3	¿Tiene dificultad para oír, aun si utiliza un audífono?				
E4	¿Tiene dificultad para caminar o para subir gradas?				
E5	¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?				
E6	¿Tiene dificultad para realizar actividades de cuidado personal como bañarse, vestirse o ir al baño?				
E7	¿Tiene dificultad para comunicarse usando su lenguaje habitual?				

Debido a su condición de salud, ¿tiene a alguien que le asista en su hogar o fuera de él, incluyendo familiares o amistades, para...		1 Sí	0 No	HA. ¿Con qué frecuencia recibe asistencia para...		
				1 Pocas veces	2 Muchas veces	3 Siempre
H1	Solo si **E4** es diferente de **1** ... caminar o subir gradas?					
H2	Solo si E6 es diferente de 1 ... bañarse, vestirse o ir al baño?					
H3	Solo si E12 es diferente de 1 ... alimentarse?					
H4	Solo si E13 es diferente de 1 ... utilizar el servicio sanitario?					
H5	Solo si E8 es diferente de 1 ... acostarse y levantarse de la cama, sillón u otros?					
H6	Solo si E21 es diferente de 1 ... hacer trabajo doméstico en la vivienda?					
H7	Solo si E23 es diferente de 1 ... cuidar o dar apoyo a otras personas?					
H8	Solo si E9 es diferente de 1 ... salir a la calle?					
H9	Solo si E10 es diferente de 1 ... hacer compras o ir a un centro de salud?					
H10	Solo si E7 es diferente de 1 ... comunicarse con otras personas?					
H11	... realizar alguna (u otra) actividad? _____ *(Especifique)*					

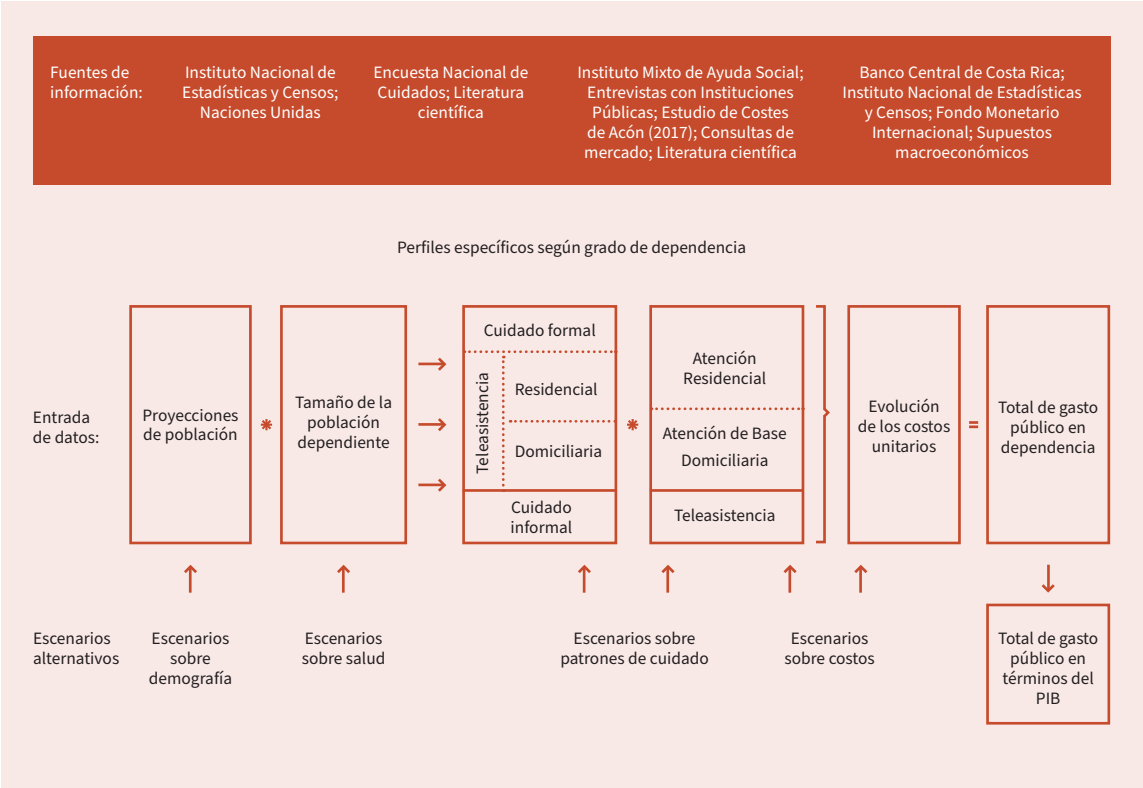
Fuente: Cuestionario ENADIS INEC. 2018.

Se clasificaron como ABVD las preguntas H1; H2, H3, H4, H5 y H10 y como AIVD las preguntas H6, H7, H8, H9 y H11.

ANEXO 9: ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA Y FINANCIERA DEL MODELO BASE DE APOYO A LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Para la prospección de costos para un modelo de atención[104] en Costa Rica, se utilizó una metodología similar al realizado para Uruguay (Matus-López 2017) y basado en los lineamientos de las proyecciones de gasto de la Unión Europea (EC 2012, 2015, 2017). Es un modelo de prospección por simulación (Worral y Chaussalet 2015) y consta de seis pasos (Ilustración A3).

Ilustración A3. Circuito en el procedimiento de acceso a la oferta de servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Cuidados



Fuente: Extracción Matus-López (2019). Elaboración basada en EC (2012, 2015).

104 Este apartado presenta los resultados del trabajo "Prospección de costos de un sistema de cuidados para la atención de la dependencia en Costa Rica" a solicitud del BID y del IMAS, desarrollado en el 2019, por el Dr. Mauricio Matus-López, de la Universidad de Pablo de Olavide, Sevilla. En este trabajo son presentados los posibles escenarios de costos para la cobertura para un Modelo Base de atención a la dependencia. Estas estimaciones son presentadas a partir de la transición demográfica de la población según los datos del INEC, los escenarios de morbilidad, las estimaciones de la prevalencia de la población dependiente en el país, la cobertura de los servicios existentes y sus posibles expansiones y los costos unitarios por cada servicio.

Los escenarios de cada paso fueron sensibilizados con dos adicionales, uno optimista y otro pesimista. Los detalles de cada uno y sus resultados en número de personas usuarias y costos se presentan en este apartado.

En el primer paso, se analizó la evolución de la población nacional, por sexo y edad. Para ello se utilizaron las proyecciones oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica, para el periodo 2011-2050 (INEC, 2018c). Los escenarios de sensibilización se basaron en el ajuste ponderado de las estimaciones probabilísticas de Naciones Unidas (ONU, 2018).

En un segundo paso, se obtuvieron las estimaciones de prevalencia de la población en situación de dependencia en Costa Rica. Estas se calcularon a través de la explotación de los microdatos de la Encuesta del Estudio Base para la Caracterización de la dependencia 2018. Los escenarios se basaron en la experiencia internacional que respalda teorías de expansión, equilibrio dinámico y compresión de la morbilidad.

En un tercer paso, se definió la cobertura de los servicios de la oferta del sistema. Los servicios evaluados son aquellos considerados en el Modelo Base y en sus posibles expansiones. La cobertura queda determinada por estas expansiones de servicios. El Modelo Base estableció un nivel de cobertura similar al promedio internacional y los escenarios alternativos, se configuraron de acuerdo con la variabilidad de este promedio.

En el cuarto paso, se estimaron los costos unitarios de cada servicio. Se utilizaron costos construidos a través de la valoración de cada componente del servicio (infraestructura, salarios, etc.), así como precios finales de mercado o públicos. La combinación de ambos métodos entregó un margen acotado de valores. Los escenarios se basaron en distintas evoluciones de índices de costes como son salarios y productividad.

En el quinto paso, se agregaron precios y cantidades de personas usuarias y se proyectó la demanda y el costo de atención total. Los resultados se cuantificaron en millones de colones anuales reales, a precios de 2018, en dólares estadounidenses y en porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). Este resultado se valoró en tres escenarios: uno basado en el crecimiento histórico de la economía costarricense, y otros dos con alternativas de mayor y menor crecimiento.

Por último, en un sexto paso, se analizaron algunas cuestiones relativas a financiamiento. En concreto, se evaluó una aproximación al costo neto del sistema para las arcas públicas, considerando que algunas prestaciones que ya otorga el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), pueden estar siendo percibidos por personas con dependencia. Asimismo, se apuntaron algunas cuestiones claves, referidas a posibles políticas de copagos.

Dotación en horas para el servicio de asistencia domiciliaria

La duración del servicio depende de las necesidades de las personas usuarias, y ello está directamente vinculado a la severidad de la dependencia. En el caso del Modelo Base, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, éste está constituido por personas en el nivel más grave de severidad.

Así, un primer parámetro es el propio modelo uruguayo. Este considera un servicio de atención domiciliara para severos de 20 horas semanales; 80 horas mensuales.

Un segundo parámetro es el número de horas de atención en el modelo español, establecido por norma legal (Decreto Ley 20/2012), de acuerdo con severidad. En el Grado III (Gran Dependiente), el rango de horas de atención es de 46 a 76 horas mensuales; 11,5 a 17,5 horas semanales.

Aunque este parámetro es menor que en el modelo uruguayo, cabe considerar que el sistema español cuenta con un 13,2% de personas usuarios recibiendo atención en residencias, lo que equivale a cerca del 49% de las personas dependientes más graves. Es decir, la atención domiciliaria está diseñada para los menos graves entre los graves. Algo que no ocurre en el modelo de Uruguay, en el que la atención domiciliaria, al menos en un inicio, viene a sustituir la demanda de atención residencial.

En el caso francés, los últimos datos disponibles entregaban, en el grado más severo (GIR1), una utilización promedio de 73 horas mensuales (18,75 horas semanales) y de 59 horas (14,75 horas semanales) para el siguiente nivel de severidad (GIR 2). Cabe destacar, no obstante, que al igual que el modelo español, este modelo incluye atención institucional para los más severos, que favorece a más de medio millón de personas; el 41% de los receptores de servicios a la dependencia (APA). De esta forma, las estimaciones de costo del

Modelo Base de Costa Rica se hacen considerando un tipo de atención domiciliaria de 80 horas mensuales, dirigida a las personas dependientes graves.

Resumen de los principales escenarios

El MB ya implementado, parte con un costo total de 135.607 millones de colones (USD235 millones) y debido principalmente al incremento proyectado del número de personas mayores, este crecerá a una tasa aproximada del 2,19% anual hasta 2050, alcanzando los 325.948 millones de colones ese año (USD 564,9 millones). Una cifra que, en términos del PIB, es descendente en cualquiera de los escenarios de crecimiento económico evaluados.

En cuanto a las sensibilizaciones de los principales parámetros, los resultados de costos no entregan grandes fluctuaciones en los escenarios demográficos. En el más caro, excede un 7% del MB original de 2050 (Gráfico A2).

Más relevantes son los resultados de las sensibilizaciones de prevalencias y coberturas. En ambos casos, los escenarios más pesimistas entregan un aumento del costo del 46% y 63% sobre el MB en 2050, respectivamente. Aunque también, una posible reducción de hasta el 33%, si la evolución de los factores es positiva.

No obstante, como se ha señalado, el principal factor de análisis corresponde a la evolución de los costos unitarios. Si la expansión del modelo presiona los costos al alza, en términos reales, los recursos necesarios en 2050 pueden exceder entre un 74% y 180% el MB proyectado originalmente.

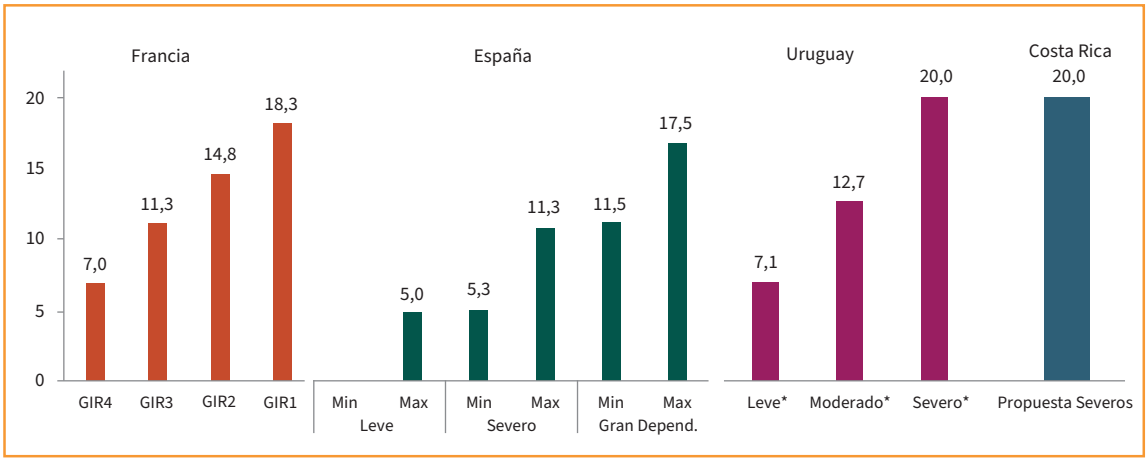
En términos positivos, se puede señalar que la mayor parte de las simulaciones sitúa el costo del MB por debajo del 0,5% del PIB en 2050. Lo que resulta en un indicador moderado de financiamiento, considerando que estos sistemas suelen superar el 0,75% del PIB en los países de ingreso medio y alto y se espera que, en las próximas décadas, supere el 1% en la mayoría de ellos.

Valoración de escenarios múltiples

Una última cuestión analizada en estas proyecciones fue la solicitud de evaluar la interacción de las principales variables, de forma simultánea. Así, se obtuvo una matriz de 81 escenarios que combinan tres posibles evoluciones de prevalencias, tres de cobertura y tres de costos. Todos valorados en contextos de crecimiento económico medio, bajo y alto.

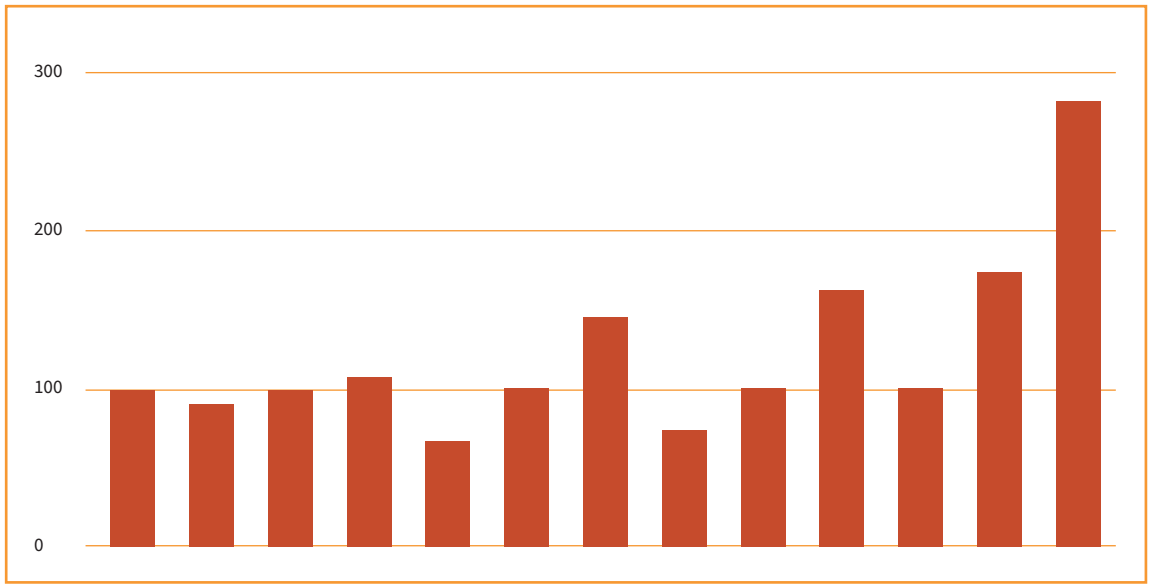
Como es lógico, los resultados de estas simulaciones conjuntas amplían el rango de costos estimados del sistema, desde valores del 0,15% del PIB hasta 2,95% del PIB (Tabla A2).

Gráfico A1. Horas de atención domiciliaria por semana para personas dependientes. Francia, España, Uruguay y estimación propuesta para Costa Rica en Modelo Base



Fuente: Extracción Matus-López (2019). Elaboración con base en Weber (2006), SAAD (2018) y Matus-López (2017).

Gráfico A2. Costos totales en todos los escenarios sensibilizados, en proporción al costo del Modelo Base. Base 100 = MB en 2050. Costa Rica



Fuente: Elaboración propia.

El rango menor viene determinado en un caso de reducción de la cobertura, con costos reales unitarios constantes, reducción de las prevalencias (compresión) y alto crecimiento económico. Por el contrario, el rango mayor estaría dado por un aumento de la cobertura del sistema, alta presión de costos unitarios, aumento de las prevalencias (expansión) y bajo crecimiento económico.

De forma general, se aprecia que en 32 de los 81 escenarios resultantes para 2050, el costo del sistema se ubica en un rango de 1 a 2 veces el porcentaje del PIB en 2018. Esto es, entre 0,48% y 0,96% del PIB de 2050. Además, en otros 27 escenarios cae por debajo del umbral menor. Finalmente, en 22 escenarios podría superar el 1% del PIB y solo en cuatro, el 2% del PIB de 2050.

Financiamiento

Existen dos grandes mecanismos de financiación: ex-ante y ex-post. En la revisión de casos internacionales se comprobó que la mayor parte del financiamiento descansa en dos componentes: Ingresos de la Seguridad Social (SS) y recaudación tributaria general.

En el primer caso, los recursos se extraen desde el presupuesto común aportado para la Seguridad Social, que pagan personas trabajadoras y empleadoras sobre las planillas o bien sobre cotizaciones obligatorias destinadas al financiamiento de este sistema, como ocurre en Alemania o Austria. La otra opción utilizada es la financiación a través de los recursos generados con la recaudación tributaria general. Tal es el caso de Noruega, Dinamarca, Suecia y en menor medida, España.

En ambas opciones, la disponibilidad de recursos para la implementación de un sistema de este tipo se logra por dos caminos no excluyentes:

a. Crecimiento de la actividad económica y del mercado de trabajo.
b. Aumento de la carga tributaria o las cotizaciones.

En el primer caso, una mayor tasa de actividad económica genera mayor recaudación tributaria, manteniendo constantes las tasas impositivas. Asimismo, mayor actividad en el mercado laboral formal, siempre que produzca un incremento de la masa salarial, aumenta los ingresos de la Seguridad Social, manteniendo constante las tasas de cotización.

Tabla A2. Costos del Modelo de Atención a la Dependencias según sensibilizaciones de distintos escenarios mixtos. Evolución de prevalencias, de coberturas y de presión de costos, bajo escenarios de crecimiento económico bajo, medio(histórico) y alto. Costa Rica

Indicador	Escenarios de Presión de Costos Unitarios	Escenarios de Cobertura								
		Cobertura Baja			Cobertura Media			Cobertura Alta		
		Escenarios de Morbilidad			Escenarios de Morbilidad			Escenarios de Morbilidad		
		Compresión	Equilibrio	Expansión	Compresión	Equilibrio	Expansión	Compresión	Equilibrio	Expansión
Millones de Colones	Constante	159.943	239.589	350.574	217.594	417.121	476.936	355.360	678.833	778.901
	Medio	278.459	325.948	610.344	378.827	567.470	830.339	618.676	923.514	1.356.054
	Alto	453.170	532.316	993.288	616.513	926.754	1.351.313	1.006.848	1.508.222	2.206.874
Millones de USD dólares	Constante	277	415	608	377	723	827	616	1.177	1.350
	Medio	483	565	1.058	657	984	1.439	1.072	1.601	2.350
	Alto	785	923	1.722	1.069	1.606	2.342	1.745	2.614	3.825

Indicador	Escenarios de Presión de Costos Unitarios	Escenarios de Cobertura								
		Cobertura Baja			Cobertura Media			Cobertura Alta		
		Escenarios de Morbilidad			Escenarios de Morbilidad			Escenarios de Morbilidad		
		Compresión	Equilibrio	Expansión	Compresión	Equilibrio	Expansión	Compresión	Equilibrio	Expansión
% del PIB con Bajo Crecimiento económico	Constante	0,18	0,26	0,39	0,24	0,36	0,52	0,39	0,59	0,86
	Medio	0,37	0,56	0,81	0,51	0,76	1,11	0,83	1,24	1,81
	Alto	0,60	0,91	1,33	0,82	1,23	1,80	1,34	2,01	2,95
% del PIB con Crecimiento Histórico	Constante	0,21	0,32	0,47	0,29	0,44	0,64	0,47	0,71	1,04
	Medio	0,31	0,46	0,67	0,42	0,62	0,91	0,68	1,02	1,49
	Alto	0,50	0,75	1,09	0,68	1,02	1,49	1,11	1,66	2,43
% del PIB con Alto Crecimiento económico	Constante	0,15	0,22	0,32	0,20	0,30	0,43	0,32	0,48	0,71
	Medio	0,25	0,38	0,56	0,34	0,52	0,76	0,56	0,84	1,23
	Alto	0,41	0,62	0,90	0,56	0,84	1,23	0,92	1,37	2,01

Fuente: Elaboración propia.

La otra opción, con mayor complejidad política, es la creación o aumento de tributos destinados a financiar directamente los cuidados a la dependencia. La decisión no es neutral y el tipo de mecanismo tributario, determinará quién financia el sistema. El análisis de las fuentes de recursos es amplio, pero específico para cada país. No existen recetas homogéneas, puesto que las estructuras de recaudación y factibilidades políticas cambian según contexto. Así lo demuestran los trabajos realizados sobre Espacio Fiscal para Salud de Heller (2006), Tandon y Cashin (2010) y Matus-López y Cid (2018).

Para la Política Nacional de Cuidados 2021-2031, se han abordado tres asuntos particularmente relevantes de cara a la puesta en marcha de un sistema de este tipo en Costa Rica: la temporalización del gasto, la financiación sumergida o coste neto y posibles políticas de copagos.

Temporalización de financiación bruta

En los análisis de costos llevados a cabo, se eligió el 2018 como año base. Esto no implica que el MB esté desarrollado en dicho año, sino que los valores están calculados como si este fuera el año cero. Así, la implementación al horizonte señalado como 2050 es un período de 32 años de desarrollo de este MB.

En este sentido, para realizar un ejercicio se utilizó un período similar al caso español. Vale decir, un margen de cinco años con priorización de la atención domiciliaria de graves y un rápido despliegue de teleasistencia.

Asimismo, se proyectó una cobertura incremental de 20% de cupos para residentes actuales, hasta alcanzar, en el quinto año, la cobertura de todos ellos. A partir de entonces, se supuso un crecimiento paulatino de plazas nuevas a una tasa del 10% de la meta de atención residencial (20% de las personas dependientes más graves). Por último, las plazas de centros de día se incorporarían a partir del segundo año.

Como resultado, los recursos demandarían lo presupuestado en el MB (2018) durante el 5to año. El primer año, requeriría un 11% del costo de ese escenario. Es decir, unos 15.289 millones de colones, aumentando a 31.964 millones el segundo año y 64.306 millones el tercer año (Gráfico A3).

En definitiva, la implementación gradual permite regular la obtención de recursos económicos para su desarrollo. Sin embargo, la extensión de este período estará condicionado por las fuentes de espacio fiscal que decidan utilizarse. Una cuestión que merece una discusión política, social y técnica más profunda.

Posibles recursos incurridos

Otra cuestión por considerar es que al menos dos instituciones[105], como son CONAPAM y CONAPDIS, costean servicios de cuidados y apoyos en domicilio, centros diurnos, y residenciales en la actualidad, y que parte de las personas usuarias podrían ser personas dependientes (al no tener baremo homogéneo que mida la dependencia, no es posible saber el porcentaje de la oferta que llega a esta población).

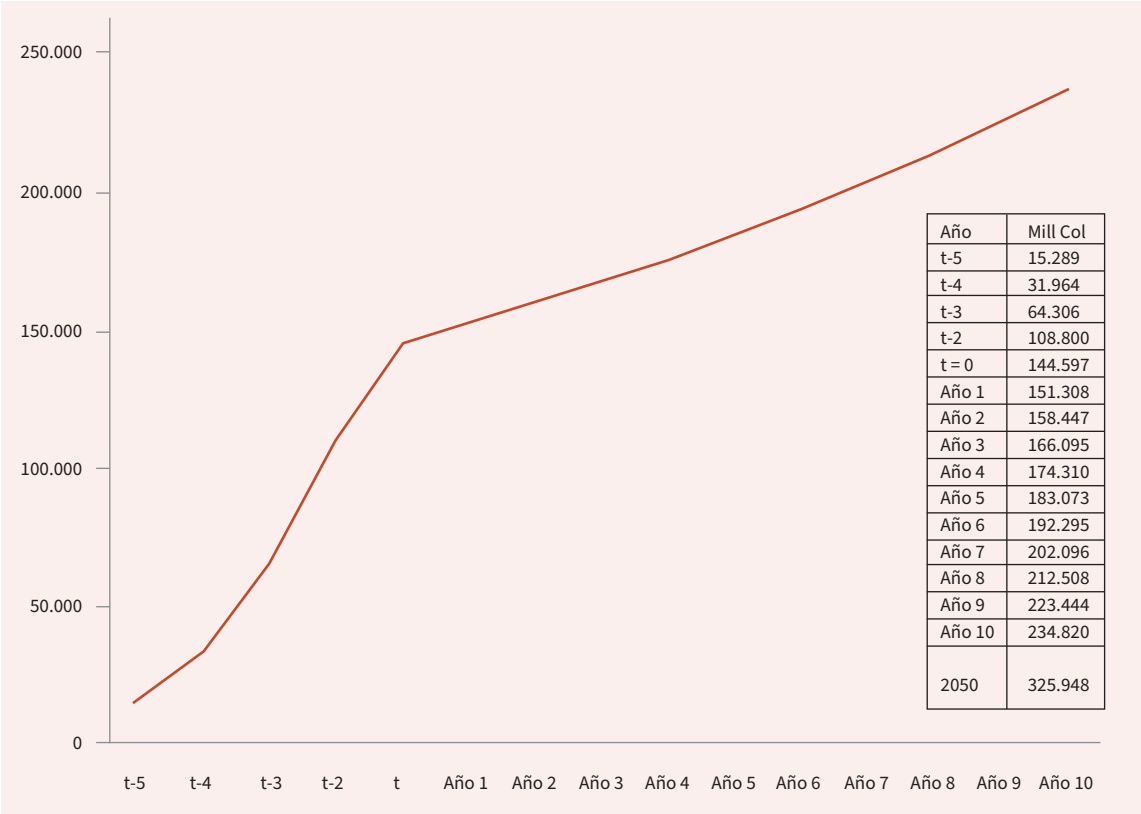
Al no disponer de una valoración de estas poblaciones, en términos de necesidad de apoyo de otra persona para realizar ABVD, se ha aplicado, de forma conservadora, tres posibles escenarios. El primero es que la población de estos grupos tenga la misma prevalencia por edad que la población general. Algo muy conservador ya que se estima que la dependencia es mayor entre quienes ya reciben servicios. Un segundo escenario es que la tasa de prevalencia sea el doble en esta población y la tercera, que la prevalencia en estos grupos sea cuatro veces mayor que la población general.

En primer lugar, se espera que parte importante de las actuales transferencias de CONAPAM estén relacionadas con la dependencia. Esto, porque el perfil de edad de las personas usuarias de esta institución está completamente relacionado con los de las personas dependientes.

Al aplicar las prevalencias bajo los supuestos anteriores, se tiene que, de los casi 20 mil millones de colones en transferencias por ser-

105 Estos servicios existentes se financian con recursos provenientes de la recaudación fiscal por la vía de los impuestos generales (como la Ley de Cigarrillos y Licores), impuestos al salario y otras aportaciones como los recursos de la Junta de Protección Social que reinvierte los excedentes de la lotería entre distintos programas que tienen por objeto financiar las OBS que brindan servicios a las poblaciones proxis a la dependencia (Medellín et al., 2019).

Gráfico A3. Simulación de costos de una implementación gradual del Modelo Base. En millones de colones de 2018



Año	Mill Col
t-5	15.289
t-4	31.964
t-3	64.306
t-2	108.800
t = 0	144.597
Año 1	151.308
Año 2	158.447
Año 3	166.095
Año 4	174.310
Año 5	183.073
Año 6	192.295
Año 7	202.096
Año 8	212.508
Año 9	223.444
Año 10	234.820
2050	325.948

Fuente: Elaboración propia.

vicios, entre 13% y 52% podrían estar siendo recibidas por personas dependientes[106]. Esto es, entre 2.541 y 10.167 millones de colones.

En el caso de CONAPDIS, los resultados son significativamente menores. La institución tiene un gasto en servicios que podrían estar relacionados con la dependencia, equivalente a aproximadamente 5.140 millones de colones en 2018[107]. No obstante, los receptores directos de estas prestaciones son personas relativamente jóvenes. Menos del 4% del total de las personas prestatarias tiene 65 o más años.

Así, al aplicar las prevalencias antes señaladas, se obtiene como resultado que, los recursos que actualmente pueden estar recibiendo personas con dependencia, por parte de CONAPDIS, se sitúan entre 139,5 y 557,9 millones de colones.

En resumen, sumando ambos recursos, se tiene que, aproximadamente, es probable que ya se incurre en un gasto por dependencia de entre 2.680,3 y 10.725 millones de colones, que representa en promedio 43,8% del presupuesto de implementación del primer año y 5% de los recursos necesarios para la implementación completa del MB, según evidencia con claridad el gráfico anterior.

106 Se consideraron los siguientes servicios de transferencia directas: Hogar, Centro Diurno, Atención Domiciliar y Comunitaria y Modalidad Abandono.

107 Se consideraron los siguientes servicios de transferencia directas: Familia Solidaria, Hogar conyugal, Hogar grupal, Hogar independiente, Hogar Multifamiliar, Hogar unipersonal, Institución residencial, Residencia privada y Otros.

Ingresos de copagos

La discusión a favor o en contra de una política de copagos sigue vigente en la actualidad. No existen conclusiones acerca de esto y descansa mayormente en la necesidad de recaudar recursos y en las preferencias sociales y políticas de cada país.

En los modelos más generosos, como son los nórdicos, el copago es prácticamente inexistente y la financiación se basa, principalmente, en impuestos generales y Seguridad Social, pero en otros, como el francés, el uruguayo o el español, sí se consideran los ingresos de las personas usuarias, e incluso de sus parejas o familias, como parte de la financiación de los servicios.

Una propuesta posible de evaluar sería la siguiente:

a) Para todos los servicios no residenciales: Establecer la tarifa sujeta a copago en función del ingreso individual o per cápita familiar, como sigue:
   - **i.** Las personas con ingresos per cápita por debajo del umbral de pobreza, están exentos de pagar.
   - **ii.** Las personas que superan este umbral sólo pagan con respecto a la parte del ingreso que supera este umbral básico.

b) Para los servicios residenciales: Establecer una tarifa máxima que corresponda a un porcentaje del ingreso individual o per cápita del hogar.

La evidencia internacional muestra que la recaudación por copagos podría ir, cuando existe este mecanismo, desde un 8% del costo, que es el caso de los Países Bajos antes de la última reforma de 2015, hasta 20% que es la estimación que la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales realiza para España (AEDGSS,2018). En este rango se encuentran las estimaciones de Japón, con un 10% de coste de los servicios de base domiciliaria y Uruguay, que en su último informe arroja una tasa efectiva de copagos del 13%.

En cuanto a este último caso, el sistema estableció una estructura de copagos de cuatro escalones: sin subsidios, con un subsidio del 67%, con un subsidio del 33% y completamente subsidiado. Los últimos datos disponibles mostraban que el 90% de las personas usuarias se encontraban en estos últimos dos tramos. Por ello la tasa efectiva se situaba en el 13%.

No obstante, además hay que considerar dos circunstancias de contexto. La primera, es que el modelo uruguayo aún está en desarrollo y estas características pueden estar sesgadas por el perfil de las primeras personas usuarias, que ascienden a poco más de dos mil. Vale decir que quienes primero han accedido a los servicios no son los más pobres, sino las personas más informadas. Por lo que cabría esperar menor tasa de copago de las nuevas personas usuarias. La segunda circunstancia es que estos datos solo se refieren a los servicios de asistencia personal (atención domiciliaria), puesto que la atención residencial y los centros de día no estaban aún en funcionamiento.

imas
Instituto Mixto de Ayuda Social

CONAPAM

Conapdis
Consejo Nacional de Personas con Discapacidad

SEGURO SOCIAL

MTSS
MINISTERIO DE TRABAJO
Y SEGURIDAD SOCIAL

JPS

INAMU

Ministerio
de Salud
Costa Rica

ina
Instituto
Nacional de
Aprendizaje

SINIRUBE
Sistema Nacional de Información y
Registro Único de Beneficiarios del Estado