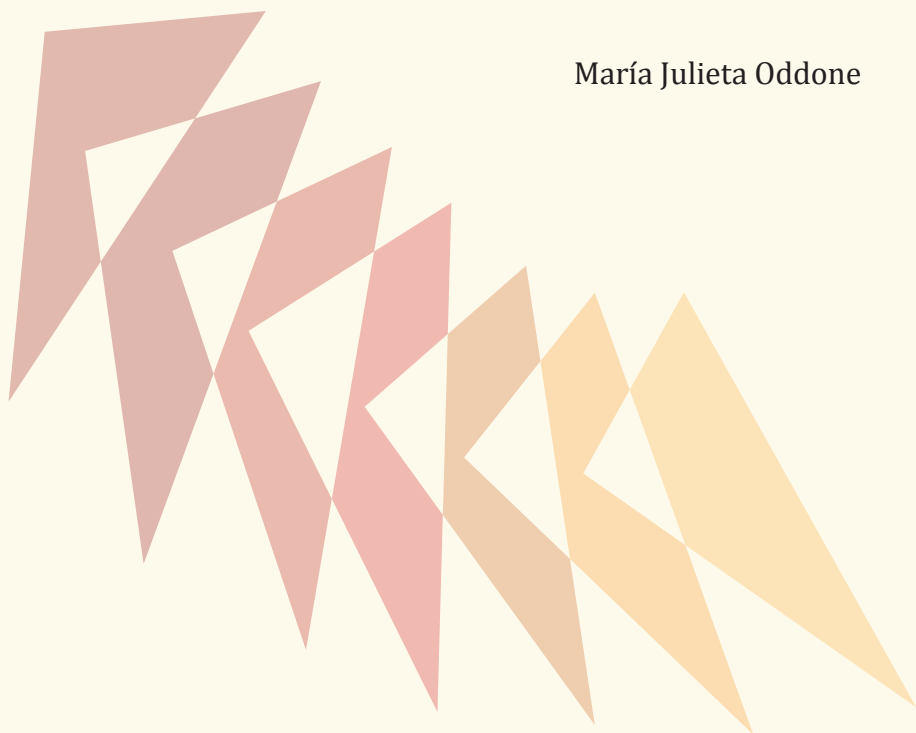




CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR

EL SISTEMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO PARA PERSONAS MAYORES

María Julieta Oddone



Documento CASS **4**
Comisión Americana
del Adulto Mayor

Secretario general
Gibrán Ramírez Reyes

El presente Documento de trabajo
se elaboró en el marco de las
actividades desarrolladas por la
Comisión Americana del Adulto Mayor

ISBN: 978-607-8088-58-4

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
Sobre los cuidados a largo plazo	5
Sobre el contexto sociodemográfico	9
Aspectos demográficos de la demanda de cuidado de las personas mayores	46
EL SISTEMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	49
Región Cono Sur	57
Región Andina	66
Región Centroamérica	75
Región México y el Caribe Latino	81
Región Cono Sur	91
Región Andina	99
Región Centroamérica	107
Región México y el Caribe Latino	113
Región Cono Sur	120
Región Andina	127
Región Centroamérica	130
Región México y el Caribe Latino	132
Región Cono Sur	136
Región Andina	146
Región Centroamérica	156
Región México y el Caribe Latino	165
CONCLUSIONES	179
BIBLIOGRAFÍA	182

INTRODUCCIÓN

El proceso acelerado del envejecimiento poblacional que están atravesando los países de las Américas es un indicador sobre las presiones que se producirán en el sistema de cuidados a largo plazo para las personas adultas mayores. En efecto, se estima que a medida que las sociedades envejecen, aumentan las personas con dificultades para el desarrollo de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y que necesitarán ayuda para llevar adelante el cumplimiento de las mismas.¹ En este sentido, los cambios al interior de las familias, producto de su verticalización, indican que habrá una disminución de la oferta informal de los servicios de cuidado con que tradicionalmente se contaba para el apoyo de las personas adultas mayores dependientes y concomitantemente una mayor presión social para que se concreten respuestas institucionales ante la dependencia.²

Sobre los cuidados a largo plazo

Los cuidados a largo plazo son los servicios requeridos por una persona mayor de 60 años que sufre dependencia permanente. Se trata de cuidados que responden a la pérdida de la autonomía personal, lo que ocasiona la dependencia

¹ Natalia Aranco, *et al.*, “Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe”, BID. Disponible en <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

² Svetlana Vladislavovna Doubova, Ricardo Perez-Cuevas, Patricia Espinosa-Alarcon y Sergio Flores-Hernandez, “Social Network Types and Functional Dependency in Older Adults in Mexico”, 2010, p. 8. Disponible en <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-104>

con respecto a otros para poder realizar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.³ La literatura sobre el tema indica que tanto las personas que superan los 80 años de edad como las mujeres son quienes tienen más probabilidades de requerir este tipo de atención y que la responsabilidad de llevarlos a cabo recae principalmente en las redes de apoyo informales, sobre todo la familia, en la mayoría de los países de la región.⁴

Para Huenchan,⁵ la problemática de los cuidados a largo plazo es relativamente reciente y se produce en un contexto donde el proceso de transición demográfica y epidemiológica fue más acelerado que en los países desarrollados y donde las condiciones socioeconómicas no coadyuvaron a la implementación de políticas públicas suficientemente extendidas como para resolver las necesidades de cuidados de las personas mayores.

Además, para la misma autora, es esperable que los niveles de salud disminuyan para las personas de mayor edad de la región, dado que se observa un número creciente de población que presenta enfermedades crónicas, prevalencia de factores de riesgo como obesidad, hipertensión, tabaquismo y/o alcoholismo y, al mismo tiempo, se ofrece una atención sanitaria orientada a la fase aguda de la enfermedad y no a la prevención. Estos factores permiten prever que los riesgos de dependencia de los adultos mayores se incrementarán en los distintos países del continente.

³ S. Huenchuán, *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, CEPAL, Santiago de Chile, 2009, p. 146.

⁴ OMS, *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*, Ginebra, 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1

⁵ S. Huenchuán, *op. cit.*, 2009, p. 147.

En este sentido, desde un punto de vista biológico, el proceso de envejecimiento implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales y un aumento del riesgo de contraer enfermedades;⁶ por lo tanto, el incremento de la proporción de personas de mayor edad en las poblaciones implicaría una creciente demanda de servicios de salud y de cuidados.⁷

Barbieri indica que la presión sobre los sistemas formales de cuidados a largo plazo se incrementa por las siguientes cuatro razones:

(1) la transformación demográfica incrementará la demanda de estos servicios; (2) el cambio de los roles sociales (por ejemplo, menor natalidad y mayor participación femenina en el mercado de trabajo) repercutirá en una baja en los cuidados informales brindados, implicando esto mayor presión sobre el sistema formal, (3) a medida que la población aumente el uso de estos servicios, se esperan mayores demandas de calidad y más respuestas por parte del sistema social o de salud, y (4) los cambios tecnológicos permiten mayores cuidados a largo plazo en el hogar pero pueden requerir nuevas formas de organización del sistema.⁸

Según el BID,⁹ los países se encontrarán frente a situaciones donde aumentará la demanda de servicios de aten-

⁶ OMS, *op. cit.*, 2015, p. 149.

⁷ N. Aranco *et al.*, *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*, BID, 2018. Disponible en <https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

⁸ M. E. Barbieri, "Cuidados a largo plazo en Argentina", en Grañolatti *et al.*, *Los años no vienen solos*, Banco Mundial, Montevideo, 2014, p. 220.

⁹ BID, *Envejecer con cuidado. Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*, 2019. Disponible en [iadb.org/panorama-de-envejecimiento](https://publications.iadb.org/panorama-de-envejecimiento)

ción a la dependencia para las personas de mayor edad y se reducirá el apoyo informal, de este modo, se hace necesario complementar el apoyo informal con sistemas nacionales de atención a la dependencia.

Por lo expuesto, una salud pública orientada a la población que padece situaciones de deterioro de las capacidades requiere de una orientación que minimice los efectos de las enfermedades que disminuyen la capacidad de las personas. Para ello, se deben establecer estrategias que ayuden a las personas a superar el deterioro a través de servicios que colaboren en detenerlo, moderarlo o revertirlo y, al mismo tiempo, ampliar el apoyo del entorno para facilitar la mejora de la capacidad funcional. Es así que la respuesta para satisfacer las necesidades de las personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad o tienen alto riesgo de presentarlas se basa en los cuidados a largo plazo. Estos cuidados cumplen con la función de facilitar que las personas mayores mantengan un nivel de su capacidad funcional.

Para la OMS, la dependencia de cuidados deviene cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo, sin ayuda, las tareas básicas de la vida cotidiana. Sin embargo, con la ayuda del entorno de la persona mayor o con el uso de los dispositivos de apoyo se puede aumentar la capacidad funcional de estas personas y, de este modo, pueden realizar sus tareas básicas.¹⁰ En este contexto se define a estos cuidados como: “Las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente

¹⁰ Resulta fundamental tener en cuenta que las personas pueden mantener la autonomía a pesar de depender de cuidados si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y pueden dirigir la ejecución de esas decisiones.

de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades y dignidad humana.”¹¹

Actualmente resulta necesario que todos los países cuenten con un sistema de cuidados a largo plazo, pero ello no implica que haya un único sistema aplicable para todos los casos, ya que la forma que adoptan los cuidados a largo plazo es diversa entre los países y también al interior de éstos. Por otra parte, los cuidados se ofrecen en el domicilio de la persona, en centros comunitarios, hogares o residencias para personas mayores, hospitales y otras instituciones de salud. Por ello, tanto el alcance del tipo de apoyo como la intensidad de la atención pueden variar en cualquiera de ámbitos mencionados.¹²

En este sentido, cubren desde personas con enfermedades crónicas, transmisibles o no transmisibles, hasta personas que presentan pérdida funcional, limitaciones sensoriales o mentales. Estos servicios de cuidados¹³ pueden ser suministrados por cuidadores formales o informales, tanto en una institución¹⁴ como en el hogar. Cuando los cuidados son brindados en el hogar se clasifican como formales cuando están a cargo de una institución del sector salud, servicios sociales, entre otros posibles, pudiendo estar fi-

¹¹ OMS, *op. cit.*, 2015, p. 135.

¹² *Ibid.*, p. 136.

¹³ Para describir los cuidados a largo plazo, hemos tomado las definiciones utilizadas en Coneval, *Guía Práctica N° 6. ¿Qué funciona y qué no en cuidados a largo plazo para personas adultas mayores?*, 2019, p. 15. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Guias_practicas/6_Cuidados_de_Largo_Plazo.pdf

¹⁴ Siguiendo a la definición de la OMS, 2000, se indica que los cuidados a largo plazo institucionales son provistos a tres o más personas no familiares en un mismo lugar. Se trata de residencias y hogares geriátricos, públicos o privados.

nanciados por el Estado, organizaciones no gubernamentales o por el sector privado, e informales cuando son realizados por un familiar o un conocido de la persona mayor.¹⁵

Por último, estos tipos de cuidados implican ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria como lo son el bañarse, el vestirse o el arreglo personal; o bien, actividades instrumentales de la vida diaria como lo son el preparar alimentos, dar de comer a la persona, administrar medicamentos y el manejo de dinero. Esta ayuda puede incluir acompañamiento y/o supervisión, realizar compras y trabajos domésticos, o bien actividades que coadyuven a la participación social de la persona dependiente.¹⁶

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

Sobre el contexto sociodemográfico

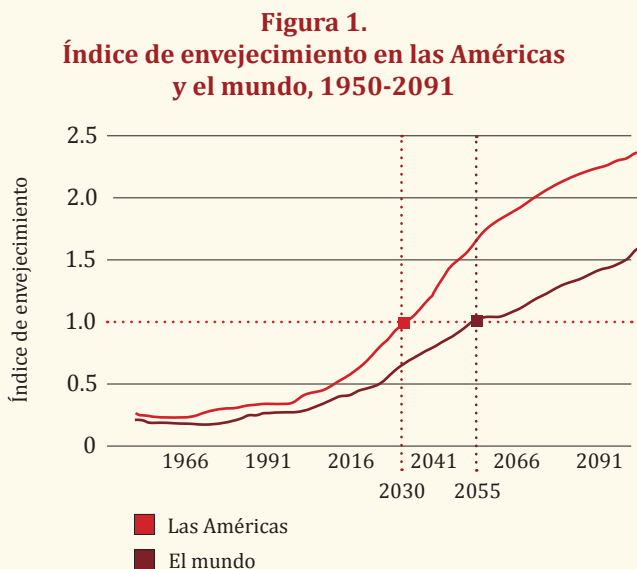
La población de los países de América se encuentra en un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento, como producto de la disminución en los indicadores de fertilidad y de mortalidad, mostrando un envejecimiento dife-

¹⁵ Coneval, *op. cit.*, 2019.

¹⁶ *Ibid.*, p. 16.

rencial en sus estructuras demográficas. Al mismo tiempo, se observa un incremento en la esperanza de vida al nacer y por edades específicas.

El aumento de la población de 60 años y más se refleja en el índice de envejecimiento, que muestra la cantidad de este grupo de personas por cada 100 niños menores de 15 años de edad. En la Figura 1, se puede observar que en América se produce un marcado incremento del índice de envejecimiento en comparación con el mundo.¹⁷

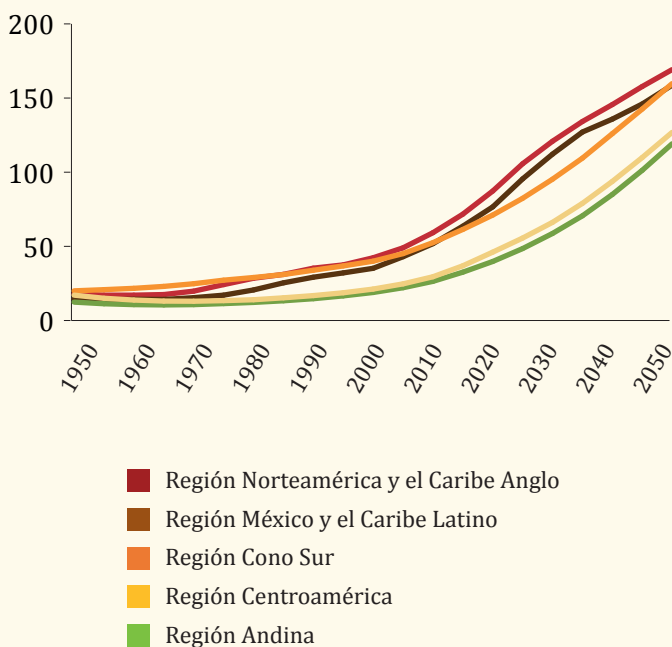


Fuente: ONU, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*, 2015.

¹⁷ OPS y OMS, “Estado de Salud de la Población”, 2017. Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es

A partir de los datos de las series de estimaciones y proyecciones de la ONU (2019) hemos observado la diversidad poblacional entre las regiones y los países que conforman la Conferencia Internacional de Seguridad Social (CISS).

Figura 2.
Índice de envejecimiento
según regiones de la CISS



Índice de envejecimiento = $(\text{población de 60 y más} / \text{población de 0-14}) * 100$

Fuente: Todas las figuras y tablas del capítulo, a partir de aquí, son de elaboración propia con base en información del Celade-División de Población de la CEPAL, Revisión 2019, edición en línea.

Con respecto al índice de envejecimiento,¹⁸ el análisis de su evolución muestra diferencias entre las distintas regiones de la CISS (Figura 2) pero destaca que al año 2045, este índice mostrará valores superiores a 100, lo que indicará que las personas mayores serán más que los menores de 15 años en todas las regiones (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Evolución del Índice de Envejecimiento.
Regiones CISS. Años 1950-2050

	Región Norteamérica y el Caribe Anglo	Región México y el Caribe Latino	Región Cono Sur	Región Centroamérica	Región Andina
1950	18.1	14.5	20.0	12.4	17.1
1955	17.1	14.0	20.8	11.3	15.0
1960	17.1	14.3	21.7	10.7	13.8
1965	17.5	14.2	23.0	10.5	13.1
1970	19.8	15.4	24.8	10.7	13.0
1975	24.2	17.1	27.2	11.4	13.4
1980	28.5	20.6	29.0	12.2	14.0
1985	31.1	25.4	31.0	13.3	15.3

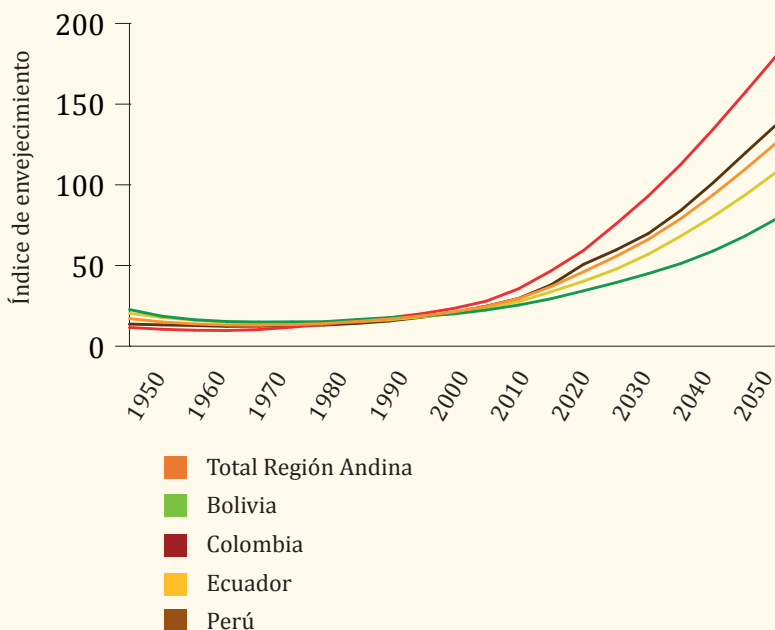
¹⁸ El índice de envejecimiento se construye como el cociente entre la población mayor de 60 años y la población menor de 15 años, multiplicado por 100. Los valores superiores a 100 indican que la población está envejecida y la población mayor supera a la más joven.

	Región Norte- américa y el Caribe Anglo	Región México y el Caribe Latino	Región Cono Sur	Región Centro- américa	Región Andina
1990	35.3	29.2	33.9	14.7	16.8
1995	37.5	32.1	36.8	16.6	18.7
2000	42.3	35.2	40.0	18.9	21.2
2005	49.0	43.0	45.1	22.1	24.7
2010	59.2	51.8	52.5	26.4	29.5
2015	71.7	63.6	61.4	32.6	36.9
2020	87.3	76.6	71.1	39.8	46.1
2025	105.7	95.5	82.4	48.5	55.6
2030	120.9	112.2	95.3	58.7	66.2
2035	134.2	127.1	109.5	70.6	79.0
2040	145.6	135.8	126.0	85.0	93.8
2045	157.8	146.0	142.6	101.3	109.9
2050	169.2	158.7	159.8	119.2	126.9

En efecto, como puede observarse, es la Región Norteamérica y el Caribe Anglo la que primero muestra un índice de envejecimiento mayor de 100. En 2030, lo alcanzará la Región México y Caribe Latino, en el 2040 se incorporará la Región Cono Sur y en el 2045 todas las regiones presentarán esta situación demográfica.

Al focalizar la evolución del índice de envejecimiento de la Región Andina (Figura 3) integrada por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, observamos claramente un proce-

Figura 3.
Índice de Envejecimiento
Región Andina



so de envejecimiento de la población adulta mayor. Destacan los casos de Colombia y de Perú porque en el año 2050 los adultos mayores serán más que los menores de 15 años en sus estructuras poblacionales.

En el caso de Bolivia, este índice permanecerá, en el mismo año, con valores menores de 100, es decir, que en este país los menores de 15 años superarán —a diferencia del resto de los países— a las personas de mayor edad.

Tabla 2.
Evolución del Índice de Envejecimiento
Región Andina. Años 1950-2050

	Perú	Ecuador	Colombia	Bolivia	Total Región Andina
1950	13.7	20.4	11.6	22.7	17.1
1955	13.2	17.8	10.5	18.6	15.0
1960	12.8	16.1	9.9	16.4	13.8
1965	12.3	14.8	9.7	15.3	13.1
1970	12.4	14.2	10.3	15.0	13.0
1975	12.7	14.2	11.8	15.1	13.4
1980	13.1	14.4	13.5	15.2	14.0
1985	14.1	15.1	15.4	16.5	15.3
1990	15.6	16.3	17.6	17.7	16.8
1995	17.9	18.1	20.1	18.7	18.7
2000	20.9	20.3	23.4	20.0	21.2
2005	24.8	23.6	27.9	22.4	24.7

	Perú	Ecuador	Colombia	Bolivia	Total Región Andina
2010	29.6	27.6	35.6	25.5	29.5
2015	38.0	33.7	46.7	29.4	36.9
2020	50.7	40.2	59.3	34.3	46.1
2025	59.6	47.7	75.7	39.4	55.6
2030	69.8	57.0	93.1	45.0	66.2
2035	84.1	68.2	112.6	51.2	79.0
2040	101.3	80.4	134.5	59.0	93.8
2045	119.9	93.9	157.6	68.4	109.9
2050	138.2	108.7	181.2	79.5	126.9

En la Región Centroamérica, compuesta por los países de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, vemos en la Figura 4 que Costa Rica muestra un índice de envejecimiento marcadamente mayor que el resto de los países, por otra parte, corresponde a Guatemala y Honduras los niveles menores de 100 en este indicador.

La diversidad del proceso de envejecimiento poblacional entre los países de esta región se detalla en la Tabla 3, donde Costa Rica enfrentará en el 2030 una estructura poblacional con más personas mayores que menores, en tanto, El Salvador, Guatemala y Panamá se encontrarán en esa situación 15 años después que Costa Rica (2045). Como hemos señalado en el párrafo anterior, no será del mismo modo para Guatemala y Honduras.

Figura 4.
Índice de Envejecimiento
Región Centroamérica

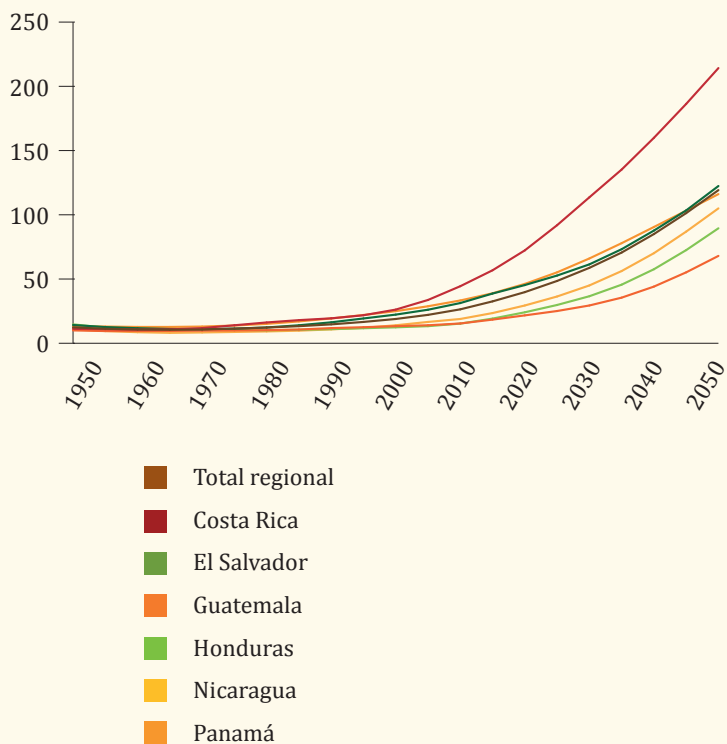


Tabla 3.
Evolución del Índice de Envejecimiento
Región Centroamérica. Años 1950-2050

	Total regional	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
1950	13.3	10.8	14.7	10.0	14.2	11.2	12.4
1955	13.0	9.5	12.2	9.5	12.6	11.0	11.3
1960	12.7	8.6	11.3	9.5	11.7	10.6	10.7
1965	12.7	8.1	10.6	9.6	11.1	10.8	10.5
1970	13.0	8.4	10.4	9.8	11.0	11.8	10.7
1975	13.8	8.8	10.5	10.0	11.4	14.0	11.4
1980	15.1	9.2	10.1	10.2	12.3	16.2	12.2
1985	17.0	9.8	10.5	10.7	14.0	18.0	13.3
1990	19.3	10.8	11.0	11.8	16.3	19.4	14.7
1995	22.0	12.0	11.7	12.5	19.3	21.8	16.6
2000	25.0	14.0	12.4	13.3	22.3	26.2	18.9
2005	28.8	16.6	13.3	14.0	26.1	33.7	22.1
2010	33.3	18.9	15.3	15.4	31.3	44.4	26.4
2015	38.9	23.5	19.2	18.4	38.7	56.8	32.6
2020	46.2	29.4	24.1	21.7	45.3	72.3	39.8

	Total regional	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
2025	55.2	36.4	29.8	25.1	52.7	91.9	48.5
2030	66.0	45.0	36.6	29.4	61.4	113.6	58.7
2035	77.9	56.2	45.6	35.5	73.2	135.2	70.6
2040	90.5	70.1	57.6	44.1	87.7	159.9	85.0
2045	103.2	86.9	72.5	55.2	103.4	186.3	101.3
2050	116.1	105.0	89.5	68.0	122.4	214.2	119.2

Con respecto a la Región Cono Sur, compuesta por Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, destaca que si bien Uruguay y Argentina iniciaron primeramente el proceso de transición demográfica al envejecimiento, a partir del año 2000, Chile y Brasil registraron las mayores tasas de envejecimiento de la región (ver Figura 5).

En efecto, en pocos años más, específicamente en el 2025, Brasil y Chile tendrán una estructura población con más personas mayores que jóvenes, y estos cambios han ocurrido con mayor aceleración que en el resto de los países, particularmente, nos referimos a Uruguay y Argentina. Por su parte, Paraguay, aunque como todos los países presenta una transición demográfica hacia el envejecimiento, su evolución es más pausada, lo que le permitirá diagramar con mayor tiempo las políticas públicas focalizadas a la atención de la dependencia.

Figura 5.
Índice de Envejecimiento
Región Cono Sur

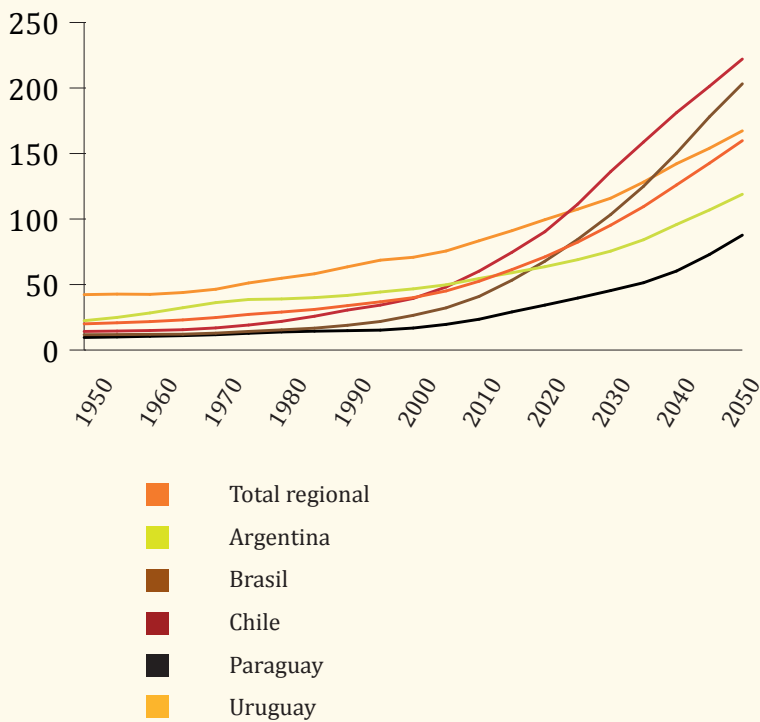


Tabla 4.
Evolución del Índice de Envejecimiento
Región Cono Sur. Años 1950-2050

	Total regional	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
1950	42.3	9.6	14.2	11.7	22.4	0.0
1955	42.7	10.0	14.5	11.8	24.9	20.8
1960	42.5	10.5	14.9	12.0	28.3	21.7
1965	43.9	11.0	15.5	12.1	32.3	23.0
1970	46.4	11.7	16.9	12.9	36.2	24.8
1975	51.2	12.8	19.1	14.2	38.6	27.2
1980	54.8	13.8	21.9	15.4	39.0	29.0
1985	58.2	14.4	25.8	16.7	40.0	31.0
1990	63.5	14.8	30.5	18.9	41.7	33.9
1995	68.6	15.2	34.3	21.8	44.3	36.8
2000	70.8	16.8	39.4	26.5	46.7	40.0
2005	75.6	19.6	48.1	32.2	49.8	45.1
2010	83.4	23.5	60.2	40.9	54.6	52.5
2015	91.1	29.1	74.6	53.3	59.0	61.4

	Total regional	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
2020	99.5	34.3	90.3	67.8	63.6	71.1
2025	107.5	39.7	111.4	84.5	69.0	82.4
2030	115.9	45.4	136.2	103.4	75.5	95.3
2035	128.2	51.4	158.8	125.0	84.2	109.5
2040	142.2	60.3	181.2	150.3	95.8	126.0
2045	154.0	72.9	201.3	178.0	106.9	142.6
2050	167.3	87.7	222.1	203.2	118.9	159.8

Respecto a México y el Caribe Latino (Figura 6), destacan como situaciones contrapuestas los países de Cuba y Haití. El primero con un índice de envejecimiento extremadamente alto y el segundo con un índice menor de 100. Esta región la conforman Cuba, Guadalupe, Haití, República Dominicana y México.

Figura 6.
Índice de Envejecimiento
Región México y el Caribe Latino

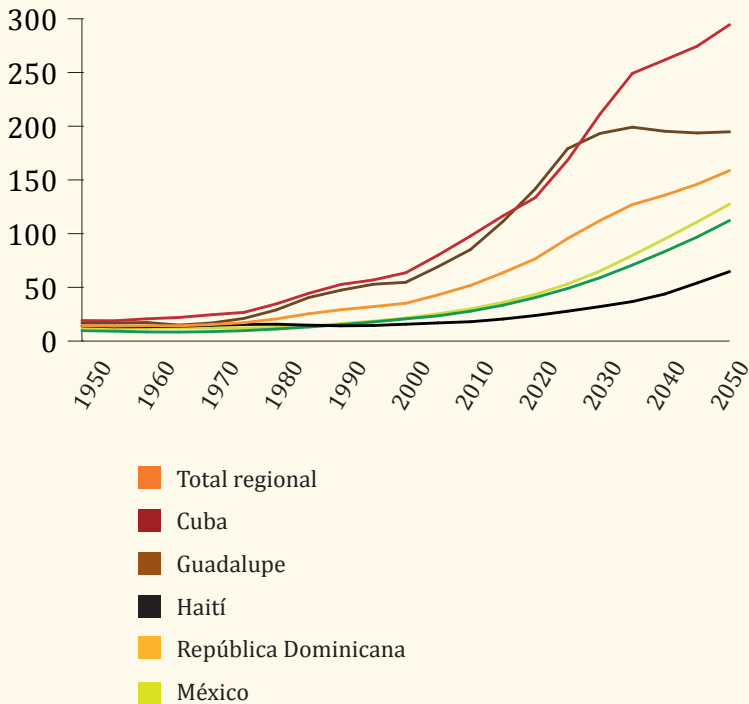


Tabla 5.
Evolución del Índice de Envejecimiento
Región México y el Caribe Latino.
Años 1950-2050

	Total regional	Cuba	Guadalupe	Haití	República Dominicana	México
1950	14.5	19.1	16.9	14.1	9.7	12.6
1955	14.0	18.9	16.8	13.3	9.2	11.7
1960	14.3	20.7	17.3	13.4	8.5	11.8
1965	14.2	22.0	14.9	13.8	8.4	12.1
1970	15.4	24.5	16.8	14.7	8.8	12.1
1975	17.1	26.7	21.1	15.5	9.7	12.3
1980	20.6	34.6	29.0	15.7	11.2	12.6
1985	25.4	44.4	40.5	14.8	13.1	14.1
1990	29.2	52.7	47.4	14.2	15.3	16.2
1995	32.1	56.9	52.9	14.5	17.8	18.6
2000	35.2	63.6	54.7	15.7	20.7	21.5
2005	43.0	80.0	69.3	16.9	23.5	25.4
2010	51.8	97.8	85.2	18.0	27.8	30.0
2015	63.6	116.5	111.3	20.5	33.4	36.0
2020	76.6	133.5	141.7	23.8	40.5	43.5
2025	95.5	168.4	179.1	27.8	49.0	53.1
2030	112.2	211.3	193.3	32.1	59.0	65.2
2035	127.1	249.2	199.1	36.8	70.8	79.8
2040	135.8	261.7	195.3	43.8	83.4	95.1
2045	146.0	274.5	193.7	54.1	96.9	110.9
2050	158.7	294.5	194.8	64.7	112.2	127.5

Por último, en la Figura 7 vemos los datos de la Región Norteamérica y Caribe Anglo compuesto Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Canadá, Curazao, Granada, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, y Estados Unidos. Belice destaca por mostrar el menor índice de envejecimiento y Barbados y Santa Lucía reportan los mayores incrementos en esta evolución.

Figura 7.
Índice de Envejecimiento
Región Norteamérica y el Caribe Anglo

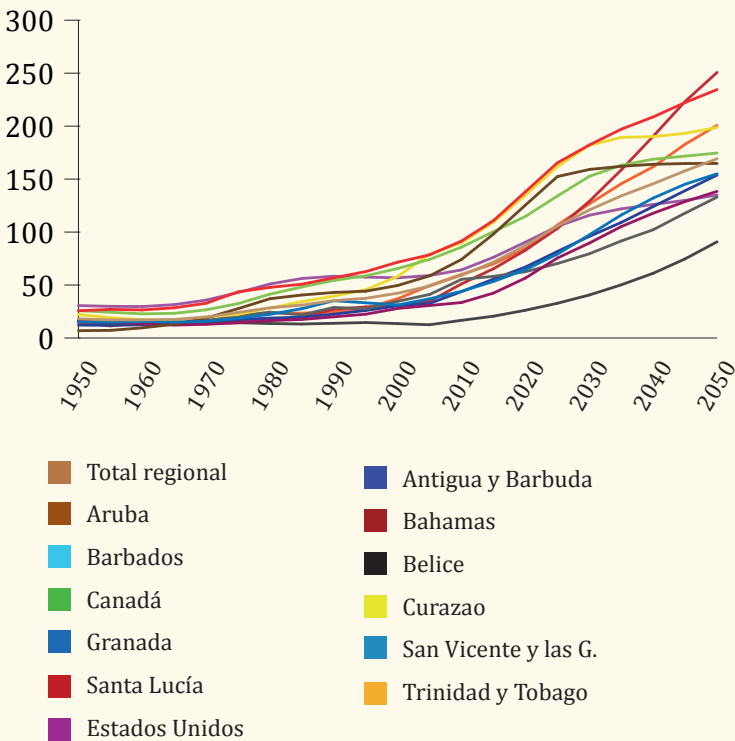


Tabla 6.
Evolución del índice de Envejecimiento
Región Norteamérica y el Caribe Anglo.
Años 1950-2050

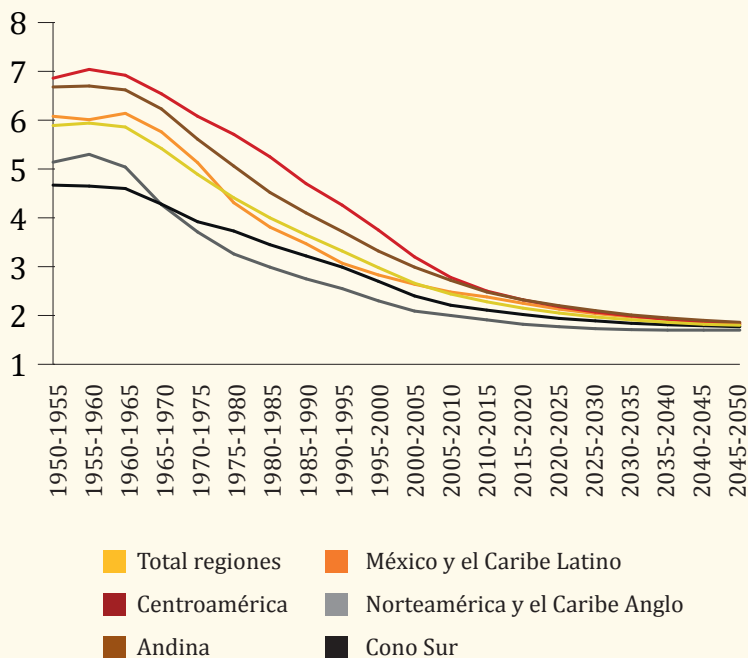
	Total regional	Antigua y Barbuda	Aruba	Bahamas	Barbados	Belice	Canadá	Curazao	Granada	San Vicente y las G.	Santa Lucía	Trinidad y Tobago	Estados Unidos
1950	18.1	15.2	6.9	16.9	25.7	15.5	25.8	22.2	16.2	12.2	14.8	14.7	30.6
1955	17.1	15.1	7.2	15.6	27.0	14.2	24.3	19.2	16.5	11.9	11.4	13.2	29.9
1960	17.1	15.4	9.6	13.4	26.5	14.2	22.8	17.3	15.7	12.5	14.6	13.0	29.7
1965	17.5	15.1	13.0	12.2	28.5	13.7	23.3	16.4	15.3	13.3	14.3	12.9	31.5
1970	19.8	15.6	18.8	12.9	32.8	13.9	26.6	19.8	16.4	15.4	13.8	16.0	35.8
1975	24.2	18.5	27.7	14.4	43.6	14.4	32.5	22.3	20.9	17.4	15.7	20.0	42.9
1980	28.5	22.4	37.1	16.4	47.8	13.7	41.4	28.3	24.4	18.8	17.3	23.5	51.0
1985	31.1	27.7	40.6	17.5	50.8	13.2	48.2	34.4	21.8	19.7	19.3	23.5	56.2
1990	35.3	35.2	43.0	20.0	56.8	13.9	54.4	39.5	28.9	22.5	27.2	24.5	58.3
1995	37.5	33.2	44.2	22.5	62.7	14.6	58.7	45.6	27.6	26.0	29.3	28.0	57.5
2000	42.3	31.2	49.6	27.9	71.6	13.6	65.6	58.1	34.7	30.4	30.9	37.1	56.8
2005	49.0	37.0	58.7	30.7	78.5	12.5	74.2	79.2	41.1	32.7	34.7	49.5	59.0

	Total regional	Antigua y Barbuda	Aruba	Bahamas	Barbados	Belice	Canadá	Curazao	Granada	San Vicente y las G.	Santa Lucía	Trinidad y Tobago	Estados Unidos
2010	59.2	44.1	74.2	33.5	91.6	16.7	85.8	89.9	55.4	43.8	51.1	60.0	64.3
2015	71.7	53.4	98.2	42.4	110.9	20.6	100.4	109.2	58.2	55.6	65.4	70.0	76.2
2020	87.3	64.5	125.5	56.6	138.1	26.2	114.8	134.9	62.6	67.0	82.9	84.4	90.5
2025	105.7	79.2	152.4	75.5	165.4	32.8	134.0	161.8	70.3	81.7	103.4	106.6	105.4
2030	120.9	97.4	159.1	89.6	182.2	40.6	152.6	181.9	79.5	95.9	129.0	126.6	115.9
2035	134.2	116.1	162.1	105.2	197.1	50.2	163.1	189.4	91.6	109.1	158.7	145.6	121.9
2040	145.6	132.1	164.0	117.8	208.7	61.1	168.8	190.1	102.2	124.1	190.4	161.6	126.1
2045	157.8	145.2	164.7	128.8	222.3	74.7	171.7	193.2	117.9	139.1	223.3	182.9	129.9
2050	169.2	155.0	164.8	138.4	234.5	90.8	174.6	198.7	133.0	153.8	250.7	200.7	135.0

La caída de las tasas de fecundidad constituye otro factor de importancia en el envejecimiento de las poblaciones y su descenso se ha producido en forma diversa entre los países y las regiones. Es muy probable que su causa se deba a que los hijos tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado; al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género. En la Figura 8, “Tasa Global de Fecundidad”, se muestra su evolución para las diferentes regiones de la CISS, durante el periodo (1950-2050).

El primer rasgo observable es que las regiones Cono Sur y Norteamérica y el Caribe Anglo presentan al inicio de la serie una tasa menor de fecundidad con respecto a las regiones Andina, Centroamérica y México y Caribe Latino que registran niveles de alrededor de entre seis y siete hijos por mujer.

Figura 8.
Tasa Global de Fecundidad



Para el periodo 2015-2020, vemos que todas las regiones han disminuido su TGF y se acercan a los dos hijos por mujer, y en el 2050 presentarán una TGF menor a dos hijos

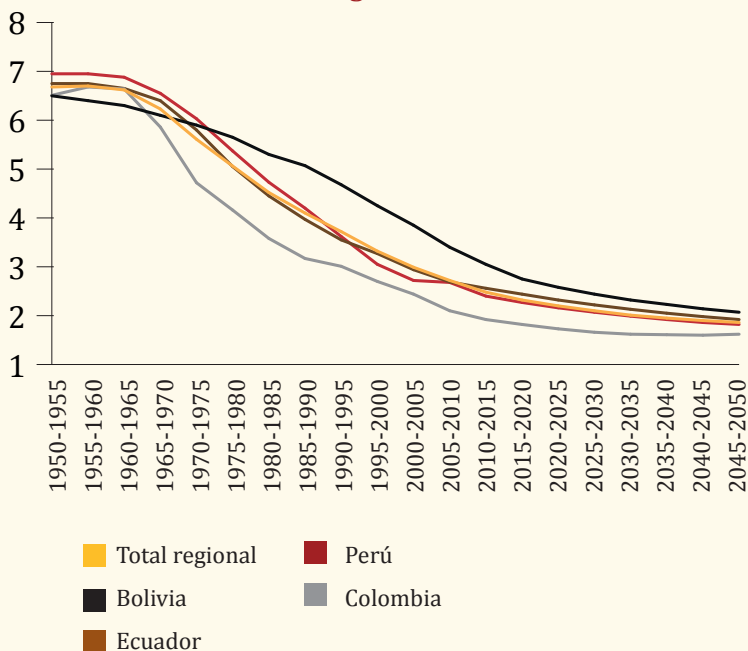
Tabla 7.
Tasa Global de Fecundidad estimada
según regiones seleccionadas por quinquenios.
Años 1950-2050

	Total	Andina	Centroamérica	Cono Sur	México y el Caribe Latino	Norteamérica y el Caribe Anglo
1950-1955	5.89	6.68	6.86	4.67	6.08	5.14
1955-1960	5.94	6.70	7.04	4.65	6.01	5.30
1960-1965	5.86	6.62	6.92	4.60	6.14	5.04
1965-1970	5.42	6.23	6.54	4.28	5.76	4.27
1970-1975	4.89	5.61	6.08	3.92	5.13	3.71
1975-1980	4.41	5.06	5.71	3.73	4.31	3.26
1980-1985	4.00	4.52	5.25	3.45	3.81	2.99
1985-1990	3.65	4.10	4.70	3.22	3.47	2.75
1990-1995	3.32	3.72	4.26	2.99	3.07	2.55
1995-2000	2.98	3.32	3.75	2.70	2.83	2.30
2000-2005	2.66	2.99	3.20	2.40	2.64	2.09
2005-2010	2.44	2.72	2.78	2.21	2.48	2.00
2010-2015	2.28	2.48	2.50	2.11	2.38	1.91
2015-2020	2.15	2.32	2.32	2.02	2.25	1.82
2020-2025	2.05	2.20	2.18	1.94	2.13	1.77
2025-2030	1.97	2.10	2.07	1.89	2.04	1.73
2030-2035	1.91	2.01	1.99	1.84	1.97	1.71
2035-2040	1.86	1.95	1.92	1.81	1.92	1.70
2040-2045	1.82	1.90	1.86	1.79	1.87	1.70
2045-2050	1.80	1.86	1.82	1.77	1.84	1.70

por mujer, mostrando valores de entre 1.70 para la Región Norteamérica y Caribe Anglo a 1.86 para la región Andina.

Las siguientes figuras nos muestran las diferencias de la TGF, al interior de los países de las diferentes regiones.

Figura 9.
Tasa Global de Fecundidad
de la Región Andina



La Figura 9 es indicativa de la evolución TGF en los países de la Región Andina, donde el mayor descenso se observa en Colombia. Bolivia muestra un proceso más paulatino en este descenso de la TGF.

Tabla 8.
Tasa Global de Fecundidad estimada
según país por quinquenios. Región Andina.
Años 1950-2050

	Total regional	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
1950-1955	6.68	6.50	6.51	6.75	6.95
1955-1960	6.70	6.40	6.68	6.75	6.95
1960-1965	6.62	6.30	6.64	6.65	6.88
1965-1970	6.23	6.10	5.86	6.40	6.55
1970-1975	5.61	5.90	4.72	5.80	6.03
1975-1980	5.06	5.65	4.16	5.05	5.37
1980-1985	4.52	5.30	3.58	4.45	4.73
1985-1990	4.10	5.07	3.17	3.97	4.20
1990-1995	3.72	4.68	3.01	3.55	3.62
1995-2000	3.32	4.25	2.70	3.27	3.05
2000-2005	2.99	3.85	2.44	2.94	2.72
2005-2010	2.72	3.40	2.10	2.69	2.68
2010-2015	2.48	3.05	1.92	2.56	2.40
2015-2020	2.32	2.75	1.82	2.44	2.27
2020-2025	2.20	2.58	1.73	2.32	2.16
2025-2030	2.10	2.44	1.66	2.22	2.07
2030-2035	2.01	2.32	1.62	2.13	1.99
2035-2040	1.95	2.23	1.61	2.05	1.92
2040-2045	1.90	2.14	1.60	1.98	1.86
2045-2050	1.86	2.07	1.62	1.92	1.82

Centroamérica muestra un descenso de la TGF más abrupto en la mayoría de los países, donde destaca el caso de Costa Rica y, en contraposición Guatemala, para llegar todos a una tasa relativamente similar en 2050.

Figura 10.
Tasa Global de Fecundidad
de la Región Centroamérica

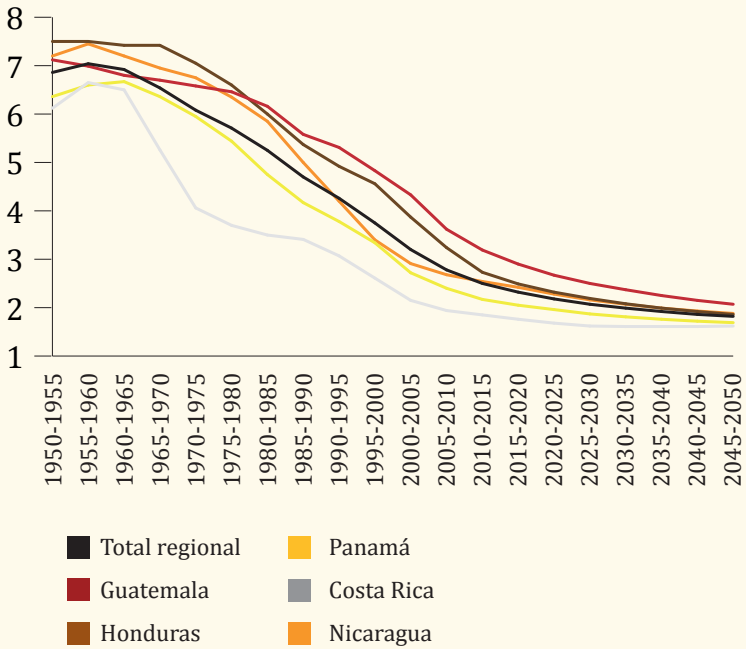


Tabla 9.
Tasa Global de Fecundidad estimada
según país por quinquenios.
Región Centroamérica. Años 1950-2050

	Total región	Costa Rica	El Salvador	Guate- mala	Hon- duras	Nicara- gua
1950-1955	6.86	6.12	6.36	7.12	7.50	7.20
1955-1960	7.04	6.65	6.60	6.99	7.50	7.45
1960-1965	6.92	6.50	6.67	6.80	7.42	7.20
1965-1970	6.54	5.26	6.36	6.70	7.42	6.95
1970-1975	6.08	4.06	5.95	6.58	7.05	6.75
1975-1980	5.71	3.70	5.44	6.46	6.60	6.35
1980-1985	5.25	3.50	4.75	6.16	6.00	5.85
1985-1990	4.70	3.41	4.17	5.58	5.37	5.00
1990-1995	4.26	3.07	3.78	5.31	4.92	4.20
1995-2000	3.75	2.61	3.34	4.83	4.56	3.40
2000-2005	3.20	2.15	2.72	4.33	3.87	2.91
2005-2010	2.78	1.94	2.40	3.62	3.24	2.68
2010-2015	2.50	1.85	2.17	3.19	2.73	2.54
2015-2020	2.32	1.76	2.05	2.90	2.49	2.42
2020-2025	2.18	1.68	1.96	2.67	2.32	2.28
2025-2030	2.07	1.62	1.87	2.50	2.19	2.16
2030-2035	1.99	1.61	1.81	2.37	2.08	2.07
2035-2040	1.92	1.61	1.76	2.25	1.99	1.99
2040-2045	1.86	1.61	1.72	2.15	1.92	1.93
2045-2050	1.82	1.62	1.69	2.07	1.86	1.88

Tal como se puede observar en la Tabla 10, Argentina y Uruguay muestran al inicio de la serie las TGF más bajas de la región (3,15 y 2,73 hijos por mujer respectivamente); Chile, 4,85 hijos por mujer, mientras que en Brasil y Paraguay, estas tasas son superiores a seis hijos por mujer (6,10 y 6,50 respectivamente). En 2050, todos los países tendrán una TGF cercana a dos hijos por mujer. Se destaca que Brasil y Chile son los países que llegarán al final del período con los niveles de TGF más bajas: 1,57 y 1,79 respectivamente.

Figura 11.
Tasa Global de Fecundidad
de la Región Cono Sur

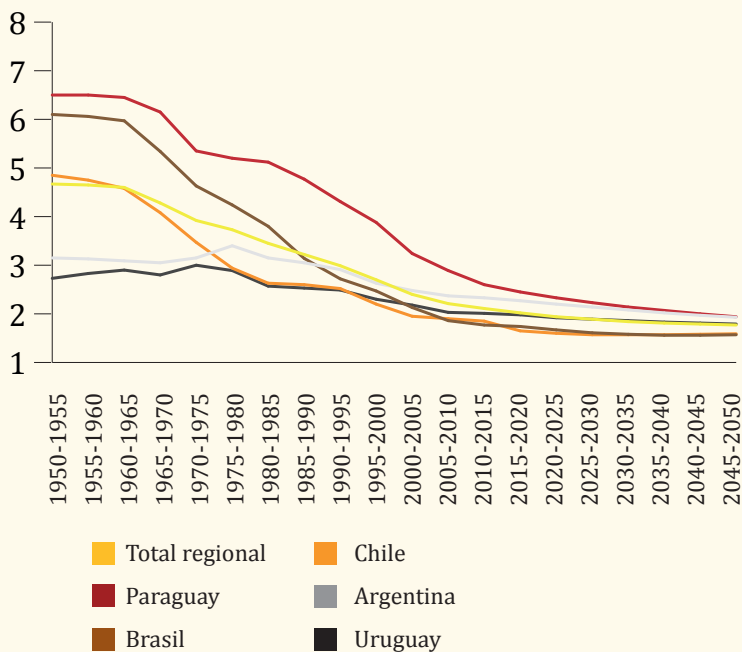


Tabla 10.
Tasa Global de Fecundidad estimada
según país por quinquenios.
Región Cono Sur. Años 1950-2050

	Total región	Argen- tina	Brasil	Chile	Para- guay	Uru- guay
1950-1955	4.67	3.15	6.10	4.85	6.50	2.73
1955-1960	4.65	3.13	6.06	4.75	6.50	2.83
1960-1965	4.60	3.09	5.97	4.58	6.45	2.90
1965-1970	4.28	3.05	5.34	4.08	6.15	2.80
1970-1975	3.92	3.15	4.63	3.47	5.35	3.00
1975-1980	3.73	3.40	4.24	2.94	5.20	2.89
1980-1985	3.45	3.15	3.80	2.63	5.12	2.57
1985-1990	3.22	3.05	3.14	2.60	4.77	2.53
1990-1995	2.99	2.91	2.72	2.52	4.31	2.49
1995-2000	2.70	2.63	2.47	2.20	3.88	2.30
2000-2005	2.40	2.48	2.13	1.95	3.24	2.18
2005-2010	2.21	2.37	1.86	1.90	2.89	2.03
2010-2015	2.11	2.33	1.77	1.85	2.60	2.01
2015-2020	2.02	2.27	1.74	1.65	2.45	1.98
2020-2025	1.94	2.20	1.67	1.60	2.33	1.92
2025-2030	1.89	2.14	1.61	1.57	2.23	1.89
2030-2035	1.84	2.08	1.58	1.57	2.14	1.86
2035-2040	1.81	2.02	1.56	1.57	2.07	1.83
2040-2045	1.79	1.97	1.56	1.58	2.00	1.81
2045-2050	1.77	1.93	1.57	1.59	1.94	1.79

En la Figura 12, vemos la serie de la TGF de la Región México y el Caribe Latino, Cuba parte al inicio de la serie con valores más bajos que el resto de los países (alrededor de cuatro hijos por mujer) llegando al final del periodo a 1.6 hijos por mujer. República Dominicana es el país que inicia el periodo con más hijos por mujer (7.6) y llega al final con 1.8 hijos por mujer. En el caso de Haití, inicia con una TGF de 6.3 para culminar con la tasa más alta de la región: 2.1. Es decir, vemos en la región una convergencia entre todos los países hacia una merma de la TGF más acentuada en Cuba y en menor proporción en Haití.

Figura 12.
Tasa Global de Fecundidad
de la Región México y el Caribe Latino

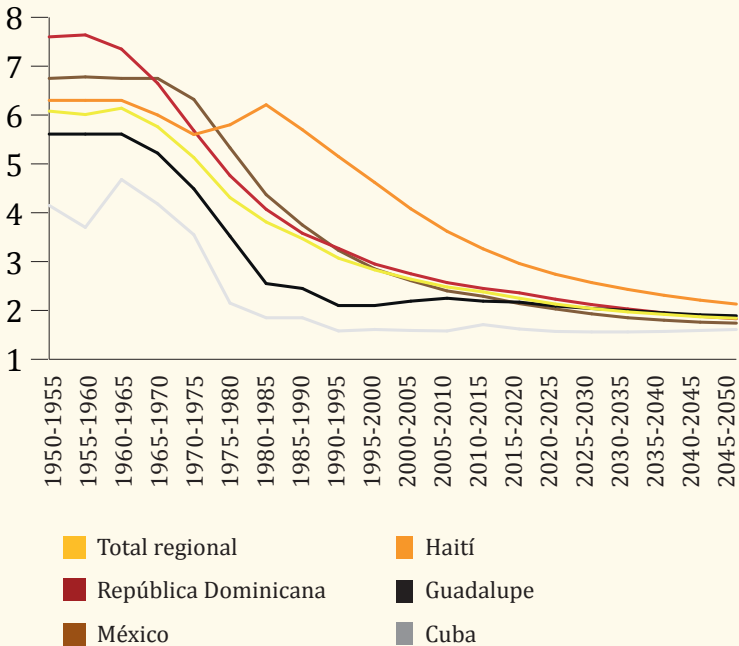


Tabla 11.
Tasa Global de Fecundidad
estimada según país por quinquenios.
Región México y el Caribe Latino. Años 1950-2050

	Total región	Cuba	Guada- lupe	Haití	República Dominicana	México
1950-1955	6.08	4.15	5.61	6.30	7.60	6.75
1955-1960	6.01	3.70	5.61	6.30	7.64	6.78
1960-1965	6.14	4.68	5.61	6.30	7.35	6.75
1965-1970	5.76	4.18	5.22	6.00	6.65	6.75
1970-1975	5.13	3.55	4.49	5.60	5.68	6.32
1975-1980	4.31	2.15	3.52	5.80	4.76	5.33
1980-1985	3.81	1.85	2.55	6.21	4.07	4.37
1985-1990	3.47	1.85	2.45	5.70	3.58	3.75
1990-1995	3.07	1.58	2.10	5.15	3.27	3.23
1995-2000	2.83	1.61	2.10	4.62	2.95	2.85
2000-2005	2.64	1.59	2.19	4.08	2.75	2.61
2005-2010	2.48	1.58	2.25	3.62	2.57	2.40
2010-2015	2.38	1.71	2.19	3.26	2.45	2.29
2015-2020	2.25	1.62	2.17	2.96	2.36	2.14
2020-2025	2.13	1.57	2.09	2.74	2.23	2.03
2025-2030	2.04	1.56	2.04	2.57	2.12	1.93
2030-2035	1.97	1.56	2.00	2.43	2.03	1.85
2035-2040	1.92	1.57	1.95	2.31	1.95	1.80
2040-2045	1.87	1.59	1.91	2.21	1.88	1.76
2045-2050	1.84	1.61	1.89	2.13	1.83	1.74

En la Región Norteamérica y Caribe Anglo, se observa que Estados Unidos y Canadá registran al inicio de la serie una TGF muy inferior a los demás países (cercana a tres hijos por mujer) mientras que Belice, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía las TGF más elevadas (superiores a seis hijos por mujer), el resto de los países, por su parte, inicia la serie en un nivel intermedio, aunque elevado (aproximadamente cinco hijos por mujer). Al final de la serie todos los países llegan a una TGF de menos de dos hijos por mujer.

Figura 13.
Tasa Global de Fecundidad
de la Región Norteamérica y el Caribe Anglo

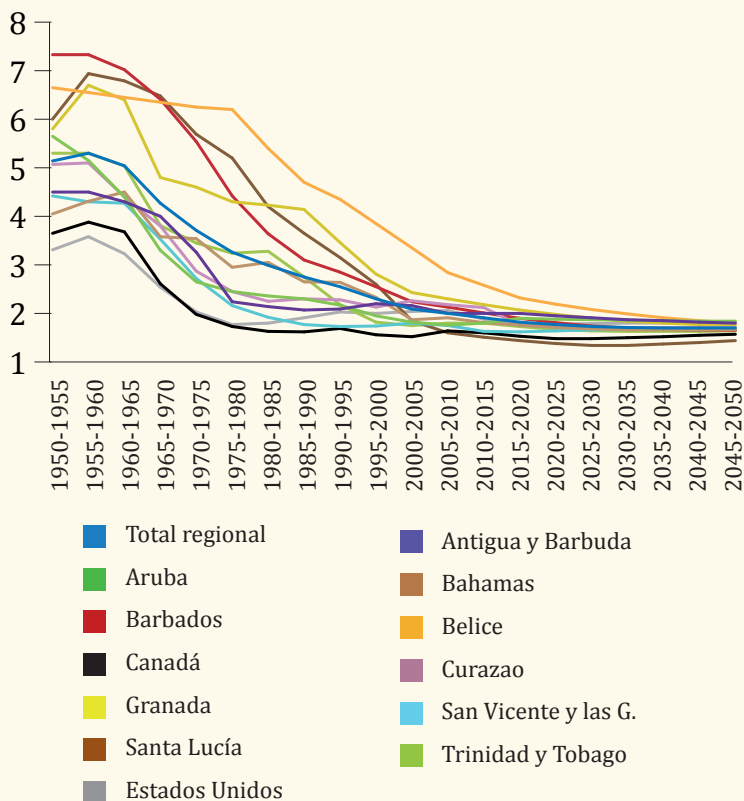


Tabla 12.
Tasa Global de Fecundidad estimada según país por quinquenios.
Región Norteamérica y el Caribe Anglo. Años 1950-2050

	Total regional	Antigua y Barbuda	Aruba	Bahamas	Barbados	Belice	Canadá	Curazao	Granada	San Vicente y las Granadinas	Santa Lucía	Trinidad y Tobago	Estados Unidos
1950-1955	5.14	4.50	5.65	4.05	4.42	6.65	3.65	5.07	5.80	7.33	6.00	5.30	3.31
1955-1960	5.30	4.50	5.15	4.31	4.30	6.55	3.88	5.10	6.70	7.33	6.94	5.30	3.58
1960-1965	5.04	4.30	4.40	4.50	4.27	6.45	3.68	4.40	6.40	7.02	6.79	5.04	3.23
1965-1970	4.27	4.00	3.30	3.58	3.53	6.35	2.61	3.80	4.80	6.41	6.48	3.81	2.54
1970-1975	3.71	3.26	2.65	3.54	2.72	6.25	1.98	2.87	4.60	5.54	5.69	3.45	2.03
1975-1980	3.26	2.24	2.45	2.95	2.16	6.20	1.73	2.45	4.30	4.42	5.20	3.24	1.77
1980-1985	2.99	2.14	2.36	3.05	1.92	5.40	1.63	2.25	4.23	3.64	4.20	3.28	1.80
1985-1990	2.75	2.07	2.30	2.65	1.77	4.70	1.62	2.30	4.14	3.10	3.65	2.75	1.91
1990-1995	2.55	2.09	2.17	2.64	1.73	4.35	1.69	2.28	3.46	2.85	3.15	2.18	2.03

	Total regional	Antigua y Barbuda	Aruba	Bahamas	Barbados	Belize	Canadá	Curazao	Granada	San Vicente y las Granadinas	Santa Lucía	Trinidad y Tobago	Estados Unidos
1995-2000	2.30	2.20	1.95	2.33	1.74	3.85	1.56	2.13	2.81	2.55	2.60	1.82	2.00
2000-2005	2.09	2.16	1.82	1.87	1.80	3.35	1.52	2.26	2.43	2.24	1.85	1.75	2.04
2005-2010	2.00	2.00	1.76	1.91	1.75	2.84	1.64	2.18	2.30	2.13	1.60	1.80	2.06
2010-2015	1.91	2.00	1.80	1.81	1.63	2.58	1.60	2.12	2.18	2.01	1.51	1.80	1.88
2015-2020	1.82	2.00	1.90	1.76	1.62	2.32	1.53	1.76	2.07	1.90	1.44	1.73	1.78
2020-2025	1.77	1.95	1.88	1.71	1.64	2.19	1.48	1.72	1.98	1.81	1.38	1.67	1.78
2025-2030	1.73	1.91	1.87	1.68	1.66	2.08	1.48	1.71	1.90	1.74	1.34	1.64	1.79
2030-2035	1.71	1.87	1.86	1.66	1.67	1.99	1.50	1.71	1.84	1.70	1.34	1.63	1.80
2035-2040	1.70	1.85	1.85	1.66	1.68	1.91	1.52	1.71	1.80	1.67	1.37	1.63	1.80
2040-2045	1.70	1.82	1.84	1.66	1.69	1.85	1.55	1.71	1.77	1.66	1.40	1.63	1.80
2045-2050	1.70	1.80	1.84	1.66	1.70	1.80	1.57	1.71	1.75	1.65	1.44	1.64	1.81

La transición demográfica de la región se inició el siglo pasado con el descenso de la mortalidad infantil, producto de las políticas de prevención en la salud materno infantil, el control de las enfermedades infecciosas y en la mejora de las condiciones de vida.

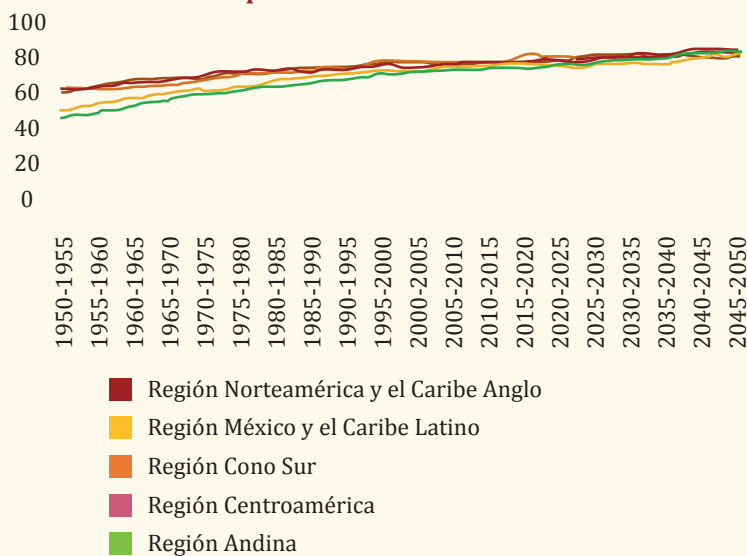
El cambio epidemiológico benefició sobre todo a la población joven, las mujeres y los niños, incrementando la esperanza de vida al nacer, explicado por el descenso de la mortalidad infantil y luego por la caída de la mortalidad en otras edades.¹⁹

La esperanza de vida de las mujeres es de alrededor de siete años más alta que la de los hombres y es esperable que con la disminución de algunos riesgos epidemiológicos se produzca una disminución de estas diferencias.

La Figura 14 muestra la evolución de la esperanza de vida al nacer para los países de las regiones CISS durante el periodo (1950-2050). Allí puede observarse un proceso de convergencia en el que se incrementa la esperanza de vida para alinearse entre las regiones. En efecto, la Región Andina parte de 46 años para llegar a 80.9 al 2050; Centroamérica de 47.4 para llegar 81.1, la Región Cono Sur 59.4 para llegar 81.3, México y el Caribe Latino parten de 49.4 para llegar a 79.6 y la Región Norteamérica y Caribe Anglo, de 59.3 para llegar a 80.1.

¹⁹ S. Huenchan, *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*, CEPAL, Santiago de Chile, 2018, p. 23.

Figura 14.
Esperanza de vida al nacer



En síntesis, en las próximas décadas las diversas regiones del continente tendrán tasas globales de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo o cercanas a éste. Con respecto a la esperanza de vida al nacer, se registra una media de 84 años de vida. Se destacan, los casos de Guayana con 71.5 años en comparación con Chile con 89.7 indicadores de la diversidad que presenta este indicador para la región. En este sentido, se debe tener en cuenta que estas cifras solapan situaciones diversas dentro de los países, sobre todo al focalizar en la etnia, en los distintos estratos socioeconómicos o en el género.²⁰

²⁰ CEPAL, *La nueva demografía en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional*, Santiago de Chile, 2014.

Tabla 13.
Esperanza de vida al nacer estimada
según regiones seleccionadas por quinquenios.
Años 1950-2050

Ambos sexos						
	Total Regiones	Centroamérica	Andina	Cono Sur	México y el Caribe Latino	Norteamérica y el Caribe Anglo
1950-1955	52.3	47.4	46.0	59.4	49.4	59.3
1955-1960	55.0	50.3	48.7	60.8	53.0	62.4
1960-1965	57.6	53.4	51.3	62.3	56.1	64.7
1965-1970	59.7	56.1	53.7	63.6	58.8	66.4
1970-1975	61.9	58.8	56.4	65.1	61.3	67.8
1975-1980	64.0	61.2	58.9	66.8	63.8	69.4
1980-1985	66.0	63.5	61.6	68.5	65.7	70.8
1985-1990	67.9	66.3	64.1	69.8	67.3	71.9
1990-1995	69.6	68.9	66.4	71.2	68.7	72.6
1995-2000	71.1	70.7	68.7	72.4	70.2	73.2
2000-2005	72.5	72.3	70.8	73.7	71.6	73.9
2005-2010	73.6	73.4	72.4	74.9	72.8	74.7
2010-2015	74.7	74.6	74.0	75.9	73.6	75.6
2015-2020	75.7	75.7	75.3	76.7	74.6	76.1
2020-2025	76.5	76.7	76.3	77.5	75.4	76.7
2025-2030	77.4	77.7	77.3	78.3	76.3	77.4
2030-2035	78.3	78.6	78.3	79.1	77.3	78.2
2035-2040	79.1	79.4	79.2	79.8	78.1	78.8
2040-2045	79.9	80.3	80.1	80.6	78.8	79.5
2045-2050	80.6	81.1	80.9	81.3	79.6	80.1

Tabla 13.
Esperanza de vida al nacer estimada
según regiones seleccionadas por quinquenios.
Años 1950-2050

	Mujeres					
	Total Regiones	Región Centroamérica	Región Andina	Región Cono Sur	Región México y el Caribe Latino	Región Norteamérica y el Caribe Anglo
1950-1955	54.0	48.8	47.6	61.7	51.0	61.0
1955-1960	56.8	51.7	50.2	63.4	54.8	64.1
1960-1965	59.5	54.9	52.9	65.1	58.0	66.6
1965-1970	61.8	57.9	55.2	66.5	60.7	68.4
1970-1975	64.1	60.9	58.2	68.1	63.4	70.1
1975-1980	66.5	63.8	60.8	69.8	66.1	71.9
1980-1985	68.7	66.7	63.7	71.6	68.1	73.3
1985-1990	70.6	69.5	66.4	73.0	69.8	74.3
1990-1995	72.3	71.9	68.9	74.4	71.3	75.0
1995-2000	73.8	73.7	71.3	75.7	72.9	75.6
2000-2005	75.2	75.3	73.5	76.9	74.2	76.3
2005-2010	76.4	76.5	75.1	78.0	75.4	77.1
2010-2015	77.5	77.8	76.7	79.0	76.3	77.8
2015-2020	78.5	78.9	78.1	79.8	77.3	78.4
2020-2025	79.3	79.8	79.1	80.4	78.1	78.9
2025-2030	80.0	80.6	80.0	81.1	78.9	79.6
2030-2035	80.8	81.4	80.8	81.8	79.8	80.3
2035-2040	81.5	82.1	81.6	82.4	80.6	80.9
2040-2045	82.2	82.8	82.3	83.0	81.3	81.5
2045-2050	82.7	83.5	82.4	83.6	82.0	82.1

Tabla 13.
Esperanza de vida al nacer estimada
según regiones seleccionadas por quinquenios
Años 1950-2050

	Varones					
	Total	Centroamérica	Andina	Cono Sur	México y el Caribe Latino	Norteamérica y el Caribe Anglo
1950-1955	50.6	46.1	44.5	57.2	47.8	57.4
1955-1960	53.3	49.0	47.2	58.5	51.4	60.5
1960-1965	55.7	51.9	49.8	59.8	54.3	62.7
1965-1970	57.7	54.4	52.1	60.9	56.9	64.2
1970-1975	59.7	56.8	54.7	62.3	59.3	65.4
1975-1980	61.7	58.8	57.1	63.9	61.6	66.9
1980-1985	63.5	60.6	59.6	65.6	63.4	68.4
1985-1990	65.2	63.3	61.8	66.8	64.8	69.4
1990-1995	66.8	65.9	63.9	68.0	66.2	70.2
1995-2000	68.3	67.8	66.2	69.2	67.7	70.8
2000-2005	69.7	69.3	68.2	70.5	69.0	71.5
2005-2010	70.8	70.3	69.8	71.7	70.1	72.4
2010-2015	71.9	71.4	71.3	72.8	70.8	73.3
2015-2020	72.9	72.5	72.5	73.7	71.8	73.9
2020-2025	73.8	73.6	73.7	74.5	72.7	74.5
2025-2030	74.7	74.6	74.7	75.4	73.6	75.3
2030-2035	75.7	75.7	75.8	76.3	74.6	76.0
2035-2040	76.6	76.7	76.8	77.2	75.5	76.7
2040-2045	77.5	77.7	77.8	78.1	76.3	77.5
2045-2050	78.3	78.6	78.8	79.0	77.1	78.2

Aspectos demográficos de la demanda de cuidado de las personas mayores

El proceso de envejecimiento poblacional descrito presenta un panorama de una creciente demanda potencial de cuidados a largo plazo. Un análisis posible para calcular las demandas de cuidados se basa en el número de potenciales cuidadores con respecto a la población que necesitaría cuidados. Este índice se calcula dividiendo el número de personas de 50 a 64 años (potenciales cuidadores) por el de las de 80 años y más (potenciales demandantes de cuidados)²¹.

El indicador de relación de dependencia de cuidados,²² propuesto por Budlender (2008), intenta dar una idea de las necesidades de cuidado de una población y de su capacidad para satisfacerla. Mide la relación entre los potenciales demandantes de cuidados (en este caso ancianos) y los potenciales proveedores del mismo. Si bien el indicador es una aproximación bruta a la demanda potencial de cuidados, ya que no incluye a las personas con discapacidad, e ignora que hay personas menores de 80 años que también pueden necesitar cuidados, nos permite tener una idea de cuán apremiante son —y serán— las necesidades de cuidado en la región.²³

²¹ E. Pelaez y S. Minoldo, “Impacto del envejecimiento sobre demandas de servicios en el Cono Sur”, *Revista Latinoamericana de Población*, núm. 23, 2018, pp. 62-84.

²² D. Budlender, *The statistical evidence on care and non-care work across six countries*, Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, Ginebra, 2008.

²³ BID, *Envejecer con cuidado. Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*, 2019. Disponible en iadb.org/panorama-de-envejecimiento

Por otra parte, “En contextos donde los hijos —especialmente las hijas— son los que se encargan del cuidado y los requerimientos de los adultos mayores de la familia, la relación de apoyo a los padres es el indicador de mayor utilidad para captar este proceso. Dicha relación está definida por el cociente entre la población de 80 y más años y la población de 50 a 64 años de edad, en teoría, los hijos de los adultos de edad muy avanzada”.²⁴

En la Figura 15, observamos claramente cómo disminuyen en todas las regiones del continente los potenciales cuidadores, donde entre los años 2015 y 2050 se reducen a la mitad o menos según la región de que se trate.

Esta disminución de potenciales cuidadores es indicativa de los cambios que conlleva el envejecimiento poblacional y su efecto en la verticalización de las familias.²⁵

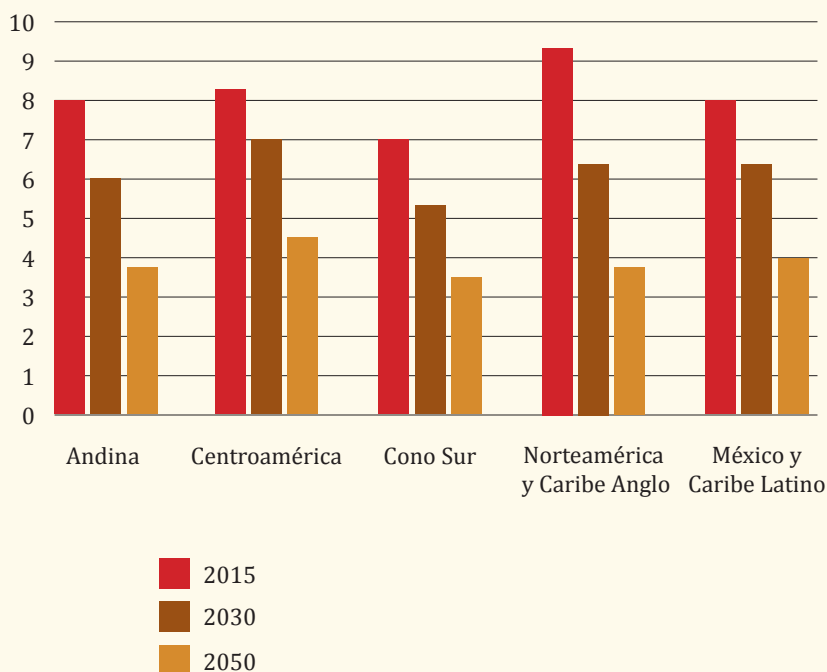
Los cambios demográficos observados indican que la demanda de cuidados de personas mayores aumentará mientras que la disponibilidad de personas cuidadoras disminuirá significativamente. La tradicional demanda a las familias en su rol de cuidadoras resultará ineficaz debido a la sobrecarga que se producirá sobre su estructura que contará con más ancestros y menos descendientes. Los Estados deberán tener en cuenta estos cambios poblacionales a fin de

²⁴ L. Reborais Finardi, *Migración Internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de inmigración sur-sur: el caso de Costa Rica y Nicaragua*, Serie de Población y Desarrollo núm. 110, CEPAL, Santiago de Chile, 2015, p. 41.

²⁵ Las investigaciones sobre las familias muestran que del mismo modo en que las pirámides de población se hacen más verticales producto de su envejecimiento, también lo hacen las familias. Éstas tienen en su estructura cada vez más personas viejas (abuelos, bisabuelos y tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad). Como consecuencia, cierta porción de las personas mayores vivirán solas sin grupo primario de apoyo.

que las políticas sanitarias y sociales redunden en una positiva solución en relación con los cuidados a largo plazo para las personas adultas mayores de nuestro continente.

Figura 15.
Potenciales cuidadores
Relación entre población de 80 años y más,
y población de 50 a 64 años, según regiones CISS



EL SISTEMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

La CISS²⁶ indica en su Documento de Reconfiguración que el envejecimiento y la presión demográfica, el cuidado de la salud, la igualdad de género y el ejercicio de los derechos son temas centrales de sus lineamientos programáticos. En esta línea, la Comisión Americana del Adulto Mayor (CADAM) ha considerado el sistema de cuidados a largo plazo como el tema prioritario para las personas adultas mayores de las regiones que la componen y ha manifestado su interés en conocer el estado de situación de este sistema en los diferentes países a fin de orientar sus acciones programáticas. Al mismo tiempo, tal como se ha expresado en anteriores páginas, la literatura es indicativa de que se observan distintas situaciones en la implementación de un sistema de cuidados por parte de los países. En síntesis, no existe una única forma de sistema de cuidados a largo plazo, ni en la región ni en el mundo y los países que cuentan con sistemas de atención a la dependencia suelen presentar una combinación de los distintos servicios.

A partir de lo expresado surgieron las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los componentes del sistema de cuidados a largo plazo para las personas de mayor edad que se presentan en los países?, ¿cómo se implementan esos componentes del sistema de cuidados en los distintos países?, ¿quién o quiénes son los actores principales en la ejecución de los distintos cuidados ofrecidos?, ¿quién o quiénes financian la atención?, ¿existen recursos humanos formados y suficientes para prestar los servicios de cuidado?, ¿se aplican la VGI, valoración gerontológica in-

²⁶ CISS, *Reconfiguración de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Agenda 2016-2020*, Ciudad de México, 2018.

tegral; el conocimiento informado y/o las directivas anticipadas en favor de las personas de mayor edad?, ¿hacia qué tipo de población se orientan los programas del sistema de cuidados?

Objetivo general de la investigación:

Conocer cuáles son los componentes del sistema de cuidados para la atención de las personas de mayor edad²⁷ y describir la diversidad existente en su implementación.

²⁷ En forma genérica, un sistema de cuidados se organiza a partir de los siguientes componentes definidos por N. Medellín (2019).

"1) Las residencias institucionales ofrecen alojamiento y un paquete integral de servicios de apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Usualmente incluyen enfermería y servicios de salud más complejos, razón por la cual se orientan hacia personas con alto grado de dependencia.

"2. Los servicios en el domicilio están diseñados para que la persona con dependencia permanezca en su comunidad y no tenga que mudarse a una residencia. Generalmente se enfocan a personas con un nivel de dependencia medio o bajo y su eje suele ser un asistente personal, aunque también se pueden incluir otros aspectos de apoyo para quehaceres y entrega de comida.

"3. Los centros de día son instituciones que prestan un paquete integral de servicios durante algunas horas del día sin incluir alojamiento, por lo que son un complemento a la atención en el domicilio. Generalmente los centros se enfocan en actividades preventivas y recreativas y no en brindar apoyo para realizar actividades de la vida diaria. Por esta razón su población objetivo son personas con baja dependencia o independientes.

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

"5. Los servicios para apoyar a los familiares brindan apoyo para realizar actividades de la vida diaria. En esta categoría se incluyen servicios de capacitación y servicios de respiro enfocados en formas de relevar de manera temporal al cuidador."

Objetivos específicos:

- Analizar los programas de cuidados en el domicilio para las personas de mayor edad según las distintas modalidades de ayuda: intervalo largo²⁸, intervalo corto²⁹ y a intervalo crítico³⁰. En todos los casos se trata de conocer el tipo de cuidador que lleva adelante la tarea del cuidado, indagar sobre el origen del financiamiento de la atención de los cuidados a domicilio, obtener información sobre los programas de apoyo para las AIVD y las ABVD.
- Conocer los programas de los cuidados institucionales ambulatorios o comunitarios implementados: particularmente, centros de día sociales, centros de día sociosanitarios y hospitales de día. En todos los casos, indagar acerca del tipo de prestación que se brinda, conocer la dependencia institucional, indagar acerca del financiamiento de las prestaciones.
- Indagar acerca de la existencia de programas de cuidados institucionales residenciales protegidos (viviendas tuteladas) en todos los tipos posibles de viviendas tuteladas se analiza quién financia la atención.³¹

²⁸ Los cuidados a domicilio a intervalo largo se caracterizan por prestar ayuda parcial, de una o dos veces por semana o menos.

²⁹ Los cuidados a domicilio a intervalo corto se caracterizan por prestar ayuda diariamente o más de una vez por día.

³⁰ Los cuidados a domicilio a intervalo crítico se caracterizan por ser cuidados de tiempo completo, es decir, de 24 horas.

³¹ En general, el modelo de vivienda tutelada se basa en que los mayores autogestionan su vida al interior de ella y reciben apoyo sociocomunitario que promueva su socialización e integración. Las viviendas colaborativas, conocidas como *cohousing* suele tratarse de un modelo residencial de colaboración mutua entre personas que viven cerca. Si bien la moda-

- Conocer los programas de cuidados institucionales residenciales de larga estadía.³²
- Analizar el tipo de prestaciones que brindan estas instituciones, indagar acerca de la dependencia institucional, conocer quién financia la atención.
- Indagar acerca de la existencia de programas de formación de recursos humanos para las instituciones de media y larga estadía y conocer sobre la suficiencia de recursos humanos formados.
- Dadas las características regionales resulta pertinente obtener información acerca de la orientación de los recursos institucionales en relación con las

lidad puede cambiar entre países o localidades, por lo general presentan las siguientes características en todas sus variantes: es autopromovido, es codiseñado dentro de un enfoque que favorece la relación vecinal; existen zonas comunes que son una extensión de la vivienda personal; autogestionado incluye la organización colaborativa de tareas comunes; la economía es privada y las viviendas cuentan con todos los elementos que permitan que sus moradores sean independientes.

El hotel asistido funciona como un *apart* u hotel, donde se ofrece una gama de servicios a los residentes, temporales o por mayor tiempo de estadía. Se trata de un hábitat donde cada residente desarrolla su vida y actividades personales con libertad con la opción de disponer del cuidado que desee en cada momento.

Las viviendas en comodato son entregadas a personas adultas mayores con problemas habitacionales en forma de usufructo. Suelen ser programas sociales estatales y supervisadas por estos organismos.

Las viviendas protegidas suelen integrar núcleos de personas mayores que cuentan con un servicio de asistencia directa prestado por operadores sociales.

³² Los cuidados institucionales residenciales de larga estadía se caracterizan por tener 24 horas de enfermería y población dependiente. Siguiendo a la definición de la oms, 2000, se indica que los cuidados a largo plazo institucionales son provistos a tres o más personas no familiares en un mismo lugar. Se trata de residencias y hogares geriátricos, públicos o privados.

situaciones de pobreza o dependencia de los adultos mayores.

- Conocer sobre la utilización de la valuación gerontológica integral; la aplicación del consentimiento informado y la explicitación de los derechos y obligaciones para con los adultos mayores.
- Indagar acerca de la implementación de las directivas anticipadas de las personas mayores.
- Cuestionar la supervisión que ejercen o no, los organismos estatales sobre los diferentes servicios de cuidados existentes.

Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, en adecuación a las restricciones impuestas a la investigación de tiempo, lugar y accesibilidad, que implicaban: a) tres meses de tiempo para llevar a cabo el diseño, la implementación, el análisis de los resultados de la investigación y escritura del informe final; b) distancia de lugar geográfico, el estudio incorpora las regiones que componen la CISS, y c) la inaccesibilidad para entrevistar en forma personal a los informantes calificados de los diecinueve países que integraron el estudio, debido a la distancia geográfica y a la restricción financiera para ejecutar los traslados,³³ es que se tomó la decisión de implementar una investigación original, acotada a las restricciones enumeradas, exploratoria, a distancia y con una metodología de corte cualitativa, específicamente, hablamos de la investigación por encuesta cualitativa.³⁴

³³ Se hace notar que el estudio se llevó adelante desde la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, donde se localiza la investigadora a cargo del mismo.

³⁴ El tipo de encuesta cualitativa no tiene como interés establecer frecuencias u otros parámetros cuantitativos de medición sino que su obje-

La estrategia de investigación utilizó las siguientes técnicas y pasos: en primer lugar, se realizaron entrevistas en profundidad a tres informantes clave locales, especialistas en cuidados a largo plazo de adultos mayores, con el fin de precisar los indicadores necesarios para describir los distintos programas y servicios a largo plazo destinados a adultos mayores.

En segundo lugar, a partir de los resultados de las entrevistas mencionadas se diseñó un instrumento en forma de encuesta³⁵ que fue revisada por los informantes clave mencionados y probada localmente, a fin de ajustar su pertinencia.

En tercer lugar, se elaboró un instrumento específico para superar las restricciones, de tiempo, lugar y accesibilidad, arriba mencionadas, que tomó la forma de un cuestionario en línea. Esta técnica ha tomado relevancia en la academia para su utilización en la investigación social, debido al crecimiento de Internet, su potencial para alcanzar diversos segmentos de población dispersa geográficamente y la rapidez de su implementación y respuesta, entre otros argumentos.³⁶

tivo es determinar la diversidad de algún tema de interés, en una población dada. H. Jansen, "La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social", *Paradigmas*, núm. 4, pp. 39-72, 2012.

³⁵ En este tipo de encuesta, algunos de los temas, dimensiones y categorías se definen de antemano y la identificación de estos temas en las unidades de investigación se rige por un protocolo estructurado de cuestionamiento u observación. La diversidad en estudio se define de antemano y el objetivo del análisis descriptivo es mostrar cual o cuales de las características predefinidas existe empíricamente en las unidades bajo estudio.

³⁶ L. Rocco y N. Oliari, "La encuesta mediante Internet como alternativa metodológica", *VII Jornadas de Sociología*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007. Disponible en <http://www.aacademica.org/000-106/392>

La encuesta mencionada³⁷ constó de cuatro apartados sobre los distintos programas de cuidados a adultos mayores, con el fin de observar lo alcanzado y las necesidades pendientes en relación con el sistema de cuidados de los países.

Nuestro cuarto paso, fue elaborar una muestra cualitativa intencional³⁸ compuesta por profesores e investigadores expertos en la temática de la vejez y el envejecimiento de las universidades de los distintos países; miembros de las Sociedades Científicas de Gerontología y Geriatria y/o, académicos cercanos a la CISS-CADAM, que podían dar cuenta solventemente sobre la problemática en cuestión.

El quinto paso, luego de probado localmente el diseño de la encuesta, su comprensión y el tiempo de realización, fue remitida por correo electrónico a los integrantes de la muestra cualitativa de los distintos países que conforman las regiones investigadas. Se garantizó la confidencialidad de las respuestas. Al mismo tiempo, si se ofrecía alguna dificultad o duda se podía establecer una comunicación vía correo electrónico o teléfono.

Las regiones investigadas fueron la Andina, Centroamérica, Cono Sur y México y Caribe Latino. Hemos trabajado con 27 encuestas correspondientes a 17 países de los 19 que conforman las regiones en cuestión. Los 17 países participantes son Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

³⁷ Agradezco a la maestra Lilia Chernobilsky por su colaboración en el diseño de la encuesta en línea (véase anexo).

³⁸ Una muestra cualitativa debe representar la diversidad del fenómeno objeto de estudio dentro de la población. Para ello, es conveniente seleccionar un muestreo de diversidad intencionalmente a fin de descubrir todas las variedades relevantes que existan del fenómeno a estudiar. Véase H. Jansen, *op. cit.*, p. 51.

Los datos fueron tratados y analizados en forma cualitativa, encuesta por encuesta, por país y comparativamente entre los países que conforman cada región. Hemos realizado cuadros con los indicadores y señalado con una cruz aquellos indicadores que se llevan adelante por los diferentes países. Los casilleros vacíos indican que la actividad no se realiza.

De esta manera, hemos obtenido un diagnóstico preliminar sobre el estado de situación del sistema de cuidados a largo plazo para personas mayores que se expone detalladamente en las siguientes páginas de este estudio.

Región Cono Sur

Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay

A. Cuidados a domicilio

A-1. Cuidados a domicilio a intervalo largo (ayuda parcial, una o dos veces por semana o menos)

Los informantes calificados correspondientes a los cinco países de la Región Cono Sur, indicaron que en su país existe la modalidad de prestación o de servicios de cuidados a domicilio a intervalo largo, es decir, brindar a las personas de mayor edad dependientes ayuda parcial de una o dos veces por semana o menos.

En relación con el tipo de cuidador que lleva adelante principalmente la tarea, véase el Cuadro 1.

Cuadro 1.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Informal (familia, grupo primario)			x		
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)			x	x	
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)					
Combinado (informal/formal)	x	x			x

En Argentina, Brasil y Uruguay predominan las formas combinadas de cuidadores informales y formales, también podríamos incluir a Chile en esta situación. En el caso de Paraguay, la predominancia de tipo de cuidador es formal sin capacitación, básicamente se trata de personal doméstico.

Al indagar sobre el financiamiento de este tipo de atención para las personas mayores, destaca que en Paraguay recae en las familias, en tanto que en el resto de los países, además de la familia, pueden observarse otras combinaciones y modalidades adicionales de financiamiento (Cuadro 2).

Cuadro 2.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x	x	x	x	x
Estado	x		x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales	x				x
Privado	x				x
Cualquier combinación de las anteriores	x	x	x		
Otra modalidad					

Con respecto a la existencia de programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria en esta prestación, se obtuvieron las alternativas que se detallan en el Cuadro 3. En Argentina destaca el aporte de auxiliares gerontológicos; en Uruguay, el servicio de teleasistencia. Paraguay no declara tener actividades de apoyo específicas para AIVD y ABVD.

Cuadro 3.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí, asistente gerontológico	x				
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.	x	x	x		
Sí, viandas, comida	x				
Sí, subsidios varios	x				x
Sí, servicio de teleasistencia					x
Sí, otras opciones		x			x
No				x	

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que cubre hasta un 5 % de población urbana para Brasil y Uruguay en tanto que alcanzaría hasta un 10 % en Argentina y Chile. Con respecto a población rural, Argentina, Chile y Uruguay declaran que cubre hasta el 5 % de ese tipo de población. Paraguay no especificó esta información.

A-2. *Cuidados a domicilio de intervalo corto.*
(Intervención parcial diaria o más de una vez por día)

Los cuidados a domicilio de intervalo corto, aquellos que brindan atención parcial diaria o más de una vez por día, son prestados por Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Constituye la excepción el caso de Brasil.

Todos los países indican que los cuidadores que llevan adelante la tarea se caracterizan por combinar la forma informal y formal (Cuadro 4).

Cuadro 4.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Informal (familia, grupo primario)			x		
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)			x		
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)					
Combinado (informal/formal)	x			x	x

Al indagar sobre el financiamiento de este tipo de atención para las personas mayores, vemos que en Paraguay destaca el aporte de la familia y en Chile el aporte estatal, en Argentina y Uruguay pueden verse diferentes combinaciones de financiamiento.

Cuadro 5.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x			x	
Estado	x		x		
ONG/Mutuales/Obras sociales	x				
Privado	x				
Cualquier combinación de las anteriores	x				x
Otra modalidad					

Con respecto a la existencia de programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, orientadas para esta prestación, en el Cuadro 6 se obtuvieron las siguientes alternativas donde destaca la enfermería para el caso de Argentina y el servicio de teleasistencia en Uruguay. Por otra parte, los informantes de Brasil y de Paraguay declaran que no hay programas de apoyo para AIVD y ABVD.

Cuadro 6.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí, enfermería	x				
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.	x		x		
Sí, viandas, comida	x				
Sí, subsidios varios	x				x
Sí, servicio de teleasistencia					x
Sí, otras opciones					x
No		x		x	

Este tipo de prestación cubre hasta un 5 % de población urbana para Argentina y Uruguay en tanto que alcanzaría hasta un 10 % en Chile. Con respecto a población rural, Argentina y Uruguay declaran que cubre hasta el 5 % de ese tipo de población, en tanto que Chile indica que llegaría hasta el 10 % su cobertura. Paraguay no brindó esta información y Brasil indicó que no da la prestación analizada.

A-3. *Cuidados a domicilio a intervalo crítico, es decir, de tiempo completo. (cuidados de 24 horas)*

A excepción de Brasil, los países del Cono Sur refieren contar prestaciones de cuidados a domicilio a intervalo crítico (24 horas).

En relación con el tipo de cuidador (Cuadro 7) que lleva adelante la tarea vemos que en Argentina y Uruguay se dan formas combinadas de atención informal y formal de ambos tipos. Paraguay indica que se trata de cuidadores formales con capacitación específica y Chile indica que el cuidado está a cargo de la familia.

Cuadro 7.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Informal (familia, grupo primario)			x		
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)	x				
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)	x			x	
Combinado (informal/formal)	x				x

Al indagar sobre el financiamiento de este tipo de atención para las personas mayores, obtuvimos el siguiente resultado que se detalla a continuación en el Cuadro 8.

Cuadro 8.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x		x	x	
Estado	x				
ONG/Mutuales/Obras sociales	x				x
Privado	x				
Cualquier combinación de las anteriores	x				
Otra modalidad					

Con respecto a la existencia de programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria orientadas para esta prestación, se observa (Cuadro 9) que en Brasil, Chile y Uruguay o no existe o no conocen esta prestación en sus países.

Cuadro 9.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí, enfermería	x			x	
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.	x				
Sí, viandas, comida	x				
Sí, subsidios varios	x				
Sí, servicio de teleasistencia					
Sí, otras opciones	x				
No		x			
NS			x		x

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que en este tipo de prestación cubre hasta un 5 % de población urbana y rural para Argentina y Chile. Paraguay indicó una cobertura de entre 6 % al 10 % de la población.

A-4. Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio

Resulta importante conocer el tipo de programas tendientes a apoyar a los cuidadores en domicilio para las personas mayores, ya que ello redundaría en una más eficiente y eficaz política de atención para esta población.

Cuadro 10.
Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio

Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Estudios de sobrecarga del cuidador (por ej., índice de Zarit)	x		x		
Orientación para el tratamiento de la sobrecarga y formas de intervención	x		x		
Derivación para la atención y contención de los cuidadores	x				
Formación y capacitación de los cuidadores informales (familia/grupo primario)	x	x	x	x	
Formación y capacitación de los cuidadores formales (auxiliares gerontológicos)	x	x		x	x
Derivación de los asistidos a instituciones de respiro	x				
Otros programas			x	x	
No hay este tipo de programas					
NS					

La mayoría de los países de la región indica que la capacitación de cuidadores informales y formales se realiza en sus países dentro del marco de apoyo a los cuidadores en domicilio.

En este contexto, Argentina y Chile realizan estudios de sobrecarga del cuidador y orientación para su tratamiento. En Argentina, además puede haber derivación para la atención y contención de los cuidadores y la derivación de los asistidos a instituciones de respiro.

Región Andina

Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

A. Cuidados a domicilio

A-1. Cuidados a domicilio a intervalo largo (ayuda parcial, una o dos veces por semana o menos)

En la Región Andina, los informantes calificados de Colombia y Perú indicaron que en su país existe país la modalidad de prestación o de servicios de cuidados a domicilio a Intervalo largo, en tanto que Bolivia y Ecuador manifiestan que en sus países no existe esta modalidad de atención.

En relación con el tipo de cuidador que lleva adelante principalmente la tarea en el Cuadro 11 vemos que, en Colombia el cuidado de las personas de mayor edad está a cargo de su familia o de su grupo primario en tanto que en Perú se produce una combinación de cuidados informales y formales.

Cuadro 11.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Informal (familia, grupo primario)		x		
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)				
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)				
Combinado (informal/formal)				x

Al indagar sobre el financiamiento de este tipo de atención para las personas mayores (Cuadro 12), en ambos países lo hacen la familia y/o el Estado.

Cuadro 12.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		x
Estado		x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales				
Privado				
Cualquier combinación de las anteriores				
Otra modalidad				

Entre los programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, destaca la prestación de los asistentes gerontológicos domiciliarios que “son técnicos especializados en la atención de ancianos con discapacidad. Es una persona que se forma en cursos interdisciplinarios para lo relacionado con la asistencia, el cuidado y la contención de las personas mayores en las actividades de la vida diaria.”³⁹

En el Cuadro 13 pueden observarse las siguientes alternativas de programas de apoyo:

Cuadro 13.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí, asistente gerontológico				
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.		x		
Sí, viandas, comida				
Sí, subsidios varios				
Sí, servicio de teleasistencia				
Sí, otras opciones		x		x
No				

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de

³⁹ Osinsa, “¿Qué es un Asistente Gerontológico Domiciliario?”. Disponible en <https://www.osinsa.org/2013/08/31/que-es-un-asistente-gerontologico-domiciliario/>

los encuestados indicaron que, esta prestación cubre hasta un 5 % de población urbana peruana en tanto que alcanzaría hasta un 10 % para el caso colombiano. Con respecto a población rural, Colombia indica que cubre hasta el 5 % de ese tipo de población y Perú estima que estaría en la franja del 6 % al 10 %.

*A-2. Cuidados a domicilio de intervalo corto
(Intervención parcial diaria o más de una vez por día)*

En la Región Andina, los informantes calificados de Colombia y Perú indicaron que en su país existe la modalidad de prestación o de servicios de cuidados a domicilio a intervalo corto, en tanto que Bolivia y Ecuador manifiestan que en sus países no existe esta modalidad de atención.

En relación con el tipo de cuidador que lleva adelante principalmente la tarea, según el cuadro 14 en Colombia el cuidado de las personas de mayor edad está a cargo de personal doméstico o una combinación entre familia y grupo primario con aporte de personal formal.

Cuadro 14.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Informal (familia, grupo primario)				x
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)		x		
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)				
Combinado (informal/formal)		x		

En el caso de Perú, se indica que los cuidados informales son predominantes para esta modalidad.

Al indagar sobre el financiamiento de esta atención para las personas mayores, obtuvimos el resultado que se observa en el Cuadro 15. La familia se hace cargo en Colombia y Perú. En este último país también se reciben aportes por parte del Estado.

Cuadro 15.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		x
Estado				x
ONG/Mutuales/Obras sociales				
Privado				
Cualquier combinación de las anteriores				
Otra modalidad				

Con respecto a la existencia de programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, vemos en el Cuadro 16 que ambos países indican otras opciones no especificadas.

Cuadro 16.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí, enfermería				
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.				
Sí, viandas, comida				
Sí, subsidios varios				
Sí, servicio de teleasistencia				
Sí, otras opciones		x		x
No				

Este tipo de prestación cubre hasta un 5 % de población urbana tanto de Perú como de Colombia. Con respecto a población rural, Colombia indica que cubre hasta el 5 % de ese tipo de población y Perú estima que estaría en la franja del 6 % al 10 %.

*A-3-Cuidados a domicilio a intervalo crítico
es decir de tiempo completo (cuidados de 24 horas)*

En la Región Andina, los informantes calificados de Colombia y Perú indicaron que en su país existe la modalidad de prestación o de servicios de cuidados a domicilio de 24 horas, es decir, de tiempo completo. Por su parte, Bolivia y Ecuador manifiestan que en sus países no existe esta modalidad de atención.

En relación con el tipo de cuidador que lleva adelante principalmente la tarea, tanto Colombia como Perú indican que se realiza en forma conjunta por cuidadores informales y formales (Cuadro 17).

Cuadro 17.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Informal (familia, grupo primario)				
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)				
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)				
Combinado (informal/formal)		x		x

Las ONG, las mutuales y/o las obras sociales financian este tipo de atención para las personas mayores de Colombia y en Perú lo hacen la familia y los aportes privados.

Cuadro 18.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia				x
Estado				
ONG/Mutuales/Obras sociales		x		
Privado				x
Cualquier combinación de las anteriores				
Otra modalidad				

En el Cuadro 19 se observa que la enfermería se constituye en el programa de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria básico para ambos países de la región Andina.

Cuadro 19.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí, enfermería		x		x
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.				
Sí, viandas, comida				
Sí, subsidios varios				
Sí, servicio de teleasistencia				
Sí, otras opciones				x
No				

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que este tipo de prestación cubre entre un 6 % y un 10 % de población urbana tanto de Perú como de Colombia. Con respecto a población rural, ambos países indican que cubre hasta el 5 % de ese tipo de población.

A-4. Programas de apoyo
a los cuidadores en domicilio

El Cuadro 20 resulta ilustrativo para conocer el tipo de programas tendientes a apoyar a los cuidadores en domicilio. En efecto, si bien en Colombia se realizan estudios y orientación de la sobrecarga de los cuidadores y en ambos países se capacita a cuidadores informales, se observa que en *ninguno de los países de la Región Andina existen programas de formación y capacitación de auxiliares gerontológicos*. Esta información resulta un indicador de importancia para CADAM en cuanto a sus necesidades para orientaciones programáticas.

Cuadro 20.
Programas de apoyo
a los cuidadores en domicilio

Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Estudios de sobrecarga del cuidador (p. ej., índice de Zarit)		x		
Orientación para el tratamiento de la sobrecarga y formas de intervención		x		
Derivación para la atención y contención de los cuidadores				
Formación y capacitación de los cuidadores informales (familia/grupo primario)		x		x
Formación y capacitación de los cuidadores formales (auxiliares gerontológicos)				
Derivación de los asistidos a instituciones de respiro				
Otros programas		x		
No hay este tipo de programas	x		x	
NS				

Región Centroamérica

Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá

A - Cuidados a domicilio

A-1. *Cuidados a domicilio a intervalo largo (ayuda parcial, una o dos veces por semana o menos)*

En la Región Centroamérica, hemos recibido contestación de los informantes calificados de Costa Rica, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Panamá, los que indicaron que en su país *no existe* la modalidad de prestación/servicios de cuidados a domicilio a intervalo largo.

A-2. *Cuidados a domicilio de intervalo corto (intervención parcial diaria o más de una vez por día)*

Con respecto a la modalidad de prestación/servicios de cuidados a domicilio a intervalo corto, los informantes de Costa Rica, Guatemala y Panamá indicaron su existencia en tanto que Honduras y Nicaragua negaron esta opción.

En relación con los cuidados a domicilio de intervalo corto, en Costa Rica el cuidado de las personas de mayor edad está a cargo de personal doméstico y el informante calificado de Panamá declara que éste puede ser combinado (informal/formal.).

Cuadro 21. Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Nicaragua	Panamá
Informal (familia, grupo primario)					
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)	x				
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)					
Combinado (informal/formal)					x
N/S N/C			x		

Al indagar sobre el financiamiento de este tipo de atención para las personas mayores, obtuvimos el siguiente resultado: en Costa Rica lo hacen la familia y/o el Estado; en Guatemala, el Estado; en Panamá, la familia.

Cuadro 22. Quién financia la atención

Atención financiada por...	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Nicaragua	Panamá
Familia	x				x
Estado	x		x		
ONG/Mutuales/Obras sociales					
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad					

Con respecto a la existencia de programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria dirigidas a esta prestación, vemos que en el caso de Costa Rica se otorgan diversos tipos de subsidios para su apoyo.

Cuadro 23.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Nicaragua	Panamá
Sí, enfermería					
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.					
Sí, viandas, comida					
Sí, subsidios varios	x				
Sí, servicio de teleasistencia					
Sí, otras opciones					x
No			x		

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que este tipo de prestación cubre hasta un 5 % de población en Panamá, entre un 6 % al 10 % de población urbana tanto de Costa Rica como de Guatemala. Con respecto a la población rural, ambos países indican que cubre hasta el 5 % de ese tipo de población.

A-3. *Cuidados a domicilio a intervalo crítico es decir de tiempo completo (cuidados de 24 horas)*

Sólo Costa Rica indica la existencia de esta modalidad de atención y el cuidador que principalmente lleva adelante la tarea suele ser el personal doméstico, financiado fundamentalmente por las familias de las personas mayores.

Cuadro 24. Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Nicaragua	Panamá
Informal (familia, grupo primario)					
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)	x				
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)					
Combinado (informal/formal)					

Cuadro 25. Quién financia la atención

Atención financiada por...	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Nicaragua	Panamá
Familia	x				
Estado					
ONG/Mutuales/Obras sociales					
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad					

Con respecto a la existencia de programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria en Costa Rica indican que se trata de apoyo alimentario a partir de viandas o comida y también de subsidios de distinto tipo.

Cuadro 26.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Nicaragua	Panamá
Sí, enfermería					
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.					
Sí, viandas, comida	x				
Sí, subsidios varios	x				
Sí, servicio de teleasistencia					
Sí, otras opciones					
No					

Este tipo de prestación cubre a un 5 % de población urbana y rural.

A-4. *Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio*

Los programas de apoyo a cuidadores destacan en Costa Rica y Honduras en la formación y capacitación de los cuidadores informales y formales (auxiliares gerontológicos).

Cuadro 27.
Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio

Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Nicaragua	Panamá
Estudios de sobrecarga del cuidador (por ej., índice de Zarit)					
Orientación para el tratamiento de la sobrecarga y formas de intervención					
Derivación para la atención y contención de los cuidadores					
Formación y capacitación de los cuidadores informales (familia/grupo primario)	x	x			
Formación y capacitación de los cuidadores formales (auxiliares gerontológicos)	x	x			
Derivación de los asistidos a instituciones de respiro					
Otros programas					
No hay este tipo de programas			x	x	x

Región México y el Caribe Latino

Cuba, Guadalupe, Haití, México y República Dominicana

A - Cuidados a domicilio

A-1. *Cuidados a domicilio a intervalo largo (ayuda parcial, una o dos veces por semana o menos)*

En esta región respondieron los informantes calificados de Cuba, México y República Dominicana e indicaron que en su país existe la modalidad de prestación/servicios de cuidados a domicilio a intervalo largo.

En relación con el tipo de cuidador que lleva adelante principalmente la tarea, vemos que en los países analizados el cuidado de las personas de mayor edad está a cargo de una combinación de cuidadores informales y formales (Cuadro 28).

Cuadro 28. Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Cuba	México	República Dominicana
Informal (familia, grupo primario)			
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)			
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)			
Combinado (informal/formal)	x	x	x

Al indagar sobre el financiamiento (Cuadro 29) de este tipo de atención para las personas mayores, resulta que en Cuba se encuentra compartido entre la familia y el Estado; en México, está a cargo de las familias, y en República Dominicana lo hacen el Estado y el sistema privado.

Cuadro 29. Quién financia la atención

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia	x	x	
Estado	x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales			
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Con respecto a los programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, observamos que en los tres países se utiliza el aporte de auxiliares gerontológicos, Cuba indica el servicio de acompañamiento, de viandas y otras opciones, mientras que en República Dominicana se indica el apoyo con subsidios de distinto tipo.

Cuadro 30.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Cuba	México	República Dominicana
Sí, asistente gerontológico	x	x	x
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.	x		
Sí, viandas, comida	x		
Sí, subsidios varios			x
Sí, servicio de teleasistencia			
Sí, otras opciones	x		
No			

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que este tipo de prestación cubre del 6 % al 10 % de población urbana para México y República Dominicana. Con respecto a la población rural, México indica que cubre hasta el 5 % y República Dominicana estima que estaría por encima del 11 %.

A-2. *Cuidados a domicilio de intervalo corto*
(Intervención parcial diaria o más de una vez por día)

Los tres países señalan que existe la prestación de cuidados a domicilio de intervalo corto e indican que el cuidado se encuentra a cargo de cuidadores informales y formales para el caso de Cuba y de auxiliares gerontológicos para México y República Dominicana.

Cuadro 31.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Cuba	México	República Dominicana
Informal (familia, grupo primario)			
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)			
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)		x	x
Combinado (informal/formal)	x		

Por su parte, el financiamiento de esta modalidad se comparte entre la familia y el Estado cubano; en México está a cargo de las familias y en República Dominicana lo hacen el Estado y los privados (Cuadro 32).

Cuadro 32.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia	x	x	
Estado	x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales			
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Los tres países comparten la enfermería como apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria de las personas mayores. Se agregan, en el caso de Cuba, el acompañamiento, la alimentación y los subsidios.

Cuadro 33.
Programas de apoyo para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Cuba	México	República Dominicana
Sí, enfermería	x	x	x
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.	x		
Sí, viandas, comida	x		
Sí, subsidios varios	x		
Sí, servicio de teleasistencia			
Sí, otras opciones	x		
No			

La población urbana cubierta es menor del 5 % para ambos países. En relación con la población rural, la informante de República Dominicana indica el mismo guarismo: menor del 5 %.

A – 3 - *Cuidados a domicilio a intervalo crítico es decir de tiempo completo (cuidados de 24 horas)*

Cuba, México y República Dominicana,informan que poseen este tipo de prestación.

Cuadro 34.
Tipo de cuidador

Tipo de cuidador	Cuba	México	República Dominicana
Informal (familia, grupo primario)	x		
Formal sin capacitación específica (pers. domést.)			
Formal con capacitación (auxiliar gerontológico)		x	
Combinado (informal/formal)			x

En relación con los cuidados a domicilio de 24 horas, se observa en el Cuadro 34 que en Cuba los prestan los cuidadores informales, en República Dominicana se brindan en forma cooperativa entre cuidadores informales y formales y en México se indica la atención formal como característica.

Al indagar sobre el financiamiento de este tipo de atención (Cuadro 35), vemos que se mantiene el mismo esquema que en los casos anteriores. Es decir, familia y Estado para el caso de Cuba, familia para el caso de México y el Estado o privados para República Dominicana.

Cuadro 35.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia	x	x	
Estado	x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales			
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Al focalizar la existencia de programas de apoyo para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, nuevamente destaca la enfermería para los tres países, las viandas compartidas por Cuba y República Dominicana y el acompañamiento más subsidios para Cuba.

Cuadro 36.
Programas de apoyo
para AIVD y ABVD

Programas de apoyo para AIVD y ABVD	Cuba	México	República Dominicana
Sí, enfermería	x	x	x
Sí, acompañamiento para salidas, baño, compras, traslado, etc.	x		
Sí, viandas, comida	x		x
Sí, subsidios varios	x		
Sí, servicio de teleasistencia			
Sí, otras opciones	x		
No			

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que con respecto a la cobertura poblacional en el caso de República Dominicana sería menor del 5 % de población urbana y entre el 6 % y 10 % de población rural.

A-4. *Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio*

Entre los programas de apoyo a los cuidadores en domicilio destacan la formación y la capacitación de auxiliares gerontológicos en los tres países. Los estudios de sobrecarga del cuidador y la derivación para su atención y contención, son tenidos en cuenta en Cuba y México. Los cuidadores informales son capacitados en Cuba y República Dominicana y otros programas se consideran en Cuba.

Cuadro 37.
Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio

Programas de apoyo a los cuidadores en domicilio	Cuba	México	República Dominicana
Estudios de sobrecarga del cuidador (por ej., índice de Zarit.)	x	x	
Orientación para el tratamiento de la sobrecarga y formas de intervención.	x		
Derivación para la atención y contención de los cuidadores	x	x	
Formación y capacitación de los cuidadores informales (familia/grupo primario)	x		x
Formación y capacitación de los cuidadores formales (auxiliares gerontológicos)	x	x	x
Derivación de los asistidos a instituciones de respiro	x		
Otros programas	x		
No hay este tipo de programas			
NS			

Región Cono Sur

Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay

B. Cuidados institucionales ambulatorios o comunitarios

B-1. Centros de Día Sociales

Los cinco países de la Región Cono Sur dan cuenta positivamente de la existencia de Centros de Día Sociales. En estos centros se prestan servicios de enfermería para el caso de Argentina y Paraguay; de cuidados personales en Argentina, Brasil, Chile y Paraguay. Las actividades sociorrecreativas se otorgan en los cinco países de la Región al igual que las prestaciones alimentarias.

Cuadro 38.
Tipo de prestación
para Centros de Día Sociales

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Enfermería	x			x	
Cuidados personales	x	x	x	x	
Sociales y recreativas	x	x	x	x	x
Prestaciones alimentarias	x	x	x	x	x
Otras prestaciones	x				
NS/NC					

Los Centros de Día Sociales se caracterizan por ser instituciones con distinto tipo de dependencia, tal como puede observarse en el Cuadro 39. Todos los países refieren que estos centros pueden ser públicos o privados. Dependientes de organismos comunitarios se encuentran en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay en tanto que, con dependencia mixta, lo refieren Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Cuadro 39.
Dependencia institucional
de los Centros de Día Sociales

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Públicas	x	x	x	x	x
Privadas	x	x	x	x	x
Comunitarias	x	x	x		x
Mixtas		x	x	x	x

Dada la variabilidad de la dependencia institucional de los Centros de Día Sociales, su financiamiento también registra múltiples posibilidades tal como se observa en el Cuadro 40.

Cuadro 40.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x	x	x	x	
Estado	x	x	x	x	x
ONG/Mutuales/Obras sociales	x	x	x		x
Privado	x	x	x		x
Cualquier combinación de las anteriores	x	x	x		x
Otra modalidad					

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que con respecto a la población de origen urbano cubierta, Argentina, Brasil y Uruguay indican que sus porcentajes son menores al 5 %; Chile y Paraguay afirman que esta prestación puede llegar hasta el 25 % de la población urbana. Con respecto a la población rural, ésta no alcanza al 5 % para todos los casos.

*B-2. Centros de Día sociosanitarios
(para asistir a pacientes con dependencia,
mientras tengan movilidad para su traslado)*

Con respecto a los centros diurnos sociosanitarios, en todos los países del Cono Sur indican su existencia. En Argentina, Brasil, Chile y Paraguay estos centros brindan atención médica y enfermería; cuidados personales; estimulación cognitiva, entrenamiento de la funcionalidad; actividades so-

ciales y recreativas, en estas actividades se suma Uruguay. En cuanto a las prestaciones alimentarias son declaradas por Argentina, Brasil y Uruguay.

Cuadro 41.
Tipo de prestación
para Centros de Día Sociosanitarios

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Atención médica y enfermería	x	x	x	x	
Cuidados personales	x	x	x	x	
Estimulación cognitiva	x	x	x	x	
Entrenamiento de la funcionalidad	x	x	x	x	
Sociales y recreativas	x	x	x	x	x
Prestaciones alimentarias	x	x			x
Otras prestaciones		x			
NS/NC					

Al igual que los Centros Diurnos Sociales, la dependencia institucional registra varias modalidades, según los países, que van desde públicas a privadas y comunitarias. En tanto que el financiamiento registra la variabilidad con relación al amplio espectro de dependencia que muestran este tipo de instituciones.

Cuadro 42.
Dependencia institucional
de los Centros de Día Sociosanitarios

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Públicas	x	x	x	x	x
Privadas	x		x	x	x
Comunitarias	x				x
Mixtas		x	x		x

Cuadro 43.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x			x	
Estado	x	x	x	x	x
ONG/Mutuales/Obras sociales	x		x		x
Privado	x		x		x
Cualquier combinación de las anteriores	x	x			x
Otra modalidad					

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados respondieron que respecto a la población de origen urbano cubierta por la prestación de referencia, Argentina, Brasil y Uruguay indican que sus porcentajes

son menores al 5 %; Chile menciona que esta prestación puede llegar hasta el 25 % de la población urbana y Paraguay hasta un 10 % de la misma. La población rural no alcanza el 5 % para todos los casos.

B-3. *Hospital de Día*

(para asistir a pacientes con fragilidad o dependencia⁴⁰ que requieren de rehabilitación física o estimulación cognitiva)

En relación con el Hospital de Día, vemos que Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay indican su existencia. No es el caso de Chile, que no posee este tipo de prestación.

Argentina, Brasil y Uruguay indican que en los Hospitales de Día se brinda atención médica y de enfermería, controles de laboratorio. Con respecto a la rehabilitación motora, la estimulación cognitiva y el entrenamiento de la funcionalidad, a los países mencionados se suma también Paraguay.

⁴⁰ “El estado de fragilidad supone la ausencia de capacidades funcionales y la merma o disminución en dos de los siguientes dominios: sensorio-motor; locomoción, metabolismo energético, memoria y capacidad física. Una persona frágil puede realizar sola la mayoría de las actividades básicas de la vida cotidiana. La dependencia funcional se define por la incapacidad de cumplir con las actividades básicas de la vida cotidiana sin la ayuda de otros (vestirse, higienizarse, comer y cortar alimentos, acostarse, levantarse y desplazarse en el interior del domicilio).” Lalive d’Epinay y Cavalli, *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*, Presses Polytechniques/Universitaires Romandes, Lausanne, 2013, pp. 27-29. Traducción propia.

Cuadro 44.
Tipo de prestación
para Hospitales de Día

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Atención médica y enfermería	x	x			x
Controles de laboratorio	x	x			x
Rehabilitación motora	x	x		x	x
Estimulación cognitiva	x	x		x	x
Entrenamiento de la funcionalidad (ABVD)	x	x		x	x
Otras prestaciones					
NS/NC					

La dependencia de los Hospitales de Día puede ser pública para los cuatro países —Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay—, en tanto que privada para los tres primeros, tal como se observa en el Cuadro 45.

Cuadro 45.
Dependencia institucional
de los Hospitales de Día

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Públicas	x	x		x	x
Privadas	x	x		x	
Comunitarias					
Mixtas					

Cuadro 46.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x	x		x	x
Estado	x	x		x	
ONG/Mutuales/Obras sociales	x	x			
Privado	x	x			
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad					

Argentina, Brasil y Uruguay indican que se cubre con esta prestación, hasta el 5 % de población urbana y/o rural. Paraguay indica que podría cubrir hasta el 25 % de población urbana y el 5 % de rural.

Región Andina

Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

B. Cuidados institucionales ambulatorios o comunitarios

B-1. Centros de Día Sociales

Colombia, Ecuador y Perú indican tener en sus países Centro de Día Sociales. Estos tres países indican a la enfermería y a las actividades sociales y recreativas como actividades en común. Los cuidados personales son indicados por Ecuador y Perú, en tanto que, las prestaciones alimentarias son compartidas por Colombia y Perú.

Cuadro 47.
Tipo de prestación
para Centros de Día Sociales

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Enfermería		x	x	x
Cuidados personales			x	x
Sociales y recreativas		x	x	x
Prestaciones alimentarias		x		x
Otras prestaciones				
NS/NC				

En relación con la dependencia institucional, Colombia indica todas las alternativas posibles. Ecuador informa que son comunitarias y Perú que pueden ser públicas o privadas.

Cuadro 48.
Dependencia institucional
de los Centros de Día Sociales

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Públicas		x		x
Privadas		x		x
Comunitarias		x	x	
Mixtas		x		

En Colombia, el financiamiento puede ser por parte de la familia, el Estado o privado y su combinatoria. Para Ecuador, el Estado o las organizaciones no gubernamentales, mutuales u obras sociales y en Perú nos indican que el Estado o privado son sus alternativas de financiamiento.

Cuadro 49.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		
Estado	x		x	x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x	
Privado		x		x
Cualquier combinación de las anteriores		x		
Otra modalidad				

En todos los casos la población atendida, sea urbana o rural, llega hasta el 5 % del total.

*B-2. Centros de Día sociosanitarios
(para asistir a pacientes con dependencia,
mientras tengan movilidad para su traslado)*

Colombia y Perú indicaron tener Centros de Día Sociosanitarios, no es así en Bolivia y Ecuador que negaron su existencia.

En cuanto al tipo de prestación otorgada tanto Colombia como Perú compartieron la atención médica y de enfermería, los cuidados personales, la estimulación cognitiva, las actividades sociales y recreativas y las prestaciones alimentarias. Colombia indicó realizar entrenamientos de la funcionalidad.

Cuadro 50.
Tipo de prestación
para Centros de Día Sociosanitarios

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Atención médica y enfermería		x		x
Cuidados personales		x		x
Estimulación cognitiva		x		x
Entrenamiento de la funcionalidad		x		
Sociales y recreativas		x		x
Prestaciones alimentarias		x		x
Otras prestaciones				
NS/NC				

Para Colombia y Perú estas instituciones tienen dependencia pública. Colombia reconoce que también pueden ser públicas y privadas.

Cuadro 51.
Dependencia institucional
de los Centros de Día Sociosanitarios

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Públicas		x		x
Privadas		x		
Comunitarias		x		
Mixtas				

El financiamiento es múltiple para el caso de Colombia, tal como se describe en el Cuadro 52, en tanto que para Perú, la familia y el Estado son quienes sostienen esta prestación para los adultos mayores de su país.

Cuadro 52.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		x
Estado		x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales		x		
Privado		x		
Cualquier combinación de las anteriores		x		
Otra modalidad				

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que la población atendida en Perú es menor del 5 %, tanto urbana como rural.

B-3. Hospital de Día
 (para asistir a pacientes con fragilidad
 o dependencia que requieren de rehabilitación
 física o estimulación cognitiva)

La prestación de Hospital de Día es reconocida por Ecuador y Perú. Para Ecuador en esta institución se presta atención médica y de enfermería. Además de esta prestación en Perú se lleva adelante rehabilitación motora, entrenamiento de la funcionalidad y otras prestaciones.

Cuadro 53.
Tipo de prestación
para Hospitales de Día

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Atención médica y enfermería			x	x
Controles de laboratorio				
Rehabilitación motora				x
Estimulación cognitiva				
Entrenamiento de la funcionalidad (ABVD)				x
Otras prestaciones				x
NS/NC				

Cuadro 54.
Dependencia institucional
de los Hospitales de Día

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Públicas			x	x
Privadas				x
Comunitarias			x	
Mixtas				

La dependencia de los Hospitales de Día es pública para ambos países. Ecuador informa tener comunitarios y Perú, privados. El Estado y las ONG, mutuales u obras sociales financian esta prestación en Ecuador y en Perú lo hace el Estado y la familia.

Cuadro 55.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia				x
Estado			x	x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x	
Privado				
Cualquier combinación de las anteriores				
Otra modalidad				

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que para Ecuador la población urbana atendida registra hasta el 5 % de los adultos mayores. En el caso de Perú, esta población alcanza hasta el 10 % en tanto, que la población rural llega hasta el 5 %.

Región Centroamérica

Costa Rica, El Salvador, Guatemala,
Honduras, Nicaragua y Panamá

B. Cuidados institucionales ambulatorios o comunitarios

B-1. Centros de Día Sociales

Costa Rica y Panamá fueron los países de la Región Centroamérica que indicaron tener Centros de Día Sociales. No los reconocen como prestación Guatemala, Honduras y Nicaragua. Como vemos en el siguiente cuadro, en Costa Rica se brindan los servicios de cuidados personales, actividades recreativas y prestaciones alimentarias en los Centros de Día Sociales. Panamá nos indica que son las actividades socio-recreativas las que se llevan adelante en este tipo de instituciones locales.

Cuadro 56.
Tipo de Prestación
para Centros de Día Sociales

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Enfermería					
Cuidados personales	x				
Sociales y recreativas	x				x
Prestaciones Alimentarias	x				
Otras prestaciones					
NS/NC					

Cuadro 57.
Dependencia Institucional
de los Centros de Día Sociales

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Públicas	x				x
Privadas					
Comunitarias	x				
Mixtas					

Se trata de instituciones públicas y/o comunitarias para Costa Rica y públicas para Panamá. En el primer país las financia el Estado y la familia. En Panamá lo hace el Estado.

Cuadro 58.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Familia	x				
Estado	x				x
ONG/Mutuales/Obras sociales					
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad					

La población cubierta en Nicaragua es menor del 5 % de la población.

B-2. *Centros de Día sociosanitarios*
 (para asistir a pacientes con dependencia,
 mientras tengan movilidad para su traslado)

Guatemala y Honduras son los dos países que declararon tener Centros de Día Sociosanitarios. Costa Rica, Nicaragua y Panamá indicaron que no tienen este tipo de instituciones.

Guatemala señala que allí se brinda atención médica y enfermería y también prestaciones sociales y recreativas, las cuales son públicas y se financian a través del Estado. En Honduras, la dependencia es de tipo mixta y la financian las ONG, mutuales u obras sociales.

Cuadro 59.
Tipo de prestación
para Centros de Día Sociosanitarios

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Atención médica y enfermería		x			
Cuidados personales					
Estimulación cognitiva					
Entrenamiento de la funcionalidad					
Sociales y recreativas		x			
Prestaciones alimentarias					
Otras prestaciones					
NS/NC			x		

Cuadro 60.
Dependencia de la Institución
al de los Centros de Día Sociosanitario

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Públicas		x			
Privadas					
Comunitarias					
Mixtas			x		

Cuadro 61.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Familia					
Estado		x			
ONG/Mutuales/Obras sociales			x		
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad		x			

La población atendida es menor al 5 % en ambos países.

*B-3 Hospital de Día
(para asistir a pacientes con fragilidad
o dependencia que requieren de rehabilitación
física o estimulación cognitiva.)*

Con respecto a los Hospitales de Día, estos son reconocidos en Costa Rica y Honduras. En Costa Rica, en ellos, se brinda atención médica, controles de laboratorio, rehabilitación motora, estimulación cognitiva, entrenamiento de la funcionalidad entre otras opciones.

**Cuadro 62.
Tipo de Prestación
para Hospitales de Día**

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Atención médica y enfermería	x				
Controles de laboratorio	x				
Rehabilitación motora	x				
Estimulación cognitiva	x				
Entrenamiento de la funcionalidad (ABVD)	x				
Otras prestaciones	x				
NS/NC			x		

Los hospitales de día son instituciones públicas en Costa Rica y Comunitarias en Honduras.

Cuadro 63.
Dependencia Institucional
de los Hospitales de Día

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Públicas	x				
Privadas					
Comunitarias			x		
Mixtas					

Financiados por el Estado de Costa Rica y por ONG/Mutuales/Obras sociales en Honduras.

Cuadro 64.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Familia					
Estado	x				
ONG/Mutuales/Obras sociales			x		
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad					

Honduras indica que esta prestación cubre a menos del 5 % de población urbana y rural.

Región México y el Caribe Latino

Cuba, Guadalupe, Haití, México y República Dominicana

B. Cuidados institucionales ambulatorios o comunitarios

B-1. Centros de Día Sociales

En el caso de la Región México y el Caribe Latino, los tres países que han participado en este estudio indican tener Centros de Día Sociales. Se trata de Cuba, México y República Dominicana.

Las prestaciones de enfermería, cuidados personales, actividades sociorrecreativas y alimentarias son propias de los Centros que se ubican en Cuba y República Dominicana. México indica que en su país se prestan cuidados personales y actividades sociorrecreativas. Tal como se indica en el Cuadro 65.

Cuadro 65.
Tipo de prestación
para Centros de Día Sociales

	Cuba	México	República Dominicana
Enfermería	x		x
Cuidados personales	x	x	x
Sociales y recreativas	x	x	x
Prestaciones alimentarias	x		x
Otras prestaciones	x		
NS/NC			

Cuba y República Dominicana indican que estas instituciones son públicas y o comunitarias. México reconoce además de las públicas, aquellas que son del ámbito privado.

Cuadro 66.
Dependencia institucional
de los Centros de Día Sociales

	Cuba	México	República Dominicana
Públicas	x	x	x
Privadas		x	
Comunitarias	x		x
Mixtas	x		

En el siguiente cuadro, vemos que el financiamiento en Cuba, es exclusivamente por parte del Estado. México indica que la familia y ONG/Mutuales/Obras sociales son sus financiadores y, por último, República Dominicana indica que el Estado y el ámbito privado son los responsables de la actividad.

Cuadro 67.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia		x	
Estado	x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales		x	
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			x
Otra modalidad			

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que México cubre entre el 6 % y 10 % de población urbana y menos del 5 % de población rural. En el caso de República Dominicana se invierten los porcentajes, en efecto se trata de menos del 5 % de población urbana y entre el 6 % y 10 % de población rural.

*B-2. Centros de Día sociosanitarios
(para asistir a pacientes con dependencia,
mientras tengan movilidad para su traslado)*

Cuba y República Dominicana nos indican que tienen Centros de Día Sociosanitarios. México no posee este tipo de servicio. Las prestaciones que brindan corresponden a atención médica y enfermería, sociales y recreativas y alimentarias para República Dominicana y Cuba. En este último país, tal como podemos ver en el siguiente cuadro, se agregan los cuidados personales, la estimulación cognitiva y el entrenamiento de la funcionalidad.

Cuadro 68.
Tipo de prestación
para Centros de Día Sociosanitarios

	Cuba	México	República Dominicana
Atención médica y enfermería	x		x
Cuidados personales	x		
Estimulación cognitiva	x		
Entrenamiento de la funcionalidad	x		
Sociales y recreativas	x		x
Prestaciones alimentarias	x		x
Otras prestaciones	x		
NS/NC			

En cuanto a la dependencia institucional ambos países indican que estos Centros son públicos y/o comunitarios, presentando una modalidad mixta en el caso de Cuba.

Cuadro 69.
Dependencia Institucional
de los Centros de Día Sociosanitarios

	Cuba	México	República Dominicana
Públicas	x		x
Privadas			
Comunitarias	x		x
Mixtas	x		

La familia y el Estado financian estas instituciones en Cuba en tanto que para República Dominicana lo hacen la familia, el sistema de ONG/Mutuales/Obras sociales o formas privadas de financiamiento.

Cuadro 70.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia	x		x
Estado	x		
ONG/Mutuales/Obras sociales			x
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas indicaron que, en República Dominicana, la población cubierta se trata de menos del 5 % de población urbana y entre un 6 % y un 10 % de población rural.

B-3. Hospital de Día

(para asistir a pacientes con fragilidad o dependencia que requieren de rehabilitación física o estimulación cognitiva)

Los Hospitales de Día son ofrecidos en Cuba y República Dominicana; México carece de este tipo de instituciones. Ambos países, Cuba y República Dominicana, comparten los tipos de prestación ofrecidos a las personas adultas mayores en los Hospitales de Día: atención médica y enfermería, controles de laboratorio, rehabilitación motora, estimulación cognitiva, entrenamiento de la funcionalidad, entre otras.

Cuadro 71.
Tipo de Prestación
para Hospitales de Día

	Cuba	México	República Dominicana
Atención médica y enfermería	x		x
Controles de laboratorio	x		x
Rehabilitación motora	x		x
Estimulación cognitiva	x		x
Entrenamiento de la funcionalidad (ABVD)	x		x
Otras prestaciones	x		
NS/NC			

Estas instituciones son públicas o comunitarias para ambos países agregándose la modalidad de privadas para el caso de República Dominicana.

Cuadro 72.
**Dependencia institucional
de los Hospitales de Día**

	Cuba	México	República Dominicana
Públicas	x		x
Privadas			x
Comunitarias	x		x
Mixtas			

El financiamiento está a cargo del Estado cubano mientras que en República Dominicana intervienen la familia, el Estado, el sistema de ONG/Mutuales/Obras sociales, los privados o su combinación.

Cuadro 73.
Quién financia la atención

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia			x
Estado	x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			x
Otra modalidad			

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que en República Dominicana la población cubierta se trata de menos del 5 % de población urbana y entre el 6 % y 10 % de población rural.

Región Cono Sur

Argentina, Brasil, Chile,
Paraguay y Uruguay

C - Cuidados institucionales residenciales protegidos

C-1. Programas de viviendas tuteladas

Como puede observarse en el siguiente cuadro existe una gran variabilidad en este tipo de prestaciones, tanto entre países como localmente en cada uno de ellos.

Cuadro 74.
Tipo de vivienda tutelada

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Viviendas colaborativas (<i>cohousing</i>)	x	x			
Condominio de viviendas tuteladas (centro comunitario, enfermería, apoyo en general, provisión de comidas)	x	x	x		
Hotel asistido (provisión de comidas, lavandería, servicios varios, recreación.)	x	x	x		
Vivienda en comodato (para autoválidos con necesidades sociales)	x	x	x	x	
Viviendas protegidas (servicios centrales)	x	x	x		
Otra modalidad		x	x	x	
No existen este tipo de modalidades de atención					x
NS/NC					

Con respecto a las viviendas colaborativas, conocidas como *cohousing* fueron nominadas en Argentina y Brasil, éstas son financiadas por la familia, ONG/Mutuales/Obras sociales o el sistema privado para el primero y cualquier combinación de financiamiento en el caso de Brasil.

Cuadro 75.
Quién financia la atención de viviendas colaborativas

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x				
Estado					
ONG/Mutuales/Obras sociales	x				
Privado	x				
Cualquier combinación de las anteriores		x			
Otra modalidad		x			

Con respecto al sistema de condominio de viviendas tuteladas (centro comunitario, enfermería, apoyo en general, provisión de comidas) fueron Argentina, Brasil y Chile quienes reconocen esta propuesta. Son financiadas por la familia y las ONG/Mutuales/Obras sociales en Argentina y Chile; por el Estado en Brasil y Chile y por el sistema privado en Argentina y Brasil.

Cuadro 76.
Quién financia la atención
de condominio de viviendas tuteladas

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x		x		
Estado		x	x		
ONG/Mutuales/Obras sociales	x		x		
Privado	x	x			
Cualquier combinación de las anteriores		x			
Otra modalidad					

En cuanto a la modalidad denominada Hotel asistido, Argentina, Brasil y Chile indican que se presta este tipo de servicio y son financiados por la familia y el sistema privado en Argentina y Chile, por ONG/Mutuales/Obras sociales en Argentina y por cualquier combinación en Brasil.

Cuadro 77.
Quién financia la atención
del hotel asistido

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familias	x		x		
Estado					
ONG/Mutuales/Obras sociales	x				
Privado	x		x		
Cualquier combinación de las anteriores		x			
Otra modalidad					

El cuadro siguiente nos indica quién financia las viviendas en comodato que fueron reconocidas por Argentina, Brasil, Chile y Paraguay. En este sentido, Chile y Paraguay indican que la familia es un financiador para este tipo de servicio; en Argentina, Brasil y Chile, es el Estado. Argentina indica que el sistema de ONG/Mutuales/Obras sociales tiene injerencia en este tipo de prestación y en el ámbito privado se ofrece en Paraguay.

Cuadro 78.
Quién financia la atención
de vivienda en comodato

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia			x	x	
Estado	x	x	x		
ONG/Mutuales/Obras sociales	x				
Privado				x	
Cualquier combinación de las anteriores		x			
Otra modalidad			x		

Con respecto a las viviendas protegidas, Argentina indica que se trata de una oferta estatal; en Brasil, lo puede hacer una combinación de instituciones; en Chile, otro tipo de instituciones se hacen cargo de este financiamiento.

Cuadro 79.
Quién financia la atención
de vivienda protegidas

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia					
Estado	x				
ONG/Mutuales/Obras sociales					
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores		x			
Otra modalidad			x		

Otras modalidades de viviendas tuteladas son indicadas por Brasil, Chile y Paraguay.

Cuadro 80.
Quién financia otras modalidades
de viviendas tuteladas

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia				x	
Estado					
ONG/Mutuales/Obras sociales					
Privado				x	
Cualquier combinación de las anteriores		x			
Otra modalidad			x		

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que para Argentina y Brasil, las viviendas protegidas cubren hasta un 5 % de población. En el caso de Chile y Paraguay, entre un 6 % y un 25 % de la población urbana, en tanto que Chile indica cubrir hasta un 5 % de su población rural.

Uno de los informantes calificados de Argentina nos señaló que: “Las iniciativas referidas de tipo cohousing, viviendas tuteladas, etc., son verdaderamente escasas”.

Región Andina

Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

C. Cuidados institucionales residenciales protegidos

C-1. Programas de viviendas tuteladas

En la Región Andina, sólo Colombia nos indica ofrecer programas de viviendas colaborativas, tuteladas y de hotel asistido.

Cuadro 81.
Tipo de vivienda tutelada

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Viviendas colaborativas (<i>cohousing</i>)		x		
Condominio de viviendas tuteladas (centro comunitario, enfermería, apoyo en general, provisión de comidas)		x		
Hotel asistido (provisión de comidas, lavandería, servicios varios, recreación.)		x		
Vivienda en comodato (para autoválidos con necesidades sociales)				
Viviendas protegidas (servicios centrales)				
Otra modalidad				
No existen este tipo de modalidades de atención	x		x	x
NS/NC				

Vemos que las viviendas colaborativas son financiadas por la familia, el sistema de ONG/mutuales/obras sociales o privado.

Cuadro 82.
Quién financia la atención
de viviendas colaborativas

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		
Estado				
ONG/Mutuales/Obras sociales		x		
Privado		x		
Cualquier combinación de las anteriores				
Otra modalidad				

Un sistema compartido de financiamiento se ocupa de los condominios de viviendas tuteladas. En tanto que la familia o los privados financian los Hoteles Asistidos en Colombia.

Cuadro 83.
**Quién financia la atención de condominio
de viviendas tuteladas**

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		
Estado		x		
ONG/Mutuales/Obras sociales		x		
Privado		x		
Cualquier combinación de las anteriores		x		
Otra modalidad				

Cuadro 84.
Quién financia la atención de Hotel Asistido

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		
Estado				
ONG/Mutuales/Obras sociales				
Privado		x		
Cualquier combinación de las anteriores				
Otra modalidad				

Región Centroamérica

Costa Rica, El Salvador, Guatemala,
Honduras, Nicaragua y Panamá

C. Cuidados institucionales residenciales protegidos

C-1. Programas de viviendas tuteladas

Cuadro 85.
Tipo de vivienda tutelada

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Viviendas colaborativas (<i>cohousing</i>)					
Condominio de viviendas tuteladas (centro comunitario, enfermería, apoyo en general, provisión de comidas)				x	
Hotel asistido (provisión de comidas, lavandería, servicios varios, recreación)					
Vivienda en comodato (para autoválidos con necesidades sociales)				x	
Viviendas protegidas (servicios centrales)					
Otra modalidad					
No existen este tipo de modalidades de atención	x	x	x		x
NS/NC					

Nicaragua indica tener condominios de viviendas tuteladas y también viviendas en comodato. Las primeras pueden ser financiadas por el Estado nicaragüense u ONG/ Mutuales/Obras sociales.

Cuadro 86.
**Quién financia la atención de condominio
 de viviendas tuteladas**

Atención financiada por...	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Familia					
Estado				x	
ONG/Mutuales/Obras sociales				x	
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad					

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que en Nicaragua entre un 11 % y 25 % de la población urbana es asistida con este tipo de viviendas tuteladas y menos del 5 % es población rural.

Región México y el Caribe Latino

Cuba, Guadalupe, Haití, México y República Dominicana

C. Cuidados institucionales residenciales protegidos

C-1. Programas de viviendas tuteladas

Cuadro 87.
Tipo de vivienda tutelada

	Cuba	México	República Dominicana
Viviendas colaborativas (<i>cohousing</i>)			x
Condominio de viviendas tuteladas (centro comunitario, enfermería, apoyo en general, provisión de comidas)			x
Hotel asistido (provisión de comidas, lavandería, servicios varios, recreación.)			x
Vivienda en comodato (para autoválidos con necesidades sociales)			
Viviendas protegidas (servicios centrales)			x
Otra modalidad			
No existen este tipo de modalidades de atención	x		
NS/NC		x	

República Dominicana indica tener viviendas colaborativas, condominios de viviendas tuteladas, hotel Asistido y viviendas protegidas que son financiadas por las familias, el Estado, las ONG/Mutuales/Obras sociales y el sistema privado.

Cuadro 88.
Quién financia la atención
de viviendas colaborativas

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia			x
Estado			x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Cuadro 89.
Quién financia la atención de Condominio
de Viviendas Tuteladas

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia			x
Estado			x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Cuadro 90.
Quién financia la atención
de Hotel Asistido

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia			x
Estado			x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Cuadro 91.
Quién financia la atención
de Viviendas Protegidas

Atención financiada por...	Cuba	México	República Dominicana
Familia			x
Estado			x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

Ante la pregunta sobre qué porcentaje de la población adulta mayor urbana y/o rural, estima que fue atendida en este tipo de prestación en su país, las respuestas de los encuestados indicaron que en República Dominicana utilizan este tipo de viviendas protegidas aproximadamente entre un 6 % y 10 % de la población urbana y menos del 5 % de su población rural.

Cono Sur

**Argentina, Brasil, Chile,
Paraguay y Uruguay**

D. Cuidados institucionales residenciales de larga estadía (24 horas de enfermería/población dependiente)

Todos los países que conforman la Región Cono Sur prestan cuidados institucionales de larga estadía. Estas instituciones brindan múltiples prestaciones en casi todos los países enunciados, tal como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

Cuadro 92.
Tipo de prestaciones que ofrecen
los cuidados institucionales de larga estada

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Atención médica (especializada)	x	x	x	x	x
Atención de enfermería 24 horas	x	x	x	x	
Controles de laboratorio	x			x	
Prestaciones de rehabilitación	x	x	x	x	
Terapia ocupacional	x	x	x	x	
Talleres diversos	x	x	x	x	x
Gimnasia	x	x	x	x	x
Actividades recreativas	x	x	x	x	x
Nutrición	x	x	x	x	
Hotelería y limpieza	x	x	x	x	x
Servicio religioso	x	x	x	x	x
Servicios sociales	x	x	x	x	
Otros servicios	x				
Ninguno					
NS/NC					

Para Argentina, Brasil y Chile la dependencia puede ser de tipo pública, privada o comunitaria; en Uruguay, públicas o privadas; en Paraguay, sólo son privadas.

Cuadro 93.
Dependencia institucional

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Públicas	x	x	x		x
Privadas	x	x	x	x	x
Comunitarias	x	x	x		
Mixtas		x	x		

Todos los países coinciden que la familia es financiadora de este tipo de instituciones. El Estado financia esta prestación en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. El sistema privado existe para Argentina, Brasil, Chile y Paraguay. En tanto que el sistema de ONG/Mutuales/Obras sociales es típico de Argentina.

Cuadro 94.
Quién financia la atención de los cuidados institucionales de larga estadía

Atención financiada por...	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Familia	x	x	x	x	x
Estado	x	x	x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales	x				
Privado	x	x	x	x	
Cualquier combinación de las anteriores		x			
Otra modalidad					

Consultados sobre la existencia de programas de capacitación permanente para el personal de las instituciones de media y larga estadía vemos que en Argentina y Paraguay existe formación destinada a profesionales en general, enfermería y de auxiliares en gerontología. Chile y Uruguay indican la capacitación para los auxiliares en gerontología en tanto que en Brasil no existen este tipo de programas.

Cuadro 95.
Programas de capacitación permanente
personal de instituciones de media y larga estadía

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Profesionales	Sí	No	No	Sí	No
Enfermería	Sí	No	No	Sí	No
Auxiliares gerontología	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Administrativos	No	No	No	N/S	No
Otros	No	No	Sí	N/S	No

Por otra parte, todos los países consideran que la cantidad de recursos humanos formados no es suficiente para una atención de calidad en estas instituciones destinadas a la atención de los adultos mayores de sus países.

Cuadro 96.
Suficiencia de la cantidad de recursos humanos formados para la atención de adultos mayores

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí					
No	x	x	x	x	x
NS/NC					

Otra de nuestras informantes calificadas de Argentina nos indica que: “existe normativa y desarrollo del sistema de atención progresiva a la dependencia, pero los recursos destinados por el Estado no alcanzan para aliviar la sobrecarga familiar y no se brindan los suficientes cuidados de baja intensidad (a intervalo largo) que disminuyan la progresión de la dependencia y den alertas. Es necesario incentivar la formación de recursos humanos profesionales y no profesionales específicos para el cuidado. Debe aplicarse en forma protocolizada la valoración gerontológica integral; es necesario aumentar las acciones de prevención a edades más tempranas para evitar la pérdida de las capacidades intrínsecas y en las personas mayores la pérdida de la autonomía tema de atención de la salud no pone énfasis en la funcionalidad”.

Al cuestionar en qué medida se utilizan los recursos institucionales para aliviar la pobreza o la dependencia, las respuestas son que en Argentina, Chile y Paraguay, se alivia la dependencia. Mitad y mitad, lo aseveran Argentina y Chile. Todas y la pobreza es indicado por Brasil y en Uruguay opinan que estas prestaciones no alivia ninguna de las dos.

Cuadro 97.
Utilización de los recursos institucionales
para aliviar la pobreza y/o la dependencia
de los adultos mayores

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Alivia la pobreza		x			
Alivia la dependencia	x		x	x	
Mitad y mitad	x		x		
Ninguna					x
Todas		x			
NS/NC					

Todos los países de la región indicaron que se realiza la evaluación gerontológica integral (biológica, psíquica/cognitiva, social y funcional) como protocolo en el sistema de atención a las personas mayores.

Cuadro 98.
Utilización de la evaluación
gerontológica integral

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí	x	x	x	x	x
No					
NS/NC					

Al consultar si se realiza el consentimiento informado y se explicitan los derechos y obligaciones a las personas mayores ingresadas en el sistema, vemos que con distinta intensidad esto se lleva adelante en todos los países del Cono Sur. En efecto, Argentina y Brasil lo hacen siempre y Chile, Paraguay y Uruguay en función del caso.

Cuadro 99.
**Utilización del consentimiento informado
 y explicitación de derechos y obligaciones**

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí, siempre	x	x			
Sí, depende de los casos			x	x	x
No					
NS/NC					

En cuanto a las directivas anticipadas de las personas mayores ingresadas en el sistema, sólo Paraguay indica que depende del caso en cuestión. El resto de los países nos informan que no se implementan estas directivas.

Cuadro 100.
Implementación de las directivas anticipadas de las personas adultas mayores

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí, siempre					
Sí, depende de los casos				x	
No	x	x			x
NS/NC			x		

Con respecto a la existencia de legislación específica en relación con el sistema de cuidados a largo plazo y atención a la dependencia, nos responden positivamente Argentina, Brasil y Uruguay.

Cuadro 101.
Existencia de legislación específica

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí	x	x			x
No				x	
NS/NC			x		

Los informantes de Argentina detallan que existe La Ley Nacional 19032 por la cual se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSS-JP) para brindar asistencia social y salud a los jubilados y

pensionados, la Ley 27360 que aprueba la Convención Interamericana de los derechos humanos de las personas mayores. Adoptada por la OEA durante la 45 Asamblea General de la OEA el 15 de junio de 2015 y la Ley 25724 que cubre requisitos nutricionales a ancianos mayores de 70 años en situación de pobreza.

Para Brasil, el Estatuto do Idoso establecido por la Ley 10.741/2003, es la legislación que tiene como objetivo garantizar, en el sistema legal brasileño, los derechos a las personas de 60 años y más. Y, por último, en Uruguay el Decreto 356/016, que reglamenta la ley N°17.066, la ley N°19.353 y la ley N°19.355 artículo 518, el cual define específicamente las condiciones exigibles de funcionamiento, articulando las competencias del Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Con referencia a la supervisión por parte de los organismos del Estado sobre los distintos servicios de cuidados ofrecidos a las personas mayores, el cuadro siguiente es indicativo de que en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay se efectúan controles de atención socio sanitaria. En Argentina y Uruguay también se llevan adelante controles de infraestructura y habilitación de los edificios y de control del medio ambiente, trato sujeciones y otros. En Paraguay no se realizan controles a estas instituciones.

Cuadro 102.
Supervisión de los organismos estatales
sobre los servicios de cuidados

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Sí, control de infraestructura y habilitación de edificios	x				x
Sí, control de atención sociosanitaria	x	x	x		x
Sí, control del medio ambiente, trato, sujeciones, etc.	x				x
Otro tipo de controles	x		x		
No				x	
NS/NC					

La informante de Chile indica que: “Si bien existen las instancia e institucionalidad para el cuidado a largo plazo de las personas mayores, éste está desarticulado y no funciona desde una coordinación integral de los distintos sistemas; varias de las prestaciones requerirían un abordaje de gestión de casos más focalizados en la persona, para evitar el desgaste desde un sistema a otro”.

En el caso de Uruguay: “sobre los establecimientos de cuidado a largo plazo, en Uruguay hay una gran heterogeneidad por lo cual es muy difícil explicitar en la generalidad como es el servicio. La mayoría son privados y van desde algunos con grandes estándares de calidad a otros que son de mucha precariedad. Públicos son sólo 5 establecimientos en todo el país”.

Región Andina

Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

D. Cuidados institucionales residenciales de larga estadía (24 horas de enfermería/población dependiente)

Ante la pregunta si existen prestaciones de Larga Estadía, los países de la Región Andina nos indicaron que existen en Bolivia, Colombia y Perú. No son reconocidas en el caso de Ecuador.

Cuadro 103.
**Existencia de Cuidados Institucionales
Residenciales de Larga Estadía**

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí	x	x		x
No			x	
No /Nc				

El Cuadro 100 nos muestra las prestaciones que ofrecen estas instituciones para los adultos mayores donde se destacan la atención médica especializada, atención de 24 horas en enfermería, rehabilitación, terapia ocupacional, actividades recreativas, nutrición, hotelería y limpieza y servicios sociales todas ellas compartidas por Bolivia, Colombia y Perú. Estos dos últimos países suman talleres diversos y, en el caso de Colombia, gimnasia y servicio religioso.

Cuadro 104.
Tipo de prestaciones que ofrecen
los Cuidados Institucionales de Larga Estadía

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Atención médica (especializada)	x	x		x
Atención de enfermería 24 horas	x	x		x
Controles de laboratorio				
Prestaciones de rehabilitación		x		x
Terapia ocupacional	x	x		x
Talleres diversos		x		x
Gimnasia		x		
Actividades recreativas	x	x		x
Nutrición	x	x		x
Hotelería y limpieza	x	x		
Servicio religioso		x		
Servicios sociales	x	x		x
Otros servicios				
Ninguno				
NS/NC				

Las residencias de larga estadía son públicas para los tres países y existen privadas o mixtas para los casos de Bolivia y Colombia. En cuanto a su financiamiento, el Estado está presente en los tres países, la familia en Colombia y Perú y por último las ONG/Mutuales/Obras sociales y el sistema privado en Bolivia y Colombia.

Cuadro 105.
Dependencia Institucional

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Públicas	x	x		x
Privadas	x	x		
Comunitarias				
Mixtas	x	x		

Cuadro 106.
**Quién financia la atención de los Cuidados
Institucionales de Larga Estadía**

Atención financiada por...	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Familia		x		x
Estado	x	x		x
ONG/Mutuales/Obras sociales	x	x		
Privado	x	x		
Cualquier combinación de las anteriores		x		
Otra modalidad				

Para todos los países el porcentaje de población adulta mayor que es atendida en este tipo de programa es menos del 5 %.

En cuanto a la existencia de programas de capacitación permanente para el personal de las instituciones de media y larga estadía, Colombia, Ecuador y Perú refieren contar con formación para profesionales en general y espe-

cíficamente de enfermería. Sólo en Colombia se capacitan personas como auxiliares de gerontología. Bolivia nos indica no tener programas de capacitación permanente.

Cuadro 107.
Programas de Capacitación Permanente Personal
de Instituciones de Media y Larga Estadía

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Profesionales	No	Sí	Sí	Sí
Enfermería	No	Sí	Sí	Sí
Auxiliares gerontología	No	Sí	No	Sí
Administrativos	No	No	No sabe	No sabe
Otros	No	No	No sabe	No sabe

Todos los países de la Región Andina, tal como observamos en el siguiente cuadro, consideran que la cantidad de recursos humanos formados no es suficiente para una atención de calidad en las instituciones para adultos mayores.

Cuadro 108.
Suficiencia de la cantidad de recursos humanos formados
para atención de adultos mayores

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí				
No	x	x	x	x
NS/NC				

Perú nos indica que los servicios institucionales son utilizados como alivio a las situaciones de la pobreza; por su parte, Bolivia y Colombia muestran que alivian la dependencia o ambas pobreza y dependencia para este último país. Ecuador afirma que ninguna.

Cuadro 109.

Utilización de los recursos institucionales para aliviar la pobreza y/o la dependencia de los adultos mayores

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Alivia la pobreza				x
Alivia la dependencia	x	x		
Mitad y mitad		x		
Ninguna			x	
Todas				
NS/NC				

En cuanto a la aplicación de la evaluación gerontológica integral (biológica, psíquica/cognitiva, social y funcional), como protocolo en el sistema de atención a las personas mayores, se realiza en Bolivia y Colombia.

Cuadro 110.
Utilización de la evaluación gerontológica integral

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí	x	x		
No				x
NS/NC			x	

En cuanto al consentimiento informado y la explicitación de los derechos y obligaciones a las personas mayores ingresadas en el sistema, vemos que en Colombia es una práctica habitual en tanto que en los otros países depende de los casos en cuestión.

Cuadro 111.
Utilización del Consentimiento Informado y explicitación de derechos y obligaciones

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí, siempre		x		
Sí, depende de los casos	x		x	x
No				
NS/NC				

Por otra parte, en cuanto a si se tienen en cuenta las directivas anticipadas de las personas mayores ingresadas en el sistema vemos que Bolivia y Colombia indican que de-

pende de los casos. Los informantes de Ecuador y Perú manifiestan no tener conocimiento de esta práctica en su país.

Cuadro 112.
Implementación de las Directivas Anticipadas de las Personas Adultas Mayores

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí, siempre				
Sí, depende de los casos	x	x		
No				
NS/NC			x	x

En cuanto a la legislación específica en relación con el sistema de cuidados a largo plazo y atención a la dependencia, Bolivia, Colombia y Perú refieren tenerlas.

Cuadro 113.
Existencia de legislación específica

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí	x	x		x
No			x	
NS/NC				

Específicamente, en Bolivia, existe la Ley 872, que ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.⁴¹ En Colombia existe la Ley 1315 de 2009, resolución 0024 de 2017, Ley 1850 de 2017, por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. El artículo 6° menciona que el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implementará una ruta de atención inmediata y determinará los medios de comunicación correspondientes frente a maltratos contra el adulto mayor, ya sea en ambientes familiares como en los centros de protección especial y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores.⁴²

Por último, en Perú informan que la legislación remite a las obligaciones de la familia que está al cuidado. Fundamentalmente de hijos porque sólo una ínfima parte de los adultos mayores tiene esta atención como servicio del Estado.

Al indagar sobre la supervisión por parte de los organismos del Estado sobre los distintos servicios de cuidados ofrecidos a las personas mayores, el siguiente cuadro nos ilustra que para Bolivia y Colombia se efectúan controles de control de infraestructura y habilitación de edificios y de atención sociosanitaria. Por su parte, Perú indica tener control del medio ambiente, trato, sujeciones, etcétera.

⁴¹ Disponible en <http://www.diputados.bo/leyes/ley-n%C2%B0-872>

⁴² Ley 1850 de 2017. Medidas de protección al adulto mayor en Colombia. Disponible en <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/promocion-social/ley-1850-de-2017-medidas-de-proteccion-al>

Cuadro 114.
Supervisión de los organismos estatales
sobre los servicios de cuidados

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Sí, control de infraestructura y habilitación de edificios	x	x		
Sí, control de atención sociosanitaria	x	x		
Sí, control del medio ambiente, trato, sujeciones, etc.				x
Otro tipo de controles				
No				
NS/NC				

El informante de Colombia indica que: “La cobertura de programas públicos de protección a personas mayores en condiciones de vulnerabilidad son muy bajos. La mayoría de los centros residenciales (95 %) son privados. El Estado no tiene programas para brindar un cuidador domiciliario ni programas de capacitación o respiro familiar, todo esto es particular y corre por cuenta de la familia. Desde hace 3 años se viene conformando el Sistema Nacional de Cuidados bajo el liderazgo del ministerio de salud pero se ha centrado en niños y personas con discapacidad”.

Nuestra informante calificada nos indica sobre Perú que: “Si bien el Estado ha avanzado mucho en temas de previsión (más que atención directa), aún es insuficiente para el número de adultos mayores con necesidad de estos servicios, por ello recaen fundamentalmente en la familia, la cual no puede ser supervisada. (se incrementa el número de personas mayores con maltrato). Y en cuanto a los ser-

vicios privados, que han surgido varios en la última década y media, hay una legislación que promueve la supervisión, pero el Estado no se daba abasto para realizar con frecuencia esta supervisión”.

Por su parte, la participante de Bolivia indica que “hace falta que se trabaje en programas de atención domiciliaria”.

Región Centroamérica

Costa Rica, El Salvador, Guatemala,
Honduras, Nicaragua y Panamá

D. Cuidados institucionales residenciales de larga estadía (24 horas de enfermería/población dependiente)

Focalizando sobre la Región Centroamérica, nos encontramos que Costa Rica y Panamá son los países que refieren tener este tipo de Residencias de Larga Estadía para adultos mayores.

Cuadro 115.
**Existencia de Cuidados Institucionales
Residenciales de Larga Estadía**

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Sí	x				x
No		x		x	
No /Nc			x		

Las prestaciones ofrecidas son la atención médica especializada, atención de enfermería de 24 horas, terapia ocupacional y actividades recreativas que informan Costa Rica y Panamá. El primero de estos países, da cuenta de servicios de terapia ocupacional, talleres diversos y nutrición. Panamá incluye las prestaciones de rehabilitación.

Cuadro 116.
Tipo de prestaciones que ofrecen
los Cuidados Institucionales de Larga Estadía

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Atención médica (especializada)	x				x
Atención de enfermería 24 horas	x				x
Controles de laboratorio					
Prestaciones de rehabilitación					x
Terapia ocupacional	x				
Talleres diversos	x				
Gimnasia					
Actividades recreativas	x				x
Nutrición	x				
Hotelería y limpieza					
Servicio religioso					
Servicios sociales					
Otros servicios					
Ninguno					
NS/NC					

Son públicas o privadas para ambos países y son financiadas por la familia o el Estado.

Cuadro 117.
Dependencia institucional

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Públicas	x				x
Privadas	x				x
Comunitarias					
Mixtas					

Cuadro 118.
Quién financia la atención de los Cuidados Institucionales de Larga Estadía

Atención financiada por...	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Familia	x				x
Estado	x				x
ONG/Mutuales/Obras sociales					
Privado					
Cualquier combinación de las anteriores					
Otra modalidad					

Costa Rica indica un porcentaje de población adulta mayor atendida en este tipo de programa de menos del 5 %.

Ninguno de los países de la región tiene programas de capacitación permanente para sus profesiones, enfermeros, auxiliares de gerontología y administrativos orientados en el apoyo y cuidados de adultos mayores. Al cuestionar-

los sobre si la cantidad de recursos humanos formados es suficiente para una atención de calidad en las instituciones para adultos mayores, las respuestas fueron contundentes.

Cuadro 119.
Suficiencia de la cantidad de recursos humanos formados para atención adultos mayores

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Sí					
No	x	x	x	x	x
NS/NC					

En este sentido nos ilustra nuestra informante calificada de Costa Rica: “El país no está preparado para atender la demanda de cuidados para las personas adultas mayores dependientes que residen en sus hogares con personal entrenado y calificado para tal fin. El cuidado y atención generalmente recae en la familia o en personas que brindan los servicios domésticos, que carecen de capacitación para la atención y cuidado de las personas adultas mayores. Es necesario que como país se prepare y certifique a cuidadores debidamente preparados y capacitados para el cuidado de los adultos mayores en sus casas”.

Para Costa Rica, los servicios institucionales alivian mitad y mitad la dependencia y la pobreza en tanto que Panamá considera que estos servicios alivian la dependencia.

Cuadro 120.
Utilización de los Recursos Institucionales
para aliviar la Pobreza y/o la Dependencia
de los Adultos Mayores

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Alivia la pobreza					
Alivia la dependencia					x
Mitad y mitad	x				
Ninguna					
Todas					
NS/NC					

Con respecto a práctica de la evaluación gerontológica integral (biológica, psíquica/cognitiva, social y funcional) como protocolo en el sistema de atención a las personas mayores, vemos que ninguno de los países la utiliza.

Cuadro 121.
Utilización de la evaluación
gerontológica integral

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Sí					
No	x	x			x
NS/NC			x	x	

Costa Rica nos indica que según el caso se realiza el consentimiento informado.

Cuadro 122.
Utilización del Consentimiento Informado y explicitación de Derechos y Obligaciones

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Sí, siempre					
Sí, depende de los casos	x				
No					x
NS/NC		x	x	x	

Con respecto a las directivas anticipadas de las personas mayores ingresadas en el sistema, Costa Rica y Panamá depende de los casos.

Cuadro 123.
Implementación de las Directivas Anticipadas de las Personas Adultas Mayores

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Sí, siempre					
Sí, depende de los casos	x				x
No					
NS/NC				x	

En cuanto a la legislación específica en relación con el sistema de cuidados a largo plazo y atención a la dependencia, Costa Rica y Nicaragua nos indicaron que sí poseen.

Cuadro 124.
Existencia de legislación específica

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Sí	x			x	
No		x			x
NS/NC			x		

En Costa Rica existe la Ley 7925, Ley Integral de la Persona Adulta Mayor que garantiza a las personas adultas mayores, igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.

En Nicaragua existe La Ley 720 del Adulto Mayor. Tiene por objeto establecer el régimen jurídico e institucional de protección y garantías para las personas adultas mayores, con el fin de garantizar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo 77 de la Constitución Política. La informante aclara que no se cumple y la atención en los centros de atención a ancianos abandonados o discapacitados es deficiente.

Costa Rica nos indica la existencia de supervisión por parte de los organismos del Estado sobre los distintos servicios de cuidados ofrecidos a las personas mayores y que éstos se orientan al control de infraestructura y habilitación de edificios, al control de atención sociosanitaria, entre otros.

Cuadro 125.
Supervisión de los organismos estatales
sobre los servicios de cuidados

	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Sí, control de infraestructura y habilitación de edificios	x				
Sí, control de atención sociosanitaria	x				
Sí, control del medio ambiente, trato, sujeciones, etc.					
Otro tipo de controles	x				
No		x	x	x	x
NS/NC					

En el caso de Guatemala la informante calificada reflexiona: “Estos cuidados no se contemplan como tal en la legislación de país. Se debe modificar e introducir la obligatoriedad de los cuidados a largo plazo y también procurar el entrenamiento de personal dedicado a brindar cuidados para el adulto mayor. En este país falta mucho por trabajar para procurar una mejor atención para el adulto mayor”.

Del mismo modo, la informante de Nicaragua indica que: “En este país no se le da un servicio de atención adecuada desde lo más básicos , salud, vestimenta, alimentación y cuidado por personal calificado”.

Por su parte, el informante de Panamá nos cuenta: “A diferencia de la sociedad costarricense, en mi país no existe una política gerontológica que sirva como mecanismo de planificación de proyectos, programas y servicios para estas personas adultas mayores, lo que termina siendo un

impedimento para el desarrollo de su bienestar social. No obstante, el Ministerio de salud y el de Desarrollo Social si han creado por su parte algunas iniciativas interesantes, pero que en realidad no tienen un enfoque nacional, sino muy focalizado; así, se puede encontrar algunas casa de reposo que en el pasado fueron subsidiadas y ahora ya no; hay lineamientos para la atención de estas personas mayores en materia de salud, pero depende mucho de la interpretación que haga el médico, la enfermera o demás personal de salud. Por otra parte, existía la carrera de gerontología en la Universidad Especializada de las Américas, pero dado al poco interés que mostraron los estudiantes y en general la sociedad panameña (demanda) la misma cerró”.

Región México y el Caribe Latino

**Cuba, Guadalupe, Haití, México
y República Dominicana**

D. Cuidados institucionales residenciales de larga estadía (24 horas de enfermería/población dependiente)

Cuba, México y República Dominicana indican que poseen Cuidados Institucionales Residenciales de Larga Estadía. En estas instituciones se otorgan una larga lista de prestaciones tal como puede verse en el cuadro siguiente:

Cuadro 126.
Tipo de prestaciones que ofrecen
los Cuidados Institucionales de Larga Estadía

	Cuba	México	República Dominicana
Atención médica (especializada)	x	x	x
Atención de enfermería 24 horas	x	x	x
Controles de laboratorio	x		x
Prestaciones de rehabilitación	x	x	x
Terapia ocupacional	x	x	x
Talleres diversos	x	x	x
Gimnasia	x		x
Actividades recreativas	x	x	x
Nutrición	x	x	x
Hotelería y limpieza	x		x
Servicio religioso	x	x	x
Servicios sociales	x	x	x
Otros servicios	x		x
Ninguno			
NS/NC			

En los tres países evaluados, estas instituciones son públicas. México y República Dominicana tienen prestadores del ámbito privado. Por último, en Cuba y República Dominicana también hay instituciones comunitarias y mixtas en su territorio.

Cuadro 127.
Dependencia institucional

	Cuba	México	República Dominicana
Públicas	x	x	x
Privadas		x	x
Comunitarias	x		x
Mixtas	x		x

La financiación es por parte del Estado para Cuba, México y República Dominicana. Este último país reconoce también a la familia, las ONG/Mutuales/Obras sociales y aportes privados. México incluye a las familias en este rubro.

Cuadro 128.
Quién financia la atención
de los Cuidados Institucionales de Larga Estadía

	Cuba	México	República Dominicana
Familia		x	x
Estado	x	x	x
ONG/Mutuales/Obras sociales			x
Privado			x
Cualquier combinación de las anteriores			
Otra modalidad			

En cuanto a la existencia de programas de capacitación permanente para el personal de las instituciones de media y larga estadía, vemos que en Cuba se realiza para todos los recursos humanos que prestan servicios en estas instituciones. República Dominicana se orienta a profesionales en general y enfermería. México indica no tener este tipo de capacitación.

Cuadro 129.
Programas de Capacitación Permanente
al Personal de Instituciones de Media y Larga Estadía

	Cuba	México	República Dominicana
Profesionales	Sí	No	Sí
Enfermería	Sí	No	Sí
Auxiliares gerontología	Sí	No	No
Administrativos	Sí	No	No sabe
Otros			No sabe

Al igual que en los países de las otras regiones analizadas, México y República Dominicana indican que la cantidad de recursos humanos formados no resulta suficiente para una atención de calidad en las instituciones para adultos mayores. Por su parte, Cuba señala que los mismos son más o menos suficientes.

Cuadro 130.
Suficiencia de la cantidad de recursos humanos formados para atención adultos mayores

	Cuba	México	República Dominicana
Sí			
Mas o menos	x		
No		x	x
NS/NC			

Cuba y México nos indican que por partes iguales (mitad y mitad) los servicios institucionales alivian la pobreza y la dependencia. República Dominicana considera que se trata del alivio a la dependencia.

Cuadro 131.
Utilización de los Recursos Institucionales para aliviar la Pobreza y/o la Dependencia de los Adultos Mayores

	Cuba	México	República Dominicana
Alivia la pobreza			
Alivia la dependencia			x
Mitad y mitad	x	x	
Ninguna			
Todas			
NS/NC			

Los tres países manifiestan que realizan la evaluación gerontológica integral (biológica, psíquica/cognitiva, social y funcional) como protocolo en el sistema de atención a las personas mayores.

Cuadro 132.
Utilización de la evaluación gerontológica integral

	Cuba	México	República Dominicana
Sí	x	x	x
No			
NS/NC			

El consentimiento informado y la explicitación los derechos y obligaciones a las personas mayores ingresadas en el sistema se aplica siempre en República Dominicana y depende de los casos en Cuba y México.

Cuadro 133.
Utilización del Consentimiento Informado y explicitación de Derechos y Obligaciones

	Cuba	México	República Dominicana
Sí, siempre			x
Sí, depende de los casos	x	x	
No			
NS/NC			

En lo atinente a las directivas anticipadas de las personas mayores ingresadas en el sistema, éstas son siempre consideradas para los adultos mayores de Cuba. Según los casos, se llevan adelante en México y República Dominicana.

Cuadro 134.
Implementación de las Directivas Anticipadas de las Personas Adultas Mayores

	Cuba	México	República Dominicana
Sí, siempre	x		
Sí, depende de los casos		x	x
No			
NS/NC			

La legislación específica en relación con el sistema de cuidados a largo plazo y atención a la dependencia tiene existencia en los tres países analizados.

Cuadro 135.
Existencia de legislación específica

	Cuba	México	República Dominicana
Sí	x	x	x
No			
NS/NC			

Cuba enuncia la Resolución No.871 MINSAP La Ley No. 41" Ley de la Salud Pública de fecha 13 de julio de 1983, en su artículo 29 establece que el Sistema Nacional de Salud. Decreto No. 139 de fecha 4 de febrero de 1988 Reglamento de la Ley de Salud en su artículo 52 entre otras resoluciones.

En México, la Constitución de la Ciudad de México y algunas instituciones como el IMSS o el ISSSTE orientadas a la protección de la seguridad social de diversos sectores de la población del país.

En República Dominicana existe la Ley de Protección de Adultos Mayores, esta Ley 352/98 integra los siguientes derechos para las personas envejecientes: a) Todo envejeciente tiene derecho a permanecer en su núcleo familiar; b) Protección Especial, que abarque un fácil acceso a la salud; c) Al libre y fácil acceso a los servicios públicos y privados; d) Derecho a la educación, la cultura y la Recreación; e) Derecho al Empleo y Generación de Ingresos; f) Derecho a la Salud y la Nutrición; g) Derecho a la Vivienda; h) Derecho a la Seguridad, Respeto y Dignidad, e i) Derecho al descanso y al esparcimiento, entre otros.

La supervisión por parte de los organismos del Estado sobre los distintos servicios de cuidados ofrecidos a las personas mayores es ejercida en Cuba y República Dominicana en el control de infraestructura y habilitación de edificios, el control de atención sociosanitaria entre otro tipo de controles.

México indica que no existe este tipo de controles.

Cuadro 136.
Supervisión de los Organismos Estatales
sobre los Servicios de Cuidados

	Cuba	México	República Dominicana
Sí, control de infraestructura y habilitación de edificios	x		x
Sí, control de atención sociosanitaria	x		x
Sí, control del medio ambiente, trato, sujeciones, etc.			
Otro tipo de controles	x		x
No		x	
NS/NC			

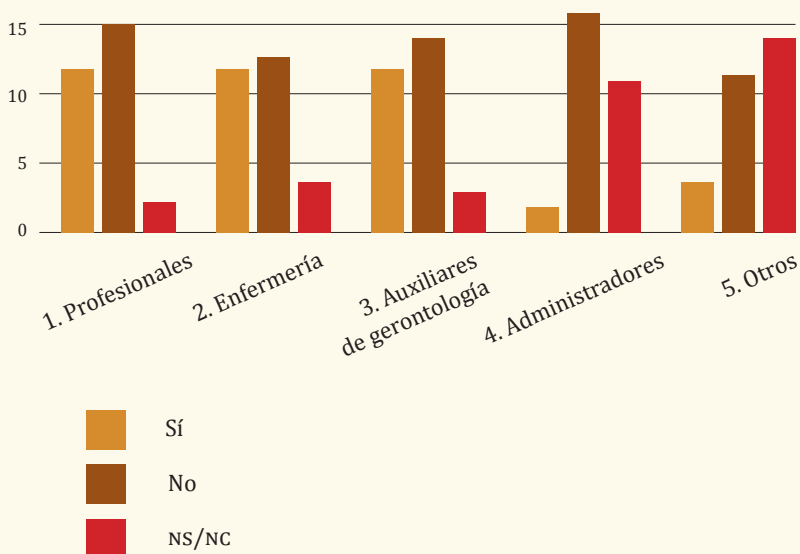
La informante de Cuba nos dice: “La atención que se brinda en Cuba basada en realizar una mejor atención al adulto mayor preventiva y curativa en la Atención Primaria de salud, hogares de ancianos, casas de abuelos de acuerdo a la situación demográfica que enfrenta el país”.

Por último, la propuesta de la informante de República Dominicana indica que: “hay que fortalecer la atención a la salud sexual y mental de los adultos mayores”.

Para finalizar, es imperioso realizar un análisis de las respuestas de los informantes calificados en su conjunto, ya que nos brindan datos generales con respecto al destino de los servicios institucionales, el uso de herramientas como la evaluación gerontológica integral, la aplicación de los derechos como el consentimiento informado y la explicitación de los derechos y obligaciones de la persona mayor, las directivas anticipadas indicadas por esta población y tam-

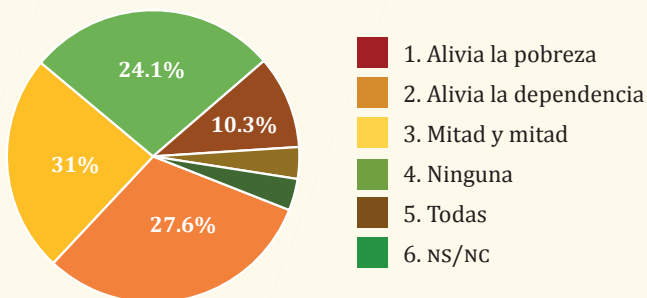
bién focalizar sobre la supervisión que los Estados realizan en los servicios de cuidados.

Figura 16.
Programas de capacitación permanente
para el personal de las instituciones
de media y larga estadia



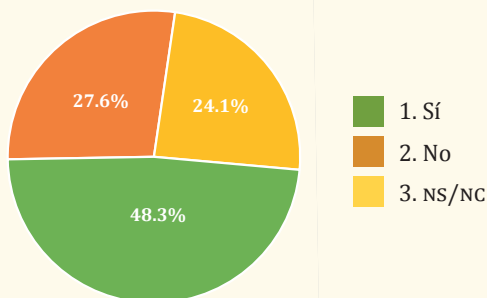
La Figura 16 resulta indicativa sobre la orientación y el alcance que tiene la formación de los recursos humanos y resulta orientadora para la política de capacitación de la CADAM.

Figura 17.
**Utilización de los servicios institucionales
para aliviar la pobreza o la dependencia**



Resulta significativo que una cuarta parte de las respuestas de los informantes indican que en sus países estos servicios no resuelven ni alivian la dependencia o la pobreza de las personas mayores de su territorio. En contraposición, un 40 % de los encuestados se alivia la dependencia y para otro cuarto con estos servicios se alivia la pobreza.

Figura 18.
Realización de la evaluación gerontológica integral como protocolo en el sistema de atención a las personas mayores



En la actualidad, la evaluación gerontológica integral es un protocolo imprescindible para la atención de las personas mayores en el sistema de cuidados. El resultado de las respuestas es muy significativo, ya que más de la mitad indica que este protocolo no se lleva adelante en la práctica o no se conoce sobre su existencia. Esta información podría ser un contenido de las acciones de CADAM para con los países que así efectuaron sus respuestas.

Entre los derechos que asisten a las personas de mayor edad se encuentran el consentimiento informado y las directivas anticipadas. Un tercio de los informantes indican que el consentimiento informado no se aplica o no se sabe si se aplica en sus países y que las directivas anticipadas no se conocen o no se aplican en el 56.2 % de los casos analizados.

Figura 19.
Realización del consentimiento informado y explicitación de los derechos y obligaciones a las personas mayores ingresadas en el sistema

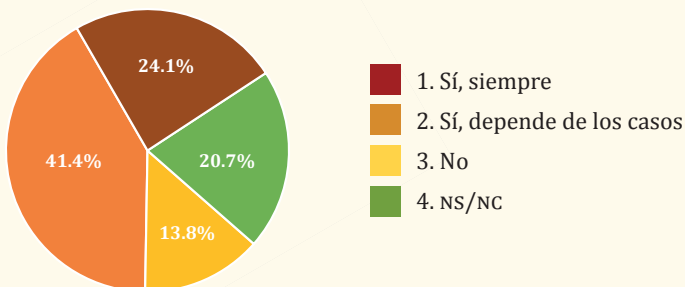
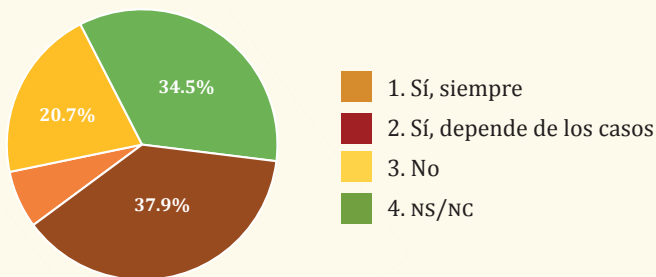
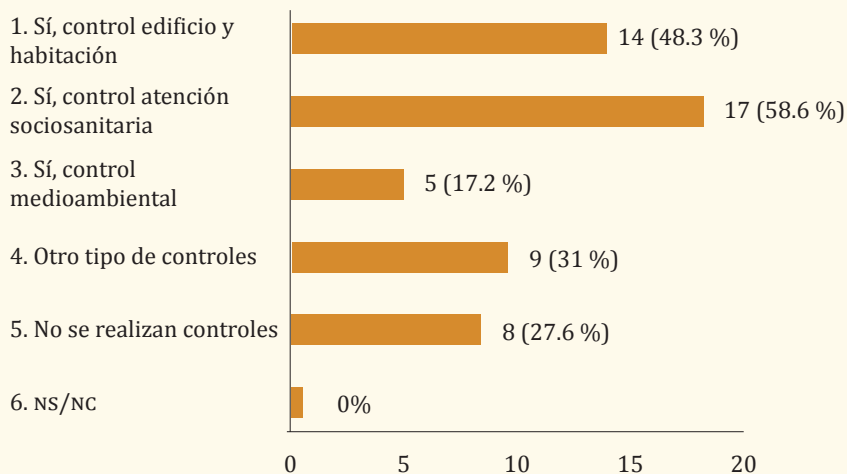


Figura 20.
Se tienen en cuenta las directivas anticipadas de las personas mayores ingresadas en el sistema



Nos interesa señalar que en la mayoría de los países se ejerce algún tipo de control sobre las instituciones que brindan servicios de cuidados a largo plazo para los adultos mayores.

Figura 21.
Supervisión por parte de los organismos del Estado
sobre los distintos servicios de cuidados
ofrecidos a las personas mayores



Sin embargo, debemos hacer notar que ocho informantes indican que estos controles no se llevan a cabo en sus países.

CONCLUSIONES

El proceso de envejecimiento que están atravesando las estructuras demográficas de los países miembros de la CISS es indicativo de las presiones que se producirán en el sistema de cuidados a largo plazo para las personas mayores. El impacto de los cambios demográficos en el proceso de verticalización de las familias, cada vez con menos descendientes y más ascendientes, así como la una creciente inserción en el mercado laboral de las mujeres, parecen indicar que habrá una disminución en la oferta informal de los servicios de cuidado con que tradicionalmente contaban las sociedades para el apoyo de las personas adultas mayores dependientes. En este escrito se puede observar claramente cómo disminuyen en todas las regiones del continente los potenciales cuidadores, donde entre los años 2015 y 2050, se reducen a la mitad o menos según la región de que se trate.

A lo largo del presente trabajo hemos recabado información cualitativa sobre el estado de situación del sistema de cuidados a largo plazo para personas mayores en las regiones Andina, Cono Sur, Centroamérica y México y Caribe Latino.

Una primera observación nos lleva a concluir que existe una gran disparidad entre los servicios y prestaciones que los distintos países cuentan para atender las necesidades de cuidados de su población adulta mayor y que, aun en aquellos países que enuncian una mayor gama de servicios, éstos suelen ser limitados en su cobertura. En efecto, nos encon-

tramos con un variopinto de situaciones que van desde la provisión de todas las posibilidades de cuidado hasta la ausencia parcial o total de servicios o programas.

La formación y capacitación de recursos humanos resulta un tema fundamental para implementar políticas y definir acciones de cambio en el sistema de cuidados. En este sentido, al focalizar la Región Cono Sur, destaca que todos los países que la conforman indican tener programas de capacitación tanto para cuidadores informales como formales. Uruguay es el único país de todas las regiones que utiliza teleasistencia en el cuidado de las personas mayores.

Los informantes clave de todos los países que conforman la Región Andina indican que en sus países no existen programas de formación o capacitación para los cuidadores. Por su parte, en la Región Centroamérica, los países de Guatemala, Nicaragua y Panamá señalaron que al *no existir* la prestación o los servicios de cuidados a domicilio, tampoco existen capacitaciones para los recursos humanos. En contraposición, Costa Rica y Honduras llevan adelante capacitaciones específicas. Por último, Cuba, México y República Dominicana, países de la Región México y Caribe Latino, destacan la realización de este tipo de formaciones educativas.

Un panorama similar se presenta con respecto a la capacitación permanente para el personal de las instituciones de media y larga estadía. En la Región Cono Sur, Argentina y Paraguay indican que realizan actividades de formación destinada a profesionales en general, enfermería y de auxiliares en gerontología. Chile y Uruguay indican que llevan adelante la capacitación para los auxiliares en gerontología, en tanto que Brasil manifiesta que no existen este tipo de programas.

En la Región Andina, Colombia, Ecuador y Perú refieren contar con formación para profesionales en general y específicamente de enfermería. Sólo en Colombia se ca-

pacitan personas como auxiliares de gerontología. Bolivia no tiene programas de capacitación permanente. Ninguno de los países de la Región Centroamérica tiene programas de capacitación permanente para sus profesionales, enfermeros, auxiliares de gerontología y administrativos orientados en el apoyo y cuidados de adultos mayores.

La Región México y Caribe Latino nos muestra un panorama desigual, ya que en Cuba se capacita a todos los recursos humanos que prestan servicios en estas instituciones; República Dominicana se orienta a profesionales en general y enfermería, y en México indican no tener este tipo de capacitación.

Resultó esclarecedora para la toma de decisiones con respecto a la capacitación y formación de los recursos humanos, la respuesta obtenida sobre la suficiencia de la cantidad de los mismos, ya que 26 encuestados indicaron que estos recursos no son suficientes y sólo 1 indicó que era más o menos suficiente en su país.

Con respecto al uso de herramientas como la evaluación gerontológica integral, se observa la necesidad de realizar acciones para que se generalice su conocimiento y utilización en varios de los países consultados.

Por último, resulta imprescindible orientar las acciones en la toma de conciencia sobre los derechos que asisten a las personas de mayor edad, entre los que se encuentran el consentimiento informado y las directivas anticipadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, G., *La atención de los adultos mayores en la comunidad judía argentina*, Milá, Buenos Aires, 2013.
- Aranco, N., et al., *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*, BID, 2018. Disponible en <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Arroyo Rueda, M. C., M. Ribeiro Ferreira y S.E. Mancinas Espinoza, *La vejez avanzada y sus cuidados. Historia, subjetividad y significados sociales*, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México, 2011.
- Borgeaud-Garciandía, N., *Puertas Adentro. Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires*, Teseo, Buenos Aires, 2017.
- Borgeaud-Garciandía, N., *El trabajo del cuidado*, Fundación Medifé, Buenos Aires, 2018.
- Coneval, *Guía Práctica N° 6. ¿Qué funciona y qué no en cuidados a largo plazo para personas adultas mayores?*, 2019. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Guias_practicas/6_Cuidados_de_Largo_Plazo.pdf
- Ennuyer, B., *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*, Dunod, París, 2006.
- Filding, L. y E. López, *De cuidados y cuidadores. Acciones públicas y privadas*, Biblos, Buenos Aires, 2015.

- Golpe, L. y J. Yuni, *Cuidado de personas mayores. Dones, responsabilidad y compromiso*, Encuestro Grupo Editor, Catamarca, 2012.
- He, W., D. Goodkind y P. Kowal, *An Aging World: 2015*, International Population Reports, P95/16-1, Government Publishing Office, Washington, D. C., 2016.
- Huenchan, S., *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*, CEPAL, Santiago de Chile, 2018.
- Insero, *Proyección y contenido de un centro residencial para la tercera edad*, Madrid, 1990.
- Oddone, M. J., "Envejecimiento y familia en un contexto de cambio", *Revista de Ciencias Sociales*, núm. 81, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2012, pp. 1666-7301.
- _____, "Ancianas cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales", *Cadernos de Pesquisa*, V 44, Nº 152, pp. 354- 377, S ã o Paulo, 2014.
- _____, "Condiciones de vida de las personas mayores", en Juan Ignacio Piovani y Agustin Salvia (coords.). *La Argentina en el siglo XXI. Como somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*, Siglo XXI Editores, Ciudad de Buenos Aires, 2018, pp. 593-623.
- _____, y M. Aguirre, "A Pendular Movement Between the Intergenerational Pact and the Exhaustion of Support Networks in Argentina", en Isabella Paoletti (ed.), *Family Caregiving for Older Disabled People: Relational and Institutional Issues*, Nova Publishers, Nueva York, 2007.
- OMS, *Home-based Long-Term Care*, Report of a WHO Study Group, núm. 41, 2000.
- _____, *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (A69/17)*, Ginebra, 2016. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf

- _____, *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*, Ginebra, 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
- OMS y OPS, *Mayores saludables*. Portal de Envejecimiento y Salud en las Américas, Disponible en <http://www.mayoressaludables.org/node/64>
- ONU-Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Nueva York, 2009.
- _____, *La situación demográfica en el mundo 2014*, Informe conciso, Nueva York, 2014. Disponible en <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Re>
- OPS, *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable*, Washington, D. C. (CD49/8), 2009. Disponible en http://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/plan_de_accio_n_sobre_la_salud.pdf
- OPS y OMS, *Estado de salud de la población. Salud del adulto mayor*, 2017. Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es



ISBN: 978-607-8088-58-4



9 786078 088584