

Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados

Natalia Aranco
Pablo Ibararán

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1884

Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados

Natalia Aranco
Pablo Ibararán

Marzo 2020

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera delNata
Banco Interamericano de Desarrollo
Aranco, Natalia.

Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes,
características y resultados / Natalia Aranco, Pablo Ibararán.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1884)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Latin America. 2. Older people-Home care-Latin America.
3. Older people-Government policy-Latin America. I. Ibararán, Pablo. II. Banco
Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. III. Título. IV.
Serie.

IDB-TN-1884

<http://www.iadb.org>

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

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

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

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



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/es/proteccionsocial

Servicios de apoyo personal en domicilio para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados^{1 2}.

Natalia Aranco

Pablo Ibararán³

Resumen

Esta nota describe las principales características de los servicios de apoyo a la dependencia en domicilio en el mundo, brindando ejemplos que ilustran la forma en la que los mismos pueden organizarse. También presenta un panorama de este tipo de servicios en América Latina y el Caribe, así como un resumen de la evidencia disponible respecto a su incidencia en el bienestar de las personas dependientes, sus cuidadores, así como en el costo de los sistemas de atención a la dependencia de largo plazo y los sistemas de salud. Por último, se discuten los desafíos que implica la implementación de este tipo de servicios que, por su naturaleza, son intensivos en el uso de recursos humanos.

Esta nota técnica es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia que se encuentra disponible en la página web del [Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia](#) del BID.

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y el Caribe, servicios de cuidados, servicios de asistencia domiciliaria, asistentes personales

¹ Esta nota se terminó de escribir antes del surgimiento de la emergencia sanitaria por el brote de COVID-19. Ante esta situación, donde uno de los grupos poblacionales más vulnerables ante la pandemia son los adultos mayores, los servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional toman aun más relevancia.

² Los autores agradecen las valiosas contribuciones y retroalimentación durante el desarrollo del documento a Joan Costa-Font y Manuel Aguilar, así como los comentarios de Fernando Regalía y Marco Stampini.

³ Natalia Aranco es consultora de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Pablo Ibararán es especialista líder de la División de Protección Social y Salud del BID. Sus correos electrónicos son natalia.aranco@gmail.com y Plbarraran@iadb.org.

Contenidos

1	INTRODUCCIÓN: LAS VENTAJAS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	3
2	CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A LA DEPENDENCIA.....	5
2.1	SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL MUNDO	6
2.1.1	<i>Tipos de servicios considerados dentro de los apoyos en el hogar</i>	<i>6</i>
2.1.2	<i>Formas de provisión de los servicios de asistencia domiciliaria</i>	<i>10</i>
2.1.3	<i>Población objetivo.....</i>	<i>16</i>
2.1.4	<i>Costo de los servicios de atención domiciliaria</i>	<i>17</i>
2.1.5	<i>Incentivos y controles a la calidad de los servicios de atención domiciliaria.....</i>	<i>18</i>
2.2	DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ALC	20
3	IMPACTOS DE LA AYUDA DOMICILIARIA: LA EVIDENCIA EMPÍRICA.....	24
3.1	IMPACTOS SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES	24
3.2	IMPACTOS SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS CUIDADORES	26
3.3	IMPACTOS EN TÉRMINOS DE COSTOS PARA LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO Y LOS SISTEMAS DE SALUD	30
4	DESAFÍOS Y CONSIDERACIONES DE LOS PROGRAMAS DE APOYO DOMICILIARIOS ...	31
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

1 Introducción: las ventajas de la atención domiciliaria

En el marco de los sistemas de cuidados de largo plazo, los servicios de apoyo domiciliarios son aquellos destinados a brindar ayuda a las personas con dependencia funcional en la realización de sus actividades diarias, de manera que se les permita permanecer en su propio hogar, con el máximo nivel de autonomía posible, durante el mayor tiempo posible.

Se argumenta que los servicios de apoyo a domicilio tienen ventajas cuando se los compara con la alternativa de las instituciones residenciales. En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud (2015) destaca la importancia del entorno en el que la persona envejece como factor determinante de su estado de salud. El permanecer en un lugar familiar y conocido permite mantener un sentido de la pertenencia y la identidad, aumentando la confianza, la seguridad, y los niveles de autonomía personal (OMS 2015, Cap. 2). La evidencia muestra que la mayoría de los adultos mayores preferirían envejecer en su propio hogar, algo que se conoce como “aversión a la institucionalización” (Costa-Font 2017). La decisión de institucionalización conlleva altos niveles de estrés que pueden ser perjudiciales para la salud, y afectar la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores (Boland et al 2017). Así, los servicios de apoyo en el hogar tienen la ventaja de permitir a la persona dependiente permanecer en su propio entorno, reduciendo la pérdida de bienestar que supondría el traslado a un centro residencial.

Además de la persona dependiente, el segundo gran beneficiario de los servicios de apoyo domiciliarios, es el cuidador familiar (Triantafyllou et al. 2010). En este sentido, las consecuencias que tienen las responsabilidades de cuidado, tanto sobre la salud física y mental del cuidador, como sobre su capacidad para generar ingresos provenientes del trabajo formal, están bien documentadas (Brummett et al. 2006, Flores et al. 2014, Costa-Font et al. 2019). Los servicios de apoyo a domicilio sirven, muchas veces, como un respiro para los cuidadores familiares, liberándoles tiempo para el trabajo remunerado o el ocio, y disminuyendo su carga de responsabilidades, contribuyendo así a su bienestar físico y emocional. Además, el hecho de contar con un cuidador formal en el domicilio muchas veces sirve, aunque sea de manera indirecta, como fuente de capacitación o información para los cuidadores familiares, aliviando también por esta vía el estrés que surge por no saber cómo actuar en determinadas situaciones.

En tercer lugar, hay argumentos de costos que favorecen la implementación de servicios de asistencia a domicilio cuando se les compara con los servicios de atención institucional o residencial. Este punto, sin embargo, debe ser relativizado en aquellos casos en los que la

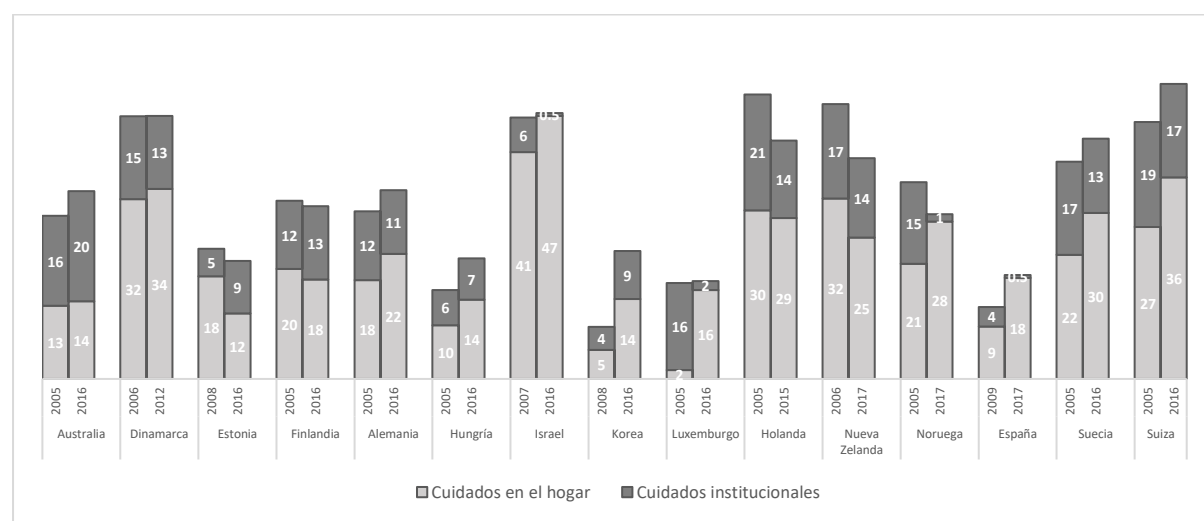
persona dependiente necesite un apoyo intensivo continuo o especializado. Por ejemplo, en casos de dependencia severa, desórdenes mentales graves, o en contextos en los que, tanto las condiciones de la vivienda, como la falta de una red de apoyo complementaria, hacen imposible el cuidado en domicilios, la institucionalización puede ser la mejor opción.

En respuesta a estas consideraciones, en los últimos años, a nivel global, los servicios de apoyo en el hogar han venido ganando importancia en detrimento de la institucionalización, en un proceso que se conoce como ‘des-institucionalización’ y que alude a la reducción relativa de los servicios residenciales en el peso de los servicios sociales (Anttonen y Karsio 2016).

Varios países han llevado a cabo acciones específicas para incentivar el uso de los servicios de apoyo a domicilio, a través, por ejemplo, de la fijación de copagos diferenciales menores en el caso de la atención domiciliaria en comparación con la atención residencial, o de la restricción en las condiciones de acceso a los residenciales (OCDE 2005, Spasova et al. 2018). Por citar sólo algunos ejemplos, la reforma del sistema de cuidados en Holanda, en 2015, limitó el acceso a los cuidados residenciales solamente a aquellas personas para quienes el cuidado domiciliario no fuera una opción realista (Maarse y Jeurissen 2016). En Alemania, las reformas de 2015-2017 mejoraron la provisión de todos los servicios, pero en el caso de los servicios de atención a domicilio las mejoras fueron relativamente mayores (European Commission 2017). De la misma forma, en Japón, el *Gold Plan* y el *New Gold Plan*, que tuvieron lugar entre finales de los 80 y finales de los 90, significaron una reestructura significativa en la importancia dada por la política a los diferentes servicios de atención a la dependencia, a favor de los cuidados en el hogar y comunitarios, y en detrimento de los cuidados institucionales (Olivares-Tirado y Tamiya 2014). Como consecuencia, en la mayoría de los países de la OECD, se observa una caída de la población institucionalizada, a favor de los cuidados en el hogar, tal como se muestra en la Figura 1.

En América Latina y el Caribe, destacan Uruguay, Chile y Argentina por brindar servicios de atención a la dependencia, dentro de los cuales se incluyen los servicios de ayuda a domicilio, como parte de los paquetes de beneficios. Colombia ha puesto el tema de los cuidados en la agenda pública, y se encuentra en el proceso de diseño de una política de cuidados a nivel nacional. A pesar de este relativo rezago de la región, el tema ha venido cobrando importancia en los últimos años, tanto a nivel público como privado, observándose avances, sobre todo, en lo que tiene que ver con la oferta de formación de cuidadores.

Figura 1. Lugar donde se brindan los cuidados de largo plazo: % de la población de 80+ recibiendo cada tipo de cuidado.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de OECD Stat.

Esta nota tiene como objetivo, en primer lugar, describir las principales características de los servicios de apoyo a domicilio en el mundo, brindando ejemplos que ilustran las distintas formas en la que los mismos pueden organizarse. En segundo lugar, se da un panorama de la situación en América Latina y el Caribe. En la Sección 3, se presenta un resumen de la evidencia empírica disponible respecto a los efectos que tiene la adopción de los servicios de apoyo a domicilio en el bienestar de las personas dependientes, el bienestar de sus cuidadores, y los costos de los sistemas de atención a la dependencia de largo plazo. Por último, se discuten los desafíos que implica la implementación de este tipo de servicios que, por su naturaleza, son intensivos en el uso de recursos humanos.

2 Características de los servicios de atención domiciliaria a la dependencia

La tendencia general al mayor uso de cuidados domiciliarios y en la comunidad esconde diferencias importantes entre países, en lo que tiene que ver con los tipos de servicios incluidos, la forma en que los mismos se proveen, y la población beneficiaria. En esta sección presentamos algunos ejemplos de programas de asistencia a domicilio para la población dependiente, contrastando sus diferentes aspectos. Nos enfocamos primero en algunos países de Europa, Asia, y Norteamérica, para luego mostrar la situación en los países de ALC.

Debe aclararse que no se pretende realizar una exposición exhaustiva de los diferentes sistemas, sino presentar ejemplos ilustrativos de las diferentes características que este tipo de servicios pueden adoptar.

2.1 Servicios de atención domiciliaria en el mundo

Como se mencionó en la Sección 1, en la mayoría de los países desarrollados con sistemas formales de cuidados de largo plazo, los cuidados domiciliarios se están convirtiendo en una parte creciente del paquete de beneficios ofrecidos. Presentamos a continuación las principales características que los distinguen; para mayores detalles, ver la Tabla 1 al final de esta sección.

2.1.1 Tipos de servicios considerados dentro de los apoyos en el hogar

La definición de servicios de apoyo o ayuda en el hogar puede incluir una amplia gama de servicios: por lo general, se distingue entre: (i) *cuidados médicos (o de enfermería)*, (ii) *cuidados personales*, esto es, ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, como puede ser la higiene personal, vestirse, comer, levantarse y acostarse, y otras actividades referentes al autocuidado, (iii) *asistencia personal* referida a la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, hacer las compras, manejar el presupuesto o limpiar el hogar, y (iv) *servicios sociales*, que se relacionan con el apoyo en la interacción de la persona con su entorno, de forma que la misma pueda mantener una vida social plena (OECD-Eurostat-WHO 2011). Es importante destacar aquí que las denominaciones de los diferentes tipos de servicios pueden cambiar según los países. Por ejemplo, en España la figura del asistente personal corresponde a lo que la OCDE denomina servicios sociales, mientras que los servicios de asistencia personal a veces se denominan servicios domésticos.

Más allá de las denominaciones formales, en casi todos los países, se especifica el tipo de tareas que puede realizar el asistente personal, pero el rango de actividades que se incluye, así como la distinción que se hace entre ellas, varía. La ayuda para tareas de cuidado personal está incluida como parte de los servicios ofrecidos en todos los casos. Es interesante mencionar que en Japón y Corea se considera la ayuda con la actividad de bañarse como un servicio específico, que se distingue del resto de las actividades de autocuidado (como comer o vestirse), y que consiste en la visita de uno o dos asistentes personales al domicilio de la persona dependiente,

una vez al día, con el solo fin de ayudarlo a bañarse (Olivares-Tirado y Tamiya 2014, MHW-NHIS ROK s/f.).

En algunos países como Alemania, Dinamarca, Escocia, EE. UU., Holanda o Japón, el asistente personal puede, además, brindar ayuda con otras actividades instrumentales, como los quehaceres del hogar (limpiar o cocinar), o incluso brindar apoyo para el traslado de la persona dependiente o su interacción con el entorno (Olivares-Tirado y Tamiya 2014, Kelders y de Vaan 2018, Bell y Bowes 2012, Fersch y Jensen 2011, German Federal Ministry of Health 2017). En ciertos casos estos servicios pueden tener costos adicionales; por ejemplo, en Escocia, donde la ayuda con las actividades básicas es gratuita (Ver Sección 2.1.4), las empresas proveedoras pueden brindar servicios complementarios con costo para los usuarios (Bell y Bowes 2012).

En países como Alemania, Dinamarca, Japón, Corea, y algunos programas en EE. UU.⁴, se incluyen también los servicios de enfermería a domicilio, los cuales siempre deben ser proporcionados por personal debidamente formado y prescriptos por un profesional de la salud (Olivares-Tirado y Tamiya 2014, Schulz 2010, Choi 2015, German Federal Ministry of Health 2017), mientras que en Francia u Holanda, estos servicios dependen directamente de los sistemas de salud (European Commission 2016, Alders y Schut 2016, Maarse y Jeurissen 2016). En Japón, además, se ofrecen servicios de rehabilitación como parte del paquete de cuidados a domicilio, mientras que en Dinamarca, cuando una persona aplica al beneficio de ayuda domiciliaria, la municipalidad está obligada a ofrecerle un servicio de rehabilitación antes de realizar la evaluación de sus necesidades (Olivares-Tirado y Tamiya 2014, Kvist 2018).

La definición de las tareas que pueden realizar los asistentes personales llega al máximo en Dinamarca y Suecia, donde se establecen el tiempo máximo (en minutos) que puede llevar cada actividad, aunque se permiten algunos cambios, siempre y cuando estén debidamente justificados (Lindstrom 2015). Por último, en Alemania y Dinamarca, la definición de los servicios de ayuda domiciliaria no está restringida al hogar de la persona dependiente, sino que la asistencia se puede brindar incluso en casos en los que el individuo se encuentre en un residencial de largo de plazo (German Federal Ministry of Health 2017, Schulz 2010).

⁴ Por ejemplo, PACE (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/pace>) o Medicaid (<https://longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/medicaid-eligibility/>)

Otros servicios que incentivan el envejecimiento en el hogar

Además de los servicios de apoyo mencionados en el apartado anterior, existe otra gama de servicios que, si bien no involucran la participación de un asistente personal o cuidador, tienen como objetivo facilitar la permanencia de la persona en su propio hogar durante el mayor tiempo posible y, por eso, pueden considerarse dentro de los servicios de atención domiciliaria, en un sentido amplio.

Así, Alemania, Dinamarca, Holanda y Francia, por ejemplo, incluyen dentro de su paquete de prestaciones, beneficios de adaptaciones de la vivienda de manera que las hace más accesibles a la vida de la persona dependiente, por ejemplo, instalación de rampas, colocación de agarraderas, bancos o superficies antideslizantes en baños y bañeras, etc. (German Federal Ministry of Health 2017, Colombo et al. 2011, European Commission 2016, Celsus 2016), mientras que en Corea, Dinamarca y Japón se incluye la provisión de aparatos que ayuden a la autonomía de la persona (como sillas de ruedas o muletas, por ejemplo) (Olivares-Tirado y Tamiya 2014, Colombo et al. 2011, MHW-NHIS ROK s/f.).

Los programas de prevención también son una forma eficaz de promover el envejecimiento en el domicilio, al evitar o retrasar la llegada de la dependencia. Corea, Dinamarca y Japón, incluyen programas de este tipo. En Corea, aquellas personas con dependencia leve que no califican para recibir ayuda del sistema, pero que, aun así, se consideran en riesgo de entrar en situación de dependencia, acceden a un servicio de monitoreo y acompañamiento mediante el cual reciben, una vez por semana, la llamada o visita de un trabajador del sistema con el fin de asegurar su bienestar físico y emocional (Choi 2015). También en Japón, las personas que necesitan algún tipo de apoyo pero que no llegan a ser dependientes, tienen derecho a servicios de prevención (Olivares-Tirado y Tamiya 2014). En Dinamarca, todas las personas mayores de 75 años y aquellas mayores de 65 que se encuentran en situación de vulnerabilidad reciben visitas preventivas, en donde se evalúa su capacidad funcional y su estado de salud físico, emocional y mental, y se les ofrece participar en actividades que tienen como fin promover el envejecimiento activo, como actividad física, talleres, o charlas educativas, entre otros (Kvist 2018). De esta forma, el sistema realiza una búsqueda activa de las personas con dependencia, a la vez que ofrece las herramientas necesarias para que aquellos que gozan de buena salud y autonomía funcional, continúen haciéndolo.

Otros servicios que tienen como objetivo brindar soporte a los adultos mayores para que permanezcan en su hogar pueden ser servicios de comidas a domicilios (como ocurre, por ejemplo, en Dinamarca, Holanda o Escocia, con costo adicional) y servicios de transporte (Francia, Holanda, Japón). En Dinamarca, bajo determinadas circunstancias, el sistema puede subsidiar la compra de un vehículo de transporte, si el mismo colabora a la inserción de la persona dependiente en la sociedad, a través de la participación en actividades educativas o laborales (Colombo 2011, Olivares-Tirado y Tamiya 2014, Celsus 2016, Kvist 2018).

El desarrollo de "viviendas asistidas" como una alternativa a las residencias a largo plazo, que le permiten a la persona permanecer en un ambiente más parecido al propio hogar, aunque con espacio comunes y servicios de asistencia, también ha cobrado importancia en los países desarrollados. Esta es una opción atractiva para aquellos adultos mayores que son relativamente autónomos, pero necesitan ayuda en algunas actividades cotidianas (Cafagna et al. 2019). El desarrollo de este tipo de viviendas como parte de los servicios ofrecidos por el sistema de cuidados es más sencillo en países como Dinamarca, en donde una gran proporción de las personas mayores viven en viviendas alquiladas y, por lo tanto, pueden mudarse fácilmente de un lugar a otro; sin embargo, en países como España, donde la mayor parte de las personas mayores son dueños de su propia vivienda y tienen la aspiración de dejarla a sus hijos, la implementación de este modelo se vuelve más difícil.

Finalmente, el sector también se ha visto beneficiado por los avances en el campo tecnológico. Por ejemplo, aplicaciones que se conectan a los teléfonos celulares permiten, no sólo monitorear condiciones de salud, sino también prevenir caídas o accidentes domésticos, así como avisar al cuidador responsable de la persona dependiente acerca de estos eventos, o incluso permitir monitorear la localización de la persona dependiente. El desarrollo de "robots sociales" que acompañan al adulto mayor en su día a día, y lo asisten en sus actividades sociales, también es prometedor. Se espera que este tipo de servicios sean cada vez más utilizados en el área de los cuidados a los adultos mayores, aumentando, asimismo, su accesibilidad, con el desarrollo de robots que puedan medir los signos vitales, monitorear la toma de medicamentos y la alimentación, además de ayudar al adulto mayor a mantenerse activo (Cafagna et al. 2019). En muchos casos, el desarrollo de este tipo de tecnologías implicará nuevos desafíos, por ejemplo, la disponibilidad de conexiones a internet de banda ancha en los hogares.

2.1.2 Formas de provisión de los servicios de asistencia domiciliaria

En general, los servicios de cuidados de largo plazo pueden ser provistos de manera directa (en el caso de los servicios a domicilio, esto se traduciría, por ejemplo, en el derecho a una cierta cantidad de horas de ayuda a la semana), o mediante transferencias monetarias. Además, los servicios pueden ser brindados por proveedores públicos o privados, y se puede o no permitir la contratación de familiares en el rol de cuidadores.

Como mecanismo para contener los costos de los servicios, y en respuesta a las preferencias de los usuarios, en términos generales, se observa una tendencia a dar más flexibilidad y ampliar las posibilidades de elección de los beneficiarios, ya sea a través de la entrega de transferencias monetarias que permitan contratar al cuidador que se prefiera (incluyendo cuidadores familiares), o a través de la dinamización del mercado de proveedores autorizados a brindar servicios de atención domiciliaria, al permitir un aumento en el número de empresas oferentes (Swartz 2013). En esta subsección analizamos las distintas formas de provisión de los servicios, así como los distintos tipos de proveedores y la organización del mercado de atención domiciliaria.

Transferencias monetarias o provisión directa de servicios

Glendinning et al. (2000) argumentan que la provisión de los servicios de cuidados en el hogar se puede ubicar dentro de un espectro de relaciones en donde se define la interacción entre cuidados y pago. En un extremo está el cuidado informal no remunerado, provisto generalmente por miembros de la familia (mujeres) y, en el otro, el cuidado profesional provisto y financiado en su totalidad por el Estado. En el intermedio existen una variedad de opciones, entre las que se destacan: la provisión directa (que por lo general se especifica como una cantidad fija de horas de cuidado, según la necesidad), las transferencias monetarias a la persona dependiente o su familia, ya sea condicionadas o no, y los pagos directos a los cuidadores familiares (estos últimos se discutirán en el próximo apartado). El tipo de ayuda que se decida dar refleja, en gran parte, tradiciones culturales que tienen que ver con creencias en lo que respecta a la definición de las responsabilidades del Estado y las familias en garantizar el bienestar individual (Triantafillou et al. 2010).

Dentro de los países que han optado por la provisión directa se destacan Corea, Japón, y los países nórdicos, donde las transferencias monetarias se otorgan solamente en casos excepcionales y con fines muy específicos. Por ejemplo, en Corea, las transferencias tienen

lugar solamente cuando la persona dependiente vive en alguna zona remota, donde el acceso a los servicios directos provistos por el Estado es dificultoso (Choi 2015, MHW-NHIS ROK s/f). Para aquellas personas de bajos ingresos que, aun necesitando cierto nivel de ayuda, no califican para recibir los beneficios del sistema de cuidados, se prevé la entrega de *vouchers* a la persona dependiente; si el gasto final en cuidados resulta mayor al valor otorgado, la diferencia es cubierta por el usuario (Choi 2015). En Japón se prevén transferencias monetarias con fines muy específicos, como puede ser la adquisición de equipos especiales (Olivares-Tirado y Tamiya 2014). En los países nórdicos también hay un énfasis en la contratación de servicios formales a través de la provisión directa, aunque existen programas de transferencias a familiares o a personas dependientes a cargo de los gobiernos municipales; en estos casos son los propios gobiernos locales que deciden las condiciones y requisitos para su provisión (Schulz 2010, Spasova et al. 2018, Skevik Grødem 2018).

En los casos en los que se otorgan transferencias monetarias, los grados de control sobre su uso varía. Se argumenta que las transferencias de libre disponibilidad, si bien pueden resultar atractivas en términos de costo y flexibilidad, tienden a reforzar los roles de género y el papel de la mujer como proveedora de servicios de apoyo (Cafagna et al. 2019). Por lo tanto, en aquellos países donde uno de los objetivos de los sistemas de cuidados sea liberar el tiempo de cuidado de las mujeres familiares cuidadoras para incentivar su participación en el mercado laboral e impulsar la corresponsabilidad en los cuidados, se debería optar por fomentar el cuidado formal, ya sea a través de la provisión directa de los cuidados, o a través de la entrega de *vouchers* o transferencias dirigidas que deban ser usadas exclusivamente para contratar estos servicios en el mercado. Por otro lado, en los países en los que el rol del Estado es subsidiario a la responsabilidad de las familias, o en caso de que se considere que las perspectivas de participación laboral de las mujeres familiares que cuidan es baja, se puede optar por las transferencias monetarias no condicionadas, o incluso el pago directo a los cuidadores informales.

La mayoría de los países han optado por transferencias condicionadas, asegurando así que el dinero sea utilizado para los fines previstos (Le Bihan 2018, Spasova et al. 2018). La manera más utilizada de controlar que esto suceda es a través de la definición de presupuestos personales, elaborados caso a caso y que, por lo general, toman en cuenta no sólo las necesidades de la persona dependiente, sino también la de sus cuidadores (Cafagna et al. 2019). Bajo este tipo de modalidad, existente en países como Escocia, España, Holanda e Inglaterra,

el personal del sistema, conjuntamente con la persona dependiente y su familia, define un plan de cuidados mediante el cual se especifica cómo pueden ser utilizados los recursos recibidos (Gutierrez et al. 2010, Pike et al. 2019, Glendinning 2018, Celsus 2016). En estos casos, los recursos pueden ser transferidos directamente a la persona dependiente o a su familia, con controles estrictos de gastos, o puede ser administrado directamente por el sistema, que paga a los proveedores en nombre del beneficiario, en cuyo caso la provisión se asemejaría a una provisión directa de servicios (Cafagna et al. 2019).

En Francia también se optó por la entrega de transferencias condicionadas con base en un presupuesto personal, con montos que varían de acuerdo con el nivel de dependencia y el ingreso de los beneficiarios (Le Bihain 2018); la diferencia con los casos anteriores es que la persona es siempre responsable de contratar estos beneficios en el mercado, no existiendo la posibilidad de tercerizar la responsabilidad a las autoridades o administradores del sistema. Existen controles estrictos sobre los gastos, de modo que puedan asegurarse que el dinero sea utilizado con el propósito deseado, además de otorgar incentivos fiscales al correcto uso de los fondos (Doti, Nadash y Racco 2015).

Así, la elaboración de presupuestos personales, atados a las necesidades específicas de cada persona, tiene la ventaja de otorgar mayor flexibilidad y libertad a los usuarios, al permitirles, no sólo elegir entre diferentes proveedores, sino también tener una mayor injerencia en el tipo y la forma de cuidados que reciben (Swartz 2013). Cabe destacar que los planes de cuidados personalizados también son utilizados en países que se caracterizan por la provisión directa de beneficios, como Corea, Japón o Dinamarca (Olivares-Tirado y Tamiya 2014, MHW-NHIS ROK s/f, Schulz 2010).

Sólo en pocos países, entre los que destacan Alemania, Italia, y Austria, el uso de las transferencias monetarias es completamente discrecional, incentivándose, de esta forma, el cuidado informal (Spasova et al. 2018, Angermann y Eichhorst 2013). En Alemania los beneficiarios también tienen libertad de optar entre la provisión directa o las transferencias monetarias libres aunque, salvo para los niveles de ingresos más bajos, el valor de las transferencias monetarias se fija en 50% del costo que tendría proveer los servicios en forma directa (Centre for Policy Ageing 2016, German Federal Ministry of Health 2017). En los países del Reino Unido también se prevé una transferencia no condicionada a las personas mayores de 65 años que necesiten ayuda o supervisión en forma diaria; el monto varía de acuerdo a la necesidad, pero es independiente del ingreso de la persona (Pudney 2010).

Transferencias a cuidadores informales

Independientemente del grado de desarrollo de los sistemas de apoyo a la dependencia de largo plazo, en casi todos los países el rol de la familia en los cuidados sigue siendo preponderante. En los países de la OECD, se estima que 20% de los adultos mayores de 50 años con al menos una limitación reciben ayuda informal, proporción que se duplica entre aquellos que tienen dos o más limitaciones. Además, más de un 10% de los adultos mayores de 50 años proveen ayuda a una persona con dependencia (Colombo et al. 2011).

Ante el reconocimiento de esta realidad, muchos países están incluyendo beneficios para los cuidadores familiares dentro de las prestaciones del sistema; las mismas no se limitan a transferencias monetarias, sino que incluyen servicios de respiro, flexibilidad laboral, cursos de entrenamiento y servicios de consejería, asesoramiento, o soporte emocional, entre otros.

En particular, cuando las transferencias son condicionadas y el gasto monitoreado, se debe decidir si se permite el pago a los cuidadores familiares. La posibilidad de contratar a un cuidador familiar, así como las condiciones de contratación, y el monto de la transferencia, dependerá del énfasis que se quiera dar al desarrollo de un mercado formal de cuidados versus los cuidados familiares.

Por lo general, se permite usar las transferencias condicionadas para contratar a familiares directos como asistentes personales, aunque en Francia no se pueden contratar al cónyuge, mientras que en España la contratación de familiares es posible sólo si se demuestra la existencia de una relación previa de cuidados y no hay otros proveedores acreditados en la localidad (Le Bihain 2018, Rodríguez-Cabrero et al. 2018). La contratación de cuidadores familiares (u otros cuidadores no profesionales) no está permitida en Corea o Japón (Olivares-Tirado y Tamiya 2014, Choi 2015). Además, como forma de incentivar el desarrollo de un mercado formal de cuidadores, en países como España o Alemania, el monto de la transferencia varía, según se use para contratar un cuidador profesional o para pagarle a un cuidador familiar, siendo menor en este último caso (Spasova et al. 2018).

En algunos países, bajo ciertas condiciones, se prevé un pago directo a los cuidadores no remunerados, para compensarlos por los ingresos perdidos o los gastos extras asociados al cuidado de una persona dependiente. En Polonia, el Reino Unido, Hungría e Irlanda, existen restricciones que tienen que ver con la participación del cuidador familiar en el mercado formal

de trabajo; mientras que en Eslovenia, Eslovaquia, Dinamarca y Noruega, la transferencia está limitada a aquellos cuidadores de dependientes severos o terminales (Schulz 2010, Spasova et al. 2018).

En ciertos casos (Alemania, España, Reino Unido, Finlandia, entre otros), además de permitirse el pago a los cuidadores familiares, el sistema cubre total o parcialmente las contribuciones a la seguridad social (Spasova et al. 2018). En Alemania, además, se prevé un seguro de accidente para aquellos cuidadores que no estén empleados por más de treinta horas semanales, y cuyas tareas de cuidados conlleven al menos diez horas y dos días a la semana (European Commission 2017).

Por ejemplo, en Dinamarca y Suecia, los cuidadores familiares tienen derecho, bajo ciertas condiciones, a ser empleados por la municipalidad respectiva, recibiendo un sueldo por sus tareas (Kvist 2018, Schön y Heap 2018), mientras que en Noruega tienen derecho a una compensación monetaria si están cuidando a un enfermo terminal o si demuestran que están realizando una tarea que debería ser cubierta por la municipalidad respectiva (Skevik Grødem 2018). De todas formas, la compensación directa a los cuidadores familiares en los países nórdicos está limitada a aquellos casos en los que la provisión directa de servicios es difícil (Triantafyllou et al. 2010).

Otros beneficios para los cuidadores informales

Además de las transferencias monetarias a cuidadores familiares, descritas en el apartado anterior, algunos países prevén beneficios tales como flexibilidad laboral, servicios de respiro, cursos de formación, o asistencia psicológica. En este sentido, una manera de aliviar la carga de los cuidadores informales que, además, participan activamente en el mercado de trabajo formal, es otorgándoles flexibilidad laboral. Varios son los países que tienen regulaciones en este sentido. En Alemania, desde el año 2008, los cuidadores de personas con dependencia tienen derecho a licencia sin goce de sueldo por un máximo de seis meses, o a trabajar medio horario por 24 meses (European Commission 2017). En Francia, los cuidadores de una persona dependiente pueden tomar hasta tres meses de licencia sin goce de sueldo, sin perder sus derechos laborales, con un tope máximo de hasta doce meses a lo largo de toda su carrera (European Commission 2016a). En Canadá, desde enero de 2004, los cuidadores de una persona que tenga riesgo de vida en los próximos seis meses y que forman parte del mercado laboral tienen derecho a un período de licencia de ocho semanas y una ayuda económica igual

a 58% de su salario durante seis semanas (de esas ocho) (Canadian Health Association 2009). En España, la legislación también prevé la posibilidad de trabajar menos horas o tomar licencia sin goce de sueldo para aquellos que deban cuidar de una persona mayor dependiente (Triantafyllou et al. 2010).

Aun cuando se otorgue flexibilidad laboral, las responsabilidades de cuidados impactan negativamente la continuidad laboral de los cuidadores familiares. Atendiendo a esta situación, ciertos países (por ejemplo, Alemania y España) incluyen a los cuidadores informales en sus sistemas de seguridad social de manera que puedan contar con una pensión cuando lleguen a la edad de retiro; en algunos casos, como Alemania, se incluye incluso un seguro por accidentes laborales (Triantafyllou et al. 2010).

Los llamados servicios de respiro, pensados para que los cuidadores familiares puedan tomar un descanso de sus rutinas de cuidados, son otra forma de apoyo al cuidado familiar. Según Spasova et al. (2018) en Europa son pocos los países que han desarrollado servicios de respiro acorde a las necesidades de los cuidadores familiares, los cuales pueden ser otorgados ya sea en forma directa, como, por ejemplo, estancias en instituciones, el uso de centros de día o de noche, o la ayuda de un cuidador formal en momentos puntuales (como sucede en Alemania, Dinamarca, Finlandia, u Holanda), o como transferencias monetarias destinadas a cubrir las necesidades de cuidados por períodos cortos (como en Francia). En Corea y Japón también se incluyen los servicios de respiro como parte del paquete de beneficios del sistema (Choi 2015, Centre for Policy Ageing 2016). Varios países (como Alemania, Austria, Francia, España y Holanda) apoyan a los cuidadores informales al proveer servicios de información telefónica, asesoramiento, o consejería (German Federal Ministry of Health 2017, Spasova et al. 2018).

Vale la pena mencionar el caso de Escocia, ya que es el único país de los estudiados donde las necesidades de los cuidadores familiares son evaluadas mediante un mecanismo formal, y son calificadas en críticas, sustanciales, moderadas, y bajas. Aquellos con necesidades críticas o sustanciales tienen derecho a recibir apoyo y elegir el tipo de apoyo que desean, siempre que cumplan con determinados requerimientos. Pueden optar por recibir ayuda financiera (ésta es diferente a la ayuda financiera que pueda recibir la persona dependiente) o ayuda directa, por ejemplo, la ayuda de un asistente personal puntual para casos de vacaciones, enfermedad, etc. La evaluación es diferente, dependiendo de la edad del cuidador (Gobierno de Escocia 2014).

Proveedores de los servicios

En lo que respecta a los proveedores de los servicios, la regla general es que los usuarios puedan elegir entre los diferentes proveedores acreditados por el sistema, ya sean públicos o privados, con o sin fines de lucro. En ciertos países, como Francia, Japón, Dinamarca, los precios que pueden cargar los proveedores privados están regulados (Joel et al. 2010, Centre of Policy Ageing 2016, Fresch y Jensen 2011).

2.1.3 Población objetivo

Todos los países deben establecer criterios para acceder a los servicios de cuidados. Por lo general, dependiendo del grado de dependencia y la edad de la persona se define la canasta de prestaciones a las que se tiene acceso. El nivel de ingresos de la persona, si bien por lo general no determina el derecho a los servicios (salvo en países como Inglaterra o EE. UU.), sí determina el costo que los usuarios tienen que pagar para acceder a los mismos (esto es, el nivel de copagos).

Cobertura

La cobertura de los servicios de cuidados domiciliarios está inscrita en las reglas de cobertura del sistema general de cuidados de largo plazo en cada país. Además del nivel de dependencia, la edad de la persona dependiente es otra de las variables que, en algunos países, se utiliza para definir el acceso al sistema. Este es el caso de Corea y Japón, con la salvedad de que, en estos países, aquellas personas menores de 65 años que sufran de determinadas condiciones de salud, previamente estipuladas, también pueden acceder a las prestaciones (MHW-NHIS ROK s/f, Olivares-Tirado y N. Tamiya 2014). En Inglaterra, las personas mayores de 18 años tienen derecho a los beneficios del sistema, mientras que las transferencias monetarias no condicionadas están dirigidas a las personas mayores de 65 años, igual que en el resto del Reino Unido (The England Care Act 2014, Pudney 2010).

En países como España o Dinamarca el sistema cubre a personas de todas las edades. En Escocia, hasta abril de 2019, el sistema cubría solamente a aquellas personas de 65 años o más; una reforma reciente extendió la cobertura a todas las edades (The Scottish Government 2019). En Alemania, cualquier persona con alguna limitación física o mental y que haya contribuido al seguro obligatorio durante dos años o más tiene derecho a beneficios, sin distinción de edad; el sistema también cubre a los niños y a los cónyuges que no participan del

mercado laboral (European Commission 2017). También en Francia las personas de todas las edades están cubiertas, aunque operan diferentes sistemas para los mayores de 60 años y para los menores de esa edad⁵.

Elegibilidad

En todos los casos, el nivel de dependencia determina el nivel o el tipo de beneficios al que se tiene derecho. Salvo en excepciones como EE. UU. o Inglaterra, el nivel de ingresos de la persona o su grupo familiar no es una condición para acceder a los beneficios, pero sí para determinar el nivel de copagos al que están sujetos los usuarios.

Por lo general, como forma de incentivar la desinstitutionalización, se observa que las condiciones de acceso a los beneficios de atención a domicilio son menos restrictivas que en el caso de los servicios residenciales (ECE-MIPAA 2017). En la mayoría de los países, las personas de cualquier nivel de dependencia pueden acceder a los servicios de apoyo domiciliario (incluidas las personas con demencia), reservándose el cuidado institucional para aquellas personas con niveles de dependencia más elevados (ibid.). En Alemania, por otra parte, el cuidado institucional está reservado sólo para aquellos casos donde no sea posible la atención domiciliaria, independientemente del nivel de dependencia (Heinicke y Thomsen 2010).

2.1.4 Costo de los servicios de atención domiciliaria

Con la excepción de Escocia y Dinamarca, donde cualquier persona que necesite cuidados personales en forma permanente⁶ tiene derecho a recibirlos en forma gratuita sin importar su edad ni su ingreso (Schulz 2010), el uso de copagos para financiar los servicios es una práctica común. Por lo general, los mismos dependen del nivel de ingreso de la persona, como es el caso de España, Francia, Holanda (Gutierrez et al. 2010, Joel et al. 2010, Celsus 2016), pero existen casos como Japón y Corea en donde los mismos son fijos (aunque existen subsidios para la población más vulnerable) (Centre of Policy Ageing 2016, MHW-NHIS ROK s/f). En Irlanda, el costo de los servicios depende de la edad de la persona, siendo los servicios personales gratuitos para los dependientes mayores de 75 años (Glendinning 2018).

⁵ *Personalised Autonomy Benefit* para las personas mayores de 60, y *Disability Compensation Benefit* para los menores de 60 años.

⁶ En Dinamarca, cuando la ayuda que se necesita es de carácter puntual o coyuntural, la misma está sujeta al copago de los usuarios, aunque los niveles son bajos.

Existe gran heterogeneidad entre los niveles de copagos que fijan los países. En algunos casos, como Suecia o Noruega, se fijan niveles relativamente bajos; por ejemplo, en Suecia, los usuarios pagan solamente 4% o 5% del costo del servicio (Schön y Heap 2018), mientras que, en países como en Francia los mismos pueden llegar a ser significativos, hasta 90% (Le Bihan y Martin 2013).

Muchas veces se establecen niveles de copagos diferenciales, de menor cuantía, para el caso de los servicios domiciliarios en comparación con los aplicables a los cuidados residenciales. Por ejemplo, en Escocia, si bien el acceso a los servicios de apoyo a domicilio es gratuito para las personas dependientes de cualquier edad, en el caso de los servicios residenciales, los costos de alojamiento y comida (*costos de hospedaje*), deben ser financiados por los beneficiarios (Adams et al. 2016, Bell y Bowes 2012). Algo similar ocurre en Alemania, donde los *costos de hotel* de los servicios residenciales también son financiados por los usuarios, con copagos que pueden llegar al 50% (Schulz 2010). En Corea, los servicios de apoyo a domicilio están sujetos a un nivel de copagos del 15%, mientras que el mismo asciende a 20% en el caso de los residenciales (MHW-NHIS ROK s/f). En Francia, donde la persona dependiente recibe un presupuesto personal, que luego es utilizado para pagar los servicios de acuerdo con sus necesidades (ver Sección 2.1.2), el costo para el usuario termina siendo menor, por lo general, cuando se contratan servicios de ayuda domiciliaria; en este sentido, el copago en el caso de los servicios residenciales puede llegar al 70% o 90% (Le Bihan y Martin 2013, Heger y Korfhage 2018)⁷.

Un punto importante a tener en cuenta en el caso de la fijación de copagos es el riesgo de que los mismos pueden tener un efecto disuasorio, llevando a que algunas desistan de contratar los servicios, aun cuando los necesiten. Esto tiene consecuencias tanto en términos de cobertura como de financiamiento del sistema.

2.1.5 Incentivos y controles a la calidad de los servicios de atención domiciliaria

Si bien la regla general es que, cuando los servicios son provistos por empresas privadas, las mismas deban contar con la aprobación de la autoridad correspondiente (sea gobierno local o nacional), la regulación de la calidad de los servicios de apoyo domiciliarios es, en la mayoría de los casos, laxa o incluso inexistente, contrastando con la situación de los servicios residenciales, donde se establecen criterios de calidad mínima, acreditación y regulación

⁷ Los elevados niveles de copago en Francia han dado lugar al desarrollo de un mercado de seguros privados complementarios.

(OECD 2013, Spasova et al. 2018). Por ejemplo, en Dinamarca, la fijación de estándares de calidad para las empresas encargadas de proveer servicios de atención a domicilio está a cargo de las municipalidades; sin embargo, la evidencia muestra que el control del cumplimiento de estos estándares es, en la mayoría de los casos, inadecuado (Fersch y Jensen 2011).

Los servicios de atención domiciliaria son intensivos en el uso de recursos humanos, por lo que una de las principales maneras de garantizar una buena calidad del servicio es a través de la imposición de requisitos de formación y acreditación de los asistentes personales. Sin embargo, pocos países –entre ellos, España, Japón y Corea– cuentan con requisitos de formación y acreditación obligatoria de los asistentes personales (OECD 2013). Incluso en países donde existen requisitos, muchas veces no se cumplen; evidencia de Australia, Estados Unidos, y Holanda muestra que entre el 17% y el 60% de los cuidadores no cuentan con las calificaciones necesarias, especialmente en el ámbito de los cuidados domiciliarios (OECD 2013).

Fuertemente relacionado con lo anterior, las condiciones de trabajo de los cuidadores también impactan en la calidad de los servicios: niveles de remuneración adecuados, acceso a la seguridad social y baja rotación, son aspectos que repercuten en la satisfacción laboral y, consecuentemente, en los niveles de calidad de los servicios prestados. No obstante, a pesar de los esfuerzos de varios de los países analizados en revertir esta situación, aún existe un alto grado de precariedad en las condiciones laborales del sector (ver Sección 4 para más detalles). A esto se suma el hecho de que, en la mayoría de los países, los servicios de atención domiciliaria son provistos por miembros de la familia que, por lo general, no tienen la formación necesaria para la tarea. En este sentido, sólo algunos pocos países brindan cursos de entrenamiento o formación a cuidadores familiares, entre los cuales, se encuentran España, Francia y Alemania (Le Bihain 2018, German Federal Ministry of Health 2017).

La inspección de los servicios, práctica común en el caso de los servicios residenciales, no es muy utilizada en el caso de los servicios a domicilio donde encontramos poca evidencia de la existencia de procesos formales de evaluación. En Corea, por ejemplo, los proveedores de los servicios son evaluados bianualmente y los resultados de la evaluación son públicos. Mientras, en Suecia, todos los usuarios del sistema de cuidados de largo plazo deben completar una encuesta anual de satisfacción, cuyos resultados también son públicos y, en Japón, la auditoría y acreditación de los proveedores son condiciones necesarias para que los mismos reciban los pagos de las municipalidades (Choi 2015, Schön y Heap 2018, OECD 2013). Las encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios como forma de monitorear la

calidad también son obligatorias en Inglaterra; los resultados se combinan en un ranking y se hacen públicos, pero la evidencia muestra que, si bien este ranking es ampliamente utilizado como fuente de información para la decisión en el caso de los servicios residenciales, en el caso de los servicios a domicilio, su utilidad es más baja (Malley 2010). Un caso también interesante es el del País Vasco, en España, que sigue un modelo de seguimiento de la atención domiciliaria para garantizar su calidad (Leturia et al. 2015).

Por último, otra forma de incentivar la calidad del servicio, adoptada por Japón, EE. UU., y Corea, es a través de incentivos monetarios con base en resultados (por ejemplo, con base en porcentaje de usuarios que muestran una mejoría en sus funciones físicas), así como incentivos a la formación continua de sus recursos humanos (OECD 2013).

2.2 Desarrollo de los servicios de atención domiciliaria en ALC

Los países de la región no son ajenos al proceso de envejecimiento global y, por lo tanto, al aumento en las necesidades de servicios de apoyo de largo plazo. Aranco et al. (2018) estiman que el número de personas dependientes mayores de 60 años en la región llega a los 8 millones, poco más del 12% de la población en ese rango etario, porcentaje que podría llegar a incrementarse al 17% (alcanzando los 32 millones de personas) hacia 2050, si se mantiene la tendencia creciente en la prevalencia de enfermedades crónicas y tasas de dependencia que se observa hasta el momento.

Sin embargo, solamente Uruguay cuenta con una política integral de cuidados de largo plazo a nivel nacional, en funcionamiento desde fines de 2015, aunque con cobertura limitada. En Chile existe también una política de cuidados, aunque actualmente funciona en solamente 20 de las 346 comunas existentes en el país. Por su parte, Colombia ha puesto el tema en la agenda pública, y se encuentra en pleno diseño de una política de cuidados a nivel nacional (Flórez et al. 2019).

En ambos casos, los servicios de apoyo domiciliarios son parte del paquete de beneficios ofrecidos, aunque con diferencias que vale la pena mencionar. En Uruguay, el servicio está pensado para aquellas personas con nivel de dependencia severa, en dos franjas de edad: menores de 30 años, y 80 años o más. La forma de provisión es directa, y consiste en 80 horas al mes de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. El Estado puede subsidiar la totalidad, parte, o nada, del costo del servicio, dependiendo del ingreso del núcleo

familiar de la persona que requiere el apoyo. Independientemente del nivel de subsidio recibido, el beneficiario de la prestación puede, si así lo desea, aumentar las horas semanales de la contratación, siempre que se haga cargo de los costos adicionales correspondientes.

El sistema pone un énfasis importante en la profesionalización de las tareas de cuidados, estableciéndose requisitos de formación y acreditación de los asistentes personales, y prohibiéndose la contratación de familiares como cuidadores⁸. El asistente puede ser contratado a nivel personal o a través de una empresa suministradora de servicios de cuidados habilitada, aunque esta última modalidad todavía no se ha desarrollado en el país. Hasta mayo de 2019, el programa atendía a un total de 4 mil 783 personas, de las cuales mil 949 eran mayores de 65 años. Esta cifra representa menos del 3% de los adultos mayores de 65 con algún nivel de dependencia en el país⁹.

En el caso de Chile, los servicios de apoyo domiciliarios están dirigidos a aquellas personas de 60 años o más, con niveles de dependencia moderada y severa; el sistema apunta a cubrir las necesidades de la población en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, por lo que no se prevén copagos. El servicio se brinda por ocho horas semanales, con un máximo de 32 horas mensuales. Las tareas del asistente personal se definen de acuerdo a un plan de atención individual que se formula caso a caso (Gobierno de Chile 2017). Además, en algunas comunas, se incluyen ayudas financieras para realizar adaptaciones en el hogar, que le permita a la persona dependiente continuar viviendo en su domicilio.

Debe destacarse que, además del programa de atención domiciliaria del Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados, funcionan en Chile dos programas más de este tipo, ambos dirigidos también a la población en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica: un programa a cargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor para personas mayores de 60 años con dependencia moderada o severa, que consiste en la visita de un asistente personal dos veces por semana, tres horas (SENAMA 2017); y un programa del Ministerio de Salud, dirigido a personas con dependencia severa (postrados) de cualquier edad, en donde la ayuda otorgada se determina caso a caso, de acuerdo con un plan definido previamente.

⁸ Específicamente, no se permite contratar a quienes tengan una relación de consanguinidad de hasta cuarto grado, o hasta segundo grado de afinidad. Esto incluye a padres, hijos, hermanos, tíos, primos, cónyuges, suegros, y cuñados.

⁹ Basado en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013, el 13.7% de los mayores de 65 años tiene al menos una dificultad para la realización de alguna actividad de la vida diaria (básica o instrumental), lo cual equivale a aproximadamente 67 mil 700 personas, según las estimaciones de población por franjas de edad de Naciones Unidas (2017).

Con respecto a los apoyos a los cuidadores familiares, los mismos no están previstos en el caso de Uruguay, mientras que, en el caso de Chile, *Chile Cuida* ofrece grupos de apoyo, talleres psicoeducativos y asesoramiento para abordar situaciones complejas (Gobierno de Chile 2017); además, el programa del Ministerio de Salud incluye capacitación a los cuidadores familiares.

A pesar del relativo rezago de los países de la región en lo que tiene que ver con el diseño y la implementación de políticas a nivel nacional, se observa un creciente interés en el tema, reflejado en algunas iniciativas concretas, tanto a nivel del sector público como del sector privado, con o sin fines de lucro. En Argentina, por ejemplo, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (conocido como PAMI) ofrece transferencias mediante subsidios para servicios en el domicilio. Estos servicios, así como otros que entrega el organismo, se financian mediante un sistema de aseguramiento social contributivo, de transferencias del gobierno nacional y de otros ingresos corrientes.

También se destacan los esfuerzos de formación de recursos humanos ante el reconocimiento de una demanda laboral que va en aumento. En Argentina, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social ofrece cursos de formación para aquellos que deseen desempeñarse formalmente como cuidadores, y mantiene un registro público de quienes han terminado la formación, de manera que pueda facilitar el contacto por parte de las personas dependientes. En México, el Instituto Nacional de las Personas Mayores ofrece jornadas de información a cuidadores, y a través de la Fundación Carlos Slim se dictan cursos virtuales de atención a la dependencia. Iniciativas similares existen en varios países como Brasil, Colombia, Costa Rica, Paraguay o Perú, entre otros.

El desarrollo de tecnología en el sector es incipiente. Además del desarrollo de empresas de teleasistencia impulsadas por el Sistema Integrado de Cuidados en Uruguay, existen iniciativas locales en otros países, como en Tigre en Argentina y Antioquia en Colombia.

Del análisis anterior se desprende que, si bien los países de la región están realizando esfuerzos para mejorar la oferta de servicios de atención a domicilio para personas con dependencia funcional, el progreso es aún incipiente, y en los casos en que existen servicios, la cobertura es limitada.

Tabla 1: Características de sistemas de apoyo domiciliario en países seleccionados

País	Financiamiento				Requisitos de cobertura				Forma de provisión de servicios en el hogar			Apoyo a cuidadores familiares		Incentivos a la calidad
	Seguro obligatorio	Aportes gobierno central	Aportes gobiernos locales	Copagos	Nivel dependencia	Edad	Medios	Otro	Provisión directa	Transferencias condicionadas	Transferencias no condicionadas	Transferencias	Otros	
Alemania	Sí	No	No	Sí. Subsidio a menores ingresos	Sí	No	No	contribuciones >2 años dependencia > 6 meses	Sí	No	Sí	Sí	Cursos de formación Servicios de respiro Beneficios laborales	Acreditación de cuidadores
Corea	Sí	Sí	Sí	Sí. Subsidios a menores ingresos	Sí	65+ Enferm. geriátricas	No	dependencia > 6 meses	Sí	Sí	Excepcionalmente	Excepcionalmente		Acreditación de cuidadores Incentivos monetarios con base en resultados
Dinamarca	No	Sí	Sí	Para dependencia da de corto plazo	Sí	Sin límite	No	No	Sí	Definido a nivel local		Sí	Servicios de respiro.	A cargo de gobiernos locales
Escocia	No	Sí	Sí	Para servicios no personales	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	Depende de necesidad (evaluación formal)		
España	No	Sí	Sí	Relativos al nivel de ingresos. Definido a nivel local	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Cursos de formación	Acreditación de cuidadores
Francia	Sí	Sí	Sí	Relativos al nivel de ingresos	Sí	60+	No	No	No	Sí	No	Sí (excepto cónyuge)	Cursos de formación Servicios de respiro Beneficios laborales	
Holanda	Sí	No	Sí	Definido a nivel local	Definido a nivel local	Definido a nivel local	No	Definido a nivel local	Definido a nivel local			Definido a nivel local		Encuestas de satisfacción
Inglaterra	No	Sí	Sí		Sí	18+ 65+ para transferencia no condicionadas	Sí (excepto para transferencia no condicionada)	No	Sí	Sí	Sí	Sí		Acreditación de cuidadores Encuestas de satisfacción
Japón	Sí	Sí	Sí	Sí. Subsidio a menores ingresos	Sí	65+ Enferm. geriátricas	No	No	Sí	Excepcionalmente	No	No		Acreditación de cuidadores Incentivos monetarios Precios regulados
EE. UU.	Sí (Medicare)	Sí	Sí	Sí	Sí	Medicare/Medicaid: 65+ PACE: 55+	Sí	No	Definido por cada programa			Definido por cada programa		Incentivos monetarios

Fuente: elaboración propia.

3 Impactos de la ayuda domiciliaria: la evidencia empírica

A nivel global, la importancia creciente de los servicios de ayuda domiciliaria para la atención a la dependencia está justificada por razones de preferencias de los usuarios, beneficios para salud de dependientes y cuidadores, y menores costos para el sistema. Esta sección resume la evidencia empírica que da sustento a estas afirmaciones. Incluimos solamente aquellos trabajos que analizan explícitamente el impacto de los servicios de atención domiciliaria, ya sea que se comparen con la alternativa de contar con otros tipos de cuidados (por ejemplo, cuidados institucionales o cuidados familiares), o con la alternativa de no contar con cuidado alguno. En el Anexo 2 se incluye un análisis más detallado de la metodología utilizada por los diferentes estudios e investigaciones.

Lo primero a notar es que existen pocas evaluaciones formales respecto a los resultados de las políticas de atención domiciliaria para la dependencia. Las mismas se enfocan en una o varias de las siguientes dimensiones:

- a) Efectos sobre la persona dependiente en términos de salud, movilidad, funcionalidad, y otras variables relacionadas con su bienestar físico y emocional.
- b) Efectos sobre los cuidadores familiares, en términos de sobrecarga de trabajo, bienestar físico y emocional, liberación de tiempo para realizar otras actividades laborales, educativas, o sociales.
- c) Efectos sobre los costos del sistema de salud, en términos de disminución de hospitalizaciones/urgencias innecesarias y liberación de camas.

En lo que sigue, presentamos la evidencia encontrada en cada una de estas áreas.

3.1 Impactos sobre la salud y el bienestar de los adultos mayores dependientes

Las personas mayores prefieren envejecer en su casa, rodeadas de un entorno familiar y seguro, y manteniendo al máximo posible sus redes sociales (OMS 2015). La decisión de dejar el hogar para ser atendido en una institución de largo plazo constituye una de las más difíciles, tanto para la persona dependiente, como para sus cuidadores (Boland et al. 2017, Costa-Font 2017) demuestra que, en efecto, las personas mayores de 55 años estarían dispuestas a pagar hasta el 16% de su ingreso para evitar ser institucionalizadas en la vejez y poder recibir cuidados en su propio domicilio. En este sentido, la posibilidad de contar con apoyo domiciliario que garantice

estos cuidados, tendría un efecto positivo en el bienestar subjetivo de la persona dependiente, al evitar el stress que significaría el desarraigo de su hogar.

La evidencia al respecto, sin embargo, no es clara. En general, se observan efectos positivos en el bienestar subjetivo y el nivel de satisfacción de las personas dependientes, pero los efectos encontrados sobre dimensiones más objetivas de salud o movilidad funcional son, en el mejor de los casos, leves. En una revisión de las evaluaciones existentes, Boland et al. (2017) argumentan que, si bien la evidencia favorece los cuidados domiciliarios cuando se los compara con la alternativa de envejecer en casa sin cuidados, cuando se comparan las alternativas de cuidados domiciliarios e institucionalización, los resultados en términos de salud física y mental, morbilidad, mortalidad, y nivel de autonomía funcional, no son concluyentes.

Con base en una muestra de adultos mayores participantes en un programa de ayuda a domicilio en Chicago, EE. UU., ya en 1988, Hughes et al. llegan a la conclusión de que, si bien las personas que cuentan con la ayuda de un asistente personal a domicilio muestran una mejoría en su capacidad cognitiva, en el mantenimiento de sus relaciones sociales, y en el grado en que ven sus necesidades de cuidados satisfechas, los efectos sobre el nivel de autonomía funcional (medido por la dificultad en realizar las actividades de la vida diaria) son leves. Los participantes del programa eran personas de 65 años o más, con necesidades de cuidados, tanto médicos, como no sanitarios, pero que no necesitaban supervisión constante de familiares o amigos. Como grupo de control se considera a los beneficiarios de un programa de “viandas a domicilio” para personas mayores.

A una conclusión parecida llegan Olivares-Tirado et al. (2012) para Japón, y Ghosh et al. (2014) al revisar los resultados de evaluaciones existentes del programa PACE en EE. UU. Los primeros estudian los efectos de contar con ayuda domiciliaria u otro tipo de servicio de ayuda comunitaria en la probabilidad de experimentar mejoras en la capacidad funcional, aprovechando el hecho de que en Japón el sistema prevé la reevaluación de los beneficiarios cada seis meses y muestran que, si bien el impacto es positivo, el mismo es muy leve.

Gosh et al. (2014), por su parte, encuentran que, entre los pocos estudios que utilizan una metodología rigurosa de evaluación, existen conclusiones contradictorias en lo que refiere a los efectos del programa en la mortalidad de los adultos mayores dependientes, aunque existe alguna evidencia (escasa) a favor de un aumento en la calidad del cuidado.

También para EE. UU., Nosek y Fuhrer (1995) concluyen, basándose en una serie de 65 entrevistas a personas de entre 20 y 68 años con discapacidad, que existe una relación positiva entre el nivel de satisfacción general con la vida y el nivel de satisfacción con la asistencia personal recibida (aunque no se establece ninguna relación de causalidad); sin embargo, contrario a lo esperado, los autores concluyen que no existe relación entre la satisfacción con el asistente personal y la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

También contrario a lo que cabría esperar, Callaghan y Towers (2014), en un estudio para el Reino Unido, encuentran que el recibir cuidados en el hogar está asociado con un menor sentido de control sobre los aspectos de la vida diaria al compararse con formas alternativas de cuidados, como las viviendas asistidas, o incluso la institucionalización en residenciales de alta calidad.

Una razón detrás de estos resultados poco concluyentes podría ser la heterogeneidad en los niveles de dependencia de los usuarios del servicio, ya que el impacto de los cuidados en la calidad de vida de quienes lo reciben depende de qué tanto éstos se necesiten. Teniendo en cuenta estos factores, con datos de 622 adultos mayores en Inglaterra, Forder et al. (2017) argumentan que los impactos positivos en la calidad de vida de los cuidados comunitarios¹⁰ tienen rendimientos marginales decrecientes; esto es, ante incrementos en la intensidad de la ayuda recibida, disminuye el impacto diferencial en la calidad de vida. También muestran que, para las personas con niveles de dependencia más elevados, el cambio marginal es mayor, lo cual puede pensarse como un argumento a favor de focalizar la ayuda hacia quienes más lo necesitan.

3.2 Impactos sobre la salud y el bienestar de los cuidadores

Una segunda dimensión de análisis tiene que ver con los efectos que el desarrollo de servicios de ayuda domiciliaria puede tener sobre los cuidadores o asistentes personales, tanto formales como informales. En el caso de los cuidadores formales, es de esperar que la regularización de las condiciones de trabajo y la valorización de las tareas de cuidados no solamente aumente la satisfacción laboral, sino que disminuya su carga de trabajo, con consecuencias positivas sobre su salud emocional y física. Estas afirmaciones son corroboradas por Flores et al. (2014) en un

¹⁰ Ya sea en la forma de cuidados domiciliarios, centros de días, viviendas asistidas u otros.

análisis comparativo entre cuidadores formales e informales en España, donde se evidencia que, en efecto, los cuidadores formales presentan mayores niveles de satisfacción, menores niveles de sobrecarga emocional, y mejor estado de salud físico y mental, cuando se los compara con los cuidadores informales.

En el caso de los cuidadores informales (por lo general, las mujeres de la familia), el hecho de contar con un sistema de apoyo alivia la carga de cuidados que deben afrontar, disminuyendo sus niveles de estrés emocional, y liberando tiempo para su participación en otras actividades, ya sean éstas productivas o no (Addati 2018). En este sentido, las consecuencias de las tareas de cuidados, tanto sobre la salud física y mental, así como sobre el bienestar económico y la participación laboral de los cuidadores está bien documentada (Brummett et al. 2006, Flores et al. 2014, Addati 2018, Costa-Font et al. 2019). Un estudio de 2006 muestra que, de hecho, los países en los que los apoyos al cuidado informal son más generosos, los cuidadores muestran una mayor calidad de vida (Triantafyllou et al. 2010).

Con respecto a los impactos sobre la participación laboral existe amplia evidencia, sobre todo para los países desarrollados, que apunta a una caída en la tasa de empleo formal o un aumento en la probabilidad de jubilación anticipada debido a las responsabilidades familiares de cuidado (ver Brimblecombe et al. 2018 para una lista reciente de referencias en el tema). Algunos ejemplos son ilustrativos: datos para Noruega muestran una caída en la participación laboral de los hijos adultos que tienen la responsabilidad de cuidar a sus padres; el impacto es mayor en el caso de que la persona dependiente sea cuidada en su propia casa, disminuyendo en aquellos casos en que la persona mayor se encuentra institucionalizada (Gautun and Bratt 2017, citado en Skevik Grødem 2018). También para Inglaterra existe evidencia de que el tener que cuidar a una persona dependiente, aunque sea diez horas a la semana (menos de una hora y media por día), tiene un efecto negativo en la participación laboral de los cuidadores familiares (King y Pickard 2013).

Las investigaciones que existen para países en desarrollo llegan a similares conclusiones. Por ejemplo, cerca del 40% de los cuidadores familiares en Nigeria y México rural se han visto obligados a abandonar o disminuir las horas de trabajo formal debido a las tareas de cuidados, y en China rural esta cifra llega a casi el 50% (Mayston et al. 2017).

En este sentido, se argumenta que la existencia de servicios de apoyo domiciliario u otros servicios de ayuda comunitaria (como centros de día, ayuda con tareas domésticas, servicios

de viandas, etc.), también ayuda a los cuidadores familiares a permanecer en el mercado formal de trabajo (Brimblecombe et al. 2018). Así lo demuestran Pickard et al. (2015, 2018) para Inglaterra, o Scharlach (2007) para EE. UU., entre otros (ver Brimblecombe et al. 2018 para una lista reciente de referencias en el tema). Los efectos son más pronunciados en el caso de las mujeres, y cuanto mayor es la intensidad del cuidado familiar informal. Un estudio para Alemania, sin embargo, que analiza los efectos de la provisión directa de servicios de apoyos domiciliarios, muestra efectos muy débiles en la participación laboral de los cuidadores familiares (Geyer y Korfhage 2015).

Las responsabilidades de los cuidados y el estrés que conlleva hacerse cargo de una persona dependiente también impacta negativamente en la salud de los cuidadores, incluso cuando las responsabilidades de cuidado ya han terminado (Brimblecombe et al. 2018). Un estudio comparativo realizado en once regiones de América Latina, China e India, pone en evidencia la sobrecarga emocional de los cuidadores de personas con demencia, medida por la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit¹¹. Los resultados coinciden con los encontrados por Flores et al. (2012) para Chile, quienes muestran que el 70% de los cuidadores de personas mayores con dependencia muestra sobrecarga, y el 80% tuvo que abandonar al menos alguna actividad debido a las responsabilidades de cuidados. Datos para Noruega muestran que el 10% de los cuidadores informales muestra niveles de sobrecarga intensa (Kelders y de Vaan 2018).

Sin embargo, cuando se trata de medir los impactos que un asistente personal u otras formas de ayuda domiciliaria tienen sobre el bienestar físico y mental de los cuidadores familiares, la evidencia es relativamente escasa, salvo en el caso de los servicios de respiro, en cuyo caso la evidencia existente es poco concluyente (Brimblecombe et al. 2018). Entre los pocos trabajos que encontramos, Ahlstrom y Wadensten (2011) se basan en entrevistas a cuidadores familiares en Suecia para documentar una mejora en la calidad de vida de los familiares de personas adultas dependientes al contar con la ayuda de un cuidador profesional. Resultados similares se observan en el caso de Escocia, donde a partir de que la atención domiciliaria se volvió gratuita, los familiares, si bien continúan participando de las tareas de cuidados, tienen más libertad de elegir en qué tipo de tareas involucrarse, volcándose más a acompañar a la persona dependiente a realizar actividades sociales o de recreación en detrimento de la ayuda con las

¹¹ La Escala de Zarit mide la sobrecarga del cuidador al evaluar: calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Se distinguen tres estados: (1) sobrecarga intensa, el cual se asocia a una mayor morbilidad del cuidador, (2) sobrecarga ligera, que se reconoce como un riesgo para entrar al nivel de sobrecarga intensa y, por lo tanto, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado, y (3) ausencia de sobrecarga.

actividades básicas o de autocuidado (Bell y Bowes 2006; Bell, Bowes, y Dawson 2007, citados en Bell y Bowes 2012).

En cuanto a los beneficios en especie dirigidos específicamente a los cuidadores, Brimblecombe et al. (2018) muestran un efecto positivo sobre la probabilidad de participar en el mercado formal de trabajo de las intervenciones del tipo apoyo psicológico, terapéutico, consejería, grupos de apoyo, y talleres de entrenamiento para cuidadores informales. Sin embargo, los resultados son menos claros en el caso de las licencias o flexibilidad laboral (ibíd.).

Con respecto a las transferencias monetarias, la medida resulta más controversial ya que, si bien pueden aumentar el bienestar de los cuidadores, sobre todo aquellos en los estratos de ingresos más bajos, también pueden tener efectos indeseados en términos de la participación laboral de las mujeres o de las relaciones intrafamiliares. En este sentido, Costa-Font et al. (2019) aprovechan las reformas en los sistemas de Escocia y España para evaluar el impacto de las transferencias monetarias a cuidadores familiares sobre sus niveles de bienestar, medido en términos de salud mental y satisfacción con la vida en general. Los efectos en ambos países son positivos, aunque son más pronunciados entre las cuidadoras mujeres de niveles socioeconómicos bajos y que no participan en el mercado formal de trabajo.

Los resultados del trabajo de Costa-Font et al. (2019) están en línea con el argumento de que las transferencias monetarias a los cuidadores informales tienen impactos positivos en la calidad del cuidado. Sin embargo, la medida sigue siendo polémica, ya que puede desincentivar la participación laboral de la mujer en el mercado de trabajo y, de hecho, los datos respaldan esta afirmación (Geyer y Korfhage 2015, Brimblecombe et al. 2018).

Por otro lado, hay quienes argumentan que, al pagar por un servicio que de todas formas se entregaría de forma gratuita, se produce un gasto innecesario de fondos públicos, además de generar distorsiones que pueden dar lugar a fraudes o abusos (Costa-Font 2019). En efecto, evidencia para Corea muestra que si bien las personas mayores manifiestan una clara preferencia por ser cuidados por familiares cercanos, más del 50% de los casos de fraude relacionados con los beneficios del sistema de cuidados se dan en el contexto de los cuidados familiares (MHW-NHIS ROK s/f).

Por último, también hay evidencia de que las transferencias a cuidadores pueden tener efectos indeseados sobre las relaciones familiares si los cuidadores se dedican a tareas que no son específicamente de cuidados, y pueden también disminuir el ahorro familiar, ya que disminuye la necesidad de guardar dinero para afrontar potenciales cuidados en el futuro (Costa-Font 2016).

La conclusión general que surge de la revisión de la literatura que hacen Brimblecombe et al. (2018), es que las políticas que mayores impactos positivos tienen, tanto sobre la salud como sobre el bienestar y la participación laboral de los cuidadores, son aquellas que combinan múltiples servicios y dimensiones, de forma tal que los cuidadores puedan adaptar los beneficios que reciben a sus necesidades concretas.

Desde otro punto de vista, también se argumenta que los sistemas formales de cuidados, además de beneficiar a los cuidadores familiares, generan oportunidades de empleo para los cuidadores formales, en su mayoría mujeres. Por ejemplo, en Corea, el sector ha generado casi medio millón de empleos desde su creación en 2008; 95% de los mismos son ocupados por mujeres, y una gran proporción de ellas son mayores de 45 años (Kim 2019).

3.3 Impactos en términos de costos para los sistemas de cuidados de largo plazo y los sistemas de salud

Cuando se les compara con la institucionalización, se argumenta que los cuidados domiciliarios tienen ventajas en términos de costos para el sistema. Por ejemplo, en el caso del sistema escocés, se calcula que una semana de cuidados en un hospital geriátrico equivaldría a 3.1 semanas en una residencia de largo plazo, y a 12.3 semanas de cuidados personales comunitarios (ya sea en el domicilio, en centros de día, etc.) (Bell y Bowes 2012).

El ahorro de costos debe ser relativizado cuando el nivel de dependencia es muy severo y se requiere de la ayuda de una persona en forma constante o de aparatos especiales para posibilitar la realización de las tareas básicas, como bañarse o trasladarse a través de una habitación; en estos casos, la institucionalización puede ser la mejor alternativa (Aguilar s/f).

También se argumenta que la existencia de servicios de ayuda domiciliaria genera ahorros en el sistema de salud, al reducir las admisiones innecesarias, de urgencia, y acortar el tiempo de estadía en los hospitales. Sin embargo, la evidencia empírica en este sentido no es contundente.

Un estudio para Francia muestra que las personas que reciben transferencias del sistema de cuidados utilizan menos servicios de emergencia del sector salud (Rapp et al. 2015). Sin embargo, en su revisión de las evaluaciones del sistema PACE de EE. UU., Gosh et al. (2014) no encuentran pruebas de que los servicios de largo plazo disminuyan los costos del sector salud y, contrariamente a lo esperado, muestran que el programa parecería incluso generar aumentos en los gastos de Medicaid. Si bien encuentran evidencia de una caída en el número de hospitalizaciones, las mismas parecerían ser compensadas por un aumento de la institucionalización (Gosh et al. 2014). De todas formas, los resultados no son concluyentes, así como tampoco lo son las posibles causas que podrían estar detrás de estos resultados, a primera vista, contra-intuitivos (ibid.).

Costa-Font et al. (2016), en el caso de España, también observan una reducción en el número de hospitalizaciones y de la duración de la estadía hospitalaria como consecuencia de la implementación de los servicios de ayuda domiciliaria. Como resultado, estiman una disminución de los costos sanitarios de alrededor del 11%. Los resultados están en línea con lo planteado por Bell y Bowes (2012) para Escocia, que muestran una caída del 93% en el número de egresos hospitalarios tardíos (esto es, estadías más largas de lo necesario) desde 2001 (año en que la atención personal domiciliaria pasó a ser gratuita) hasta 2010. Los resultados de Weaver y Weaver (2014) para Suiza relativizan estas conclusiones, al demostrar que el contar con ayuda domiciliaria informal también genera una reducción de 1.9 días en la estadía hospitalaria, aunque no se observan impactos en la probabilidad de hospitalización.

4 Desafíos y consideraciones de los programas de apoyo domiciliarios

El desarrollo de los servicios de atención domiciliaria, aun con sus ventajas, no está exento de desafíos. Uno de los retos más importantes es garantizar una adecuada calidad de la atención. Tal como se menciona en Cafagna et al. (2019), las acciones del Estado deben estar enfocadas a, por un lado, mejorar la situación de los recursos humanos del sector, promoviendo la capacitación de los cuidadores e implementando un sistema de acreditación de competencias para quienes deseen participar en el sector y, por otro, incrementar los controles de calidad y reforzar la regulación.

Como se vio, a pesar de que los servicios de atención domiciliaria son intensivos en el uso de recursos humanos, pocos países imponen requisitos de formación/acreditación a los asistentes personales, lo cual no sólo repercute en la calidad del servicio ofrecido, sino también en la

calidad y la valorización del propio trabajo de los asistentes personales y otros trabajadores del sector (Colombo et al. 2011, Spasova et al. 2018). En este sentido, tradicionalmente, el trabajo del asistente personal, en particular cuando se provee en el domicilio de la persona dependiente, se ha caracterizado por escasa formación, bajos sueldos, altos niveles de informalidad, multi-empleo, y nocturnidad, lo cual ha llevado a que sea una tarea poco valorada, repercutiendo en la calidad del servicio brindado (Addati 2018).

Esto es así, a veces, incluso en países que sí han apostado a la formación de los recursos humanos del sector, como Corea, en donde se estimó que en 2009 el salario de los cuidadores formales no llegaba a la mitad del salario promedio nacional, y no existen indicios de que la situación haya mejorado en años recientes (Hankyoreh 2014, citado en Choi 2015). Sin una mejora en las condiciones del trabajo (en términos de salario, formalización, rotación, formación, y valorización), será difícil asegurar que la oferta de cuidadores crezca lo suficiente como para atender a la creciente demanda (Colombo et al. 2011, Addati 2018).

Otro desafío tiene que ver con la forma de provisión de los servicios. En particular, se debe decidir si los beneficios se entregan en forma directa o en la forma de transferencias monetarias, condicionadas o no condicionadas, y si se permite o no la contratación de familiares para el rol de cuidador. En Cafagna et al. (2019) se aboga por las transferencias monetarias condicionadas, bajo el entendido de que las mismas tienen la ventaja de otorgar cierto grado de libertad al usuario de los servicios para acomodar diferentes preferencias, necesidades y horarios, pero asegurando, a la vez, el uso eficiente de los recursos. El hecho de permitir la elección de los usuarios entre distintos proveedores fomenta, además, la competencia, aumentando la calidad o disminuyendo los costos.

Si bien las transferencias no condicionadas pueden ser la opción más eficiente en situaciones de alta vulnerabilidad socioeconómica o cuando el desarrollo de un mercado de proveedores es limitado (Caruso, Galiani e Ibararán 2017, Cafagna et al. 2019), las mismas pueden generar distorsiones en la asignación de recursos y afectar negativamente el ahorro familiar (Costa-Font y Vilaplana 2017). Además, debe tenerse la capacidad de gestión de las familias o de las personas dependientes para comprar los servicios en el mercado, lo cual está íntimamente relacionado con el grado de desarrollo del mercado de proveedores.

Independientemente del grado de desarrollo de los servicios de atención a domicilio, debe reconocerse que la gran mayoría de los cuidados de largo plazo en el domicilio son provistos

por las mujeres de la familia. Tres desafíos se presentan en este contexto: primero, es necesario brindar el apoyo necesario a esta población; segundo, se debe fomentar la corresponsabilidad de los cuidados al interior de la familia, de forma que la atención a las personas mayores deje de verse como una tarea exclusiva de las mujeres; por último, hay que superar las barreras culturales e ideológicas que, muchas veces, atentan contra el desarrollo de un mercado formal de cuidados.

Los dos primeros desafíos están estrechamente relacionados ya que, como se mencionó anteriormente, el tipo de apoyo a los cuidadores familiares depende, en gran medida, de la posición del Estado en lo que respecta al rol de la mujer en la sociedad y en la familia. En este sentido, el permitir o no el pago a los cuidadores familiares también es un aspecto que debe evaluarse con cautela. Si bien para algunos ésta es una forma de compensar al cuidador informal por una tarea que haría de todas formas, aumentando, por lo tanto, su bienestar, debe tenerse en cuenta que esta medida tiende a perpetuar los roles de género dentro de la familia, al reforzar el papel de la mujer como proveedora de servicios de atención a la dependencia informales (Cafagna et al. 2019).

En el caso de optar por las transferencias monetarias a los cuidadores informales, un reporte de los países de la OECD de 2011, muestra que definir el monto adecuado de esta retribución, de forma tal que pueda generar los incentivos correctos es aún un desafío en muchos países desarrollados (Colombo et al. 2011). En concreto, debe tenerse cuidado de no generar incentivos adversos que lleven a los cuidadores familiares (especialmente mujeres) a retirarse por completo del mercado formal de trabajo o a jubilarse anticipadamente para dedicarse a las tareas de cuidados, lo cual repercutiría en un aumento indeseado de los costos de los sistemas de pensiones (ibíd.).

El establecimiento de leyes y regulaciones laborales que permitan la flexibilidad necesaria para poder cumplir con las tareas de cuidado, sin perder la continuidad laboral, también son mecanismos que apuntan a impulsar la participación de la mujer en el mercado de trabajo. Estos beneficios están atados al mercado formal de trabajo, por lo que las personas más vulnerables (que son, además, sobre quienes recaen las mayores responsabilidades de cuidado informal), siguen quedando desprotegidas, planteando desafíos adicionales para proteger a aquellos que cuentan con empleos informales y precarios.

Con respecto al desarrollo de mercados formales de cuidadores, existe cierta evidencia de que el mismo puede verse frenado en una cultura en donde la idea de la responsabilidad familiar esté fuertemente arraigada en la sociedad (Costa Font 2010). Por ejemplo, en Corea, alrededor del 30% de las personas elegibles para recibir atención a la dependencia deciden no hacer uso de esta opción porque prefieren ser cuidados por su familia (Choi 2015). Evidencia para Europa también refleja una clara preferencia por el cuidado familiar en el domicilio (Triantafyllou 2010). Dada la cultura “familista” existente en América Latina y el Caribe, este es un aspecto que debe tenerse en cuenta al momento de diseñar e implementar sistemas de apoyos domiciliarios de largo plazo en la región.

Por último, está el desafío de asegurar una adecuada accesibilidad y cobertura de los servicios, en un contexto de desinstitucionalización creciente. Esto implica no sólo asegurar la cantidad y calidad de los servicios de atención domiciliaria, sino también encontrar un balance adecuado al momento de determinar la oferta, accesibilidad, y cobertura de los servicios residenciales. Al respecto, debe tenerse en cuenta que el proceso de desinstitucionalización puede llegar a ser un proceso complejo: no basta solamente con desincentivar el uso de residenciales, sino que debe, en su lugar, ofrecerse servicios domiciliarios de calidad y accesibles para quienes lo necesiten (Spasova et al. 2018). Además, el hecho de que los servicios residenciales se reserven, en general, para aquellos casos de dependencia más severa, vuelve necesaria la reestructuración y readecuación de los mismos a su nueva población objetivo. Dada no sólo la baja calidad de las residencias de larga estadía en los países de ALC, sino su baja oferta relativa (Addati 2018), éste se vuelve un aspecto crucial.

Referencias bibliográficas

- Adams, J., Curry, C., Espuny-Pujol, F., Hancock, R., Hu, B., King, D., Luheshi, S., Morciano, M. Pike, T. Popat, S. Wittenberg, R. 2016. Care and State Pension Reform Long-term care funding – a comparison between England, Wales and Scotland. *CASPER Pension Policy Institute and The Nutfield Foundation*. Disponible en: [http://www.nuffieldfoundation.org/sites/default/files/files/20160613%20CASPER%20Longterm%20care%20funding%20-%20EngScotWales%20Report%20\(1\)\(1\).pdf](http://www.nuffieldfoundation.org/sites/default/files/files/20160613%20CASPER%20Longterm%20care%20funding%20-%20EngScotWales%20Report%20(1)(1).pdf)
- Addati, L. 2018. *Care work and care jobs for the future of decent work: International Labour Organization (ILO)*.
- Aguirre, R. 2013. Personas ocupadas en el sector cuidados. *Sistema Nacional de Cuidados*, Uruguay. Disponible en: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/418>
- Ahlström, G., y Wadensten, B. 2011. Family members' experiences of personal assistance given to a relative with disabilities. *Health & social care in the community*, 19(6), 645-652.
- Alders, P., Costa-Font, J., de Klerk, M., y Frank, R. 2015. What is the impact of policy differences on nursing home utilization? The cases of Germany and the Netherlands. *Health Policy*, 119(6), 814-820.
- Alders, P., y Schut, F. T. 2018. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305980>
- Angermann y Eichhorst 2013. Who cares for you at home? Personal and household services in Europe. *IZA Policy Paper No. 71*.
- Anttonen, A., y Karsio, O. 2016. Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151-166.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. 2018. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Resumen de Políticas*. IDB-PB-273. Banco Interamericano de Desarrollo.

- Aranco, N. y Sorio, R. 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Nota Técnica. IDB-TN-1615. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bell, D. y Bowes, A. 2012. Free personal care in Scotland, (almost) 10 years on, en Wolf, D. y Folbre, N. (ed.) *Universal coverage of long-term care in the United States: can we get there from here?*. Russell Sage Foundation.
- Boland, L., Légaré, F., Becerra Perez, M., Menear, M., Garvelink, M., McIsaac, D., Painchaud Guérard, G., Emond J., Brière, N. y Dawn, S. 2017. Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. *BMC geriatrics*, 17(1), 20.
- Bocquaire, B. 2016. Long-term care coverage in europe. *Society of Actuaries*. Disponible en: <https://www.soa.org/Files/Pubs/pub-2016-05-ltc-coverage-europe.pdf>
- Brimblecombe, N., Fernandez, J. L., Knapp, M., Rehill, A., y Wittenberg, R. 2018. Review of the international evidence on support for unpaid carers. *Journal of Long-Term Care*, (September), 25-40.
- Brummett, B.H., Babyak, M.A., Siegler, I.C., Vitaliano, P.P., Ballard, E.L., Gwyther, L.P., y Williams, R.B. 2006. Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychology*, 25(2), 220-225.
- Brunet, N. 2016. Diagnóstico de capacidades de monitoreo y evaluación en políticas públicas en torno al Envejecimiento. Uruguay. Programa de Asistentes Personales. *Borrador sin publicar*.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M.L., Medellín, N., y Stampini, M. 2019. Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. *División de Protección Social y Salud*. Monografía. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>
- Callaghan, L., y Towers, A. M. 2014. Feeling in control: Comparing older people's experiences in different care settings. *Ageing & Society*, 34(8), 1427-1451. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/feeling-in->

[control-comparing-older-peoples-experiences-in-different-care-settings/728BF0F115E61D538593914947CF9D01](#)

- Canadian Health Association. 2009. Home care in Canada: From the margins to the mainstream. *Policy Brief*. ISSN 1481-3165.
- Caruso Bloeck, M., Galiani, S. e Ibararán, P. Long-term care in Latin America and the Caribbean? Theory and policy considerations. *IDB Working Paper Series IDB-WP-834*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Celsus, Academy for sustainable healthcare. 2016. Report on the regional implementation strategy (RIS) of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) in The Netherlands. Third Review and Appraisal.
- Centre for Policy on Ageing. 2016. Foresight future of an ageing population - International case studies. Disponible en:
<http://www.cpa.org.uk/information/reviews/reviews.html#casestudies>
- Choi, Y. J. 2015. Long-term care of older persons in the Republic of Korea. *Bangkok: United Nations Economics and Social Commission for Asia and the Pacific*. Disponible en:
<https://www.unescap.org/sites/default/files/Long-term%20care%20for%20older%20persons%20in%20the%20Republic%20of%20Korea.pdf>
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. 2011. Help wanted? Providing and paying for long-term care. *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J., y King, D. 2010. The long-term care system for the elderly in England. *Centre for European Policy Studies*.
- Costa-Font, J. 2010. Family ties and the crowding out of long-term care insurance. *Oxford review of economic policy*, 26(4), 691-712.

- Costa-Font, J., Jiménez-Martínez, S. y Vilaplana, C. 2016. Does long-term care subsidisation reduce hospital admissions? *CESifo working papers* 6078. CESifo Group, Munich, Germany
- Costa-Font, J., Courbage, C., y Swartz, K. 2015. Financing long-term care: ex ante, ex post or both?. *Health economics*, 24, 45-57.
- Costa-Font, J., y Zigante, V. (2017). Building ‘Implicit Partnerships’? Financial Long Term Care Entitlements in Europe. *Financial Long Term Care Entitlements in Europe. LEQS Paper*, (125).
- Costa-Font, J., D’Amico, F., y Vilaplana-Prieto, C. (2019). Caring for Carers? Long Term Care Subsidization and Caregivers Wellbeing. *Forthcoming*.
- Doti, P., Nadash, P. y Racco, N. (2015). Long-term care financing: Lessons from France. *The Milbank Quarterly*, 93(2), 359-391. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462881/>
- Elliott, S., Golds, S., Sissons, I., y Wilson, H. (2015). Long-term care: a review of global funding models. *British Actuarial Journal*, 20(1), 167-208.
- European Commission. 2016a. France: health care and long term care systems. An excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. *Institutional Paper 37, Volume 2 - Country Documents*
- European Commission. 2016b. Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. *Institutional Paper 037, Volume 1 – Country Documents*
- European Commission. 2017. Peer review on “Germany’s latest reforms of the long- term care system”. *Employment, Social Affairs & Inclusion*. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=9008&furtherNews=yes>
- Fersch, B., y Jensen, P. H. 2011. Experiences with the privatization of home care: evidence from Denmark. *Nordic Journal of Social Research*, 2.

Flores, C.E., Rivas, E., y Seguel, F. 2012. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.

Flórez, C.E., Martínez R., L. J., y Aranco, N. 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Nota Técnica. IDB-TN-1749. *Banco Interamericano de Desarrollo*. Disponible en:
https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es.pdf

Forder, J., Vadean, F., Rand, S., y Malley, J. 2018. The impact of long-term care on quality of life. *Health economics*, 27(3), e43-e58.

Heger y Korfhage. 2018. Care choices in Europe: to each according to his or her needs?. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55: 1–16. Disponible en:
<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6024562&blobtype=pdf>

Germany Federal Ministry of Health. European Commission - Federal Ministry of Health, Germany December, 2017. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Peer Review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system” Germany 11-12 January 2018

Geyer, J. y Korfhage, T. 2015. Long-term care insurance and carers' labor supply - A structural model. *Health Economics* 24(9):1178-1191. doi: 10.1002/hec.3200

Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., y Tyrer, J. 2000. New kinds of care, new kinds of relationships: how purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance. *Health & Social Care in the Community*, 8(3), 201-211.

Glendinning, C. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. United Kingdom. European Social Policy Network, European Commission.

Ghosh, A., Orfield, C., y Schmitz, R. 2014. Evaluating PACE: A review of the literature. *Report Submitted to the Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation*. Washington, DC: Mathematica

Policy Research. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/evaluating-pace-review-literature>

Gutiérrez, M. F., Jimenez-Martin, S., Vegas, R., y Vilaplana, C. 2011. The long-term care system for the elderly in Spain. *Centre for European Policy Studies*.

Henderson, C., Knapp, M., Fernández, J.L., Beecham, J., Hirani, S.P., Beynon, M., Cartwright, M., Rixon, L., Doll, H., Bower, P., Steventon, A., Rogers, A., Fitzpatrick, R., Barlow, J., Bardsley, M., y Newman, S.P. 2014. Cost-effectiveness of telecare for people with social care needs: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and Ageing* 43 (1),794–800.

Heinicke, K. y Thomsen, S. L. 2010. The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats, and perspectives. *ZEW Centre for European Economic Research. Discussion Paper* 10-012. Disponible en: <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp10012.pdf>

Hughes, S. L., Conrad, K. J., Manheim, L. M., y Edelman, P. L. 1988. Impact of long-term home care on mortality, functional status, and unmet needs. *Health Services Research*, 23(2), 269. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065421/>

Joël, M. E., Dufour-Kippelen, S., Duchêne, C., & Marmier, M. 2010. *The long-term care system for the elderly in France*. Centre for European Policy Studies.

Kim, H. 2019. Overview of Korean long-term care insurance. [Presentación PowerPoint]. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1178471419-10>

King, D., y Pickard, L. 2013. When is a carer's employment at risk? Longitudinal analysis of unpaid care and employment in midlife in England. *Health & Social Care in the Community*, 21(3), 303-314.

Kelders, Y. y de Vaan, K. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. The Netherlands. European Social Policy Network, European Commission.

- Kvist, J. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Denmark. European Social Policy Network, European Commission.
- Le Bihan, B. y Martin, C. 2013. Steps Toward a Long-Term Care Policy in France: Specificities, Process, and Actors. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/260982121_Steps_Toward_a_Long-Term_Care_Policy_in_France_Specificities_Process_and_Actors
- Le Bihan, B. 2018. ESPN Thematic report on challenges in long-term care: France. *European Commission, European Social Policy Network*.
- Leturia, M., Aldaz, E. Uriarte, A., Salazar, J., Allur, E., Iribar, J. y Benedicto, Z. 2015. Modelo de seguimiento de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. *Zerbitzuan* (59), 161-174.
- Lindstrom, A. 2015. Evolución y tendencias de cambio en los servicios de atención a domicilio en Dinamarca y Suecia. *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Fundación Caser y Fundación Pilares.
- Maarse, J. H., y Jeurissen, P. P. 2016. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241-245. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016000282>
- Malley, J. 2010. Measuring the quality of long-term care in England. *Eurohealth*, 16(2), 21-24.
- Matus-López, M. 2017. Análisis prospectivo de los servicios de cuidado a la dependencia en Uruguay. Reporte del Banco Interamericano de Desarrollo. *Sin publicar*.
- Mayston, R., Guerra, M., Huang, Y., Sosa, A. L., Uwakwe, R., Acosta, I., ... y Guerchet, M. 2014. Exploring the economic and social effects of care dependence in later life: protocol for the 10/66 research group INDEP study. *Springerplus*, 3(1), 379.
- National Health Insurance Service, Korea. (s/f.). National Health Insurance and Long Term Care Insurance System in Republic of Korea. Disponible en: www.nhis.or.kr

Nosek, M. A., Fuhrer, M. J., y Potter, C. 1995. Life satisfaction of people with physical disabilities: Relationship to personal assistance, disability status, and handicap. *Rehabilitation Psychology*, 40(3), 191.

OECD-Eurostat-WHO 2011, *A System of Health Accounts*, OECD Publishing. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

OECD/European Commission. 2013. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. *OECD Health Policy Studies*, OECD. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>

Olivares-Tirado, P., Tamiya, N., y Kashiwagi, M. 2012. Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long-term care insurance system in Japan. *BMC health services research*, 12(1), 239. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-12-239>

Olivares-Tirado, P. y Tamiya, N. 2014. Trends and Factors in Japan's Long-Term 15 Care Insurance System. *Springer Briefs in Aging*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=B0828325D0306C69DAEA0A8185450C78?sequence=1

Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., García-Armesto, S., y Hernández-Quevedo, C. 2016. The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. *Health policy*. 120(10), 1177-1182. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016302172>

Pickard, L., King, D., Brimblecombe, N., y Knapp, M. 2015. The effectiveness of paid services in supporting unpaid carers' employment in England. *Journal of Social Policy*, 44(3), 567-590.

- Pickard, L., Brimblecombe, N., King, D., y Knapp, M. 2018. 'Replacement Care' for working carers? A longitudinal study in England, 2013–15. *Social Policy & Administration*, 52(3), 690-709.
- Pike, B., O’Nolan, G., y Farragher, L. 2016. Individualised budgeting for social care services for people with a disability: International approaches and evidence on financial sustainability. 10.13140/RG.2.2.14905.06245
- Prince, M., Brodaty, H., Uwakwe, R., Acosta, D., Ferri, C. P., Guerra, M., ... y Sosa, A. L. 2012. Strain and its correlates among carers of people with dementia in low-income and middle-income countries. A 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(7), 670-682.
- Pudney, S. 2010. *Disability benefits for older people: How does the UK Attendance Allowance system really work?* (No. 2010-02). ISER Working Paper Series.
- Rapp, T., Chauvin, P. y Sirven, N. 2015. Are public subsidies effective to reduce emergency care? Evidence from the PLASA study. *Social Science & Medicine*, 138, 31-37. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.05.035
- Rodríguez-Cabrero, J.-M. Codorniu, Arriba, A., Marbán, V. y Moreno, F. J. 2018. ESPN Thematic Report on challenges in long-term care: Spain. *European Social Policy Network. European Commission*.
- Rovner, H. 2015. Sistema de cuidados en Uruguay. Estudio sobre el Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades. CEPAL. *Reporte de consultoría realizado para MIDES y BPS*.
- Scharlach, A.E., Gustavson, K., y Dal Santo, T.S. 2007. Assistance received by employed caregivers and their care recipients: who helps care recipients when caregivers work full time? *The Gerontologist*, 47(6), 752–762.
- Schulz, E. 2010. The long-term care system for the elderly in Denmark. *Centre for European Policy Studies*.

- Sistema Nacional de Cuidados. 2015. Plan Nacional de Cuidados 2016-2020.
- Skevik Grødem, A. 2018. ESPN Thematic Report on challenges in long-term care: Norway. *European Social Policy Network. European Commission.*
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. y Vanhercke, B. 2018. Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies. *European Commission, European Social Policy Network.*
- Schön, P. y Heap, J. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Sweden. European Social Policy Network, European Commission.
- Swartz, K. 2013. Searching for a Balance of Responsibilities: OECD Countries' Changing Elderly Assistance Policies. *Annual Review of Public Health* 34:397–412. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114505
- Tsutsumi, S. s/f. Long-term care insurance in Japan: understanding the ideas behind its design. *Japan International Cooperation Agency (JICA).*
- Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S. ... y Vlantoni, D. 2010. Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/a944/3e7bef097d4badf3007fe4305b119f1ce13c.pdf>
- Van Ginneken, E., y Kroneman, M. 2015. Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle. *Eurohealth*, 21(3), 47-50.
- Weaver, F. M., y Weaver, B. A. 2014. Does availability of informal care within the household impact hospitalisation?. *Health Economics, Policy and Law*, 9(1), 71-93.

Recursos online

American Elder Care Research Organization (AECRO). *Paying for Senior Care* website.

2018. Disponible en: <https://www.payingforseniorcare.com/about-us.html>

The Scottish Government. 2019. Free personal and nursing care in Scotland 2017-2018:

figures. Disponible en: <https://www.gov.scot/publications/free-personal-nursing-care-scotland-2017-18/pages/3/>

The Scottish Government. *Care Information* website. 2019. Disponible en:

<https://careinfoscotland.scot/about-us/>

The Scottish Government. 2018. Disponible en:

<https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20180205191203/http://www.gov.scot/Publications/2010/03/09163147/2>

US Government. *The Official US Site for Medicare*. 2019. Disponible en:

<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/pace>

The England Care Act 2014. Disponible en:

http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/pdfs/ukpga_20140023_en.pdf

Shipman, A. 2018. 2019 Medicare Advantage Plans Will Include Long Term Care Benefits.

Synergy Home Care. Disponible en:

<https://www.synergyhomecare.com/agencies/tx/fort-worth/tx15/blog/posts/2019-medicare-advantage-plans-will-include-long-term-care-benefits/>

ANEXO. Estudios de evaluación de impacto de contar con asistentes personales

DIMENSIÓN	AÑO y AUTOR(ES)	PAÍS	PROGRAMA (S) EVALUADO (S)	METODOLOGÍA	PRINCIPALES RESULTADOS
Salud/bienestar dependiente	2017 L. Boland, F. Légaré, M. Becerra Perez, M. Menear, M. Garvelink, D. McIsaac, G. Painchaud Guérard, J. Emond, N. Brière y D. Stacey	Varios	Se compara: cuidados domiciliarios vs. domicilio sin cuidados, cuidados domiciliarios vs. residencias, rehabilitación en domicilio vs. otra rehabilitación	Revisión de literatura	Es mejor envejecer en domicilio con cuidados que sin cuidados. Resultados no concluyentes al comparar cuidados domiciliarios vs. otros tipos de cuidados.
	2017 J. Forder, F. Vadean, S. Rand, J. Malley	Inglaterra	Servicios públicos de cuidados comunitarios: apoyos domiciliarios, centros de día, viviendas asistidas	Regresión Mínimos Cuadrados Ordinarios Supuestos: bienestar de la persona dependiente es función de cuidados recibidos; bienestar de la persona cuidadora es función del bienestar de la persona dependiente	Efectos positivos sobre la calidad de vida de los dependientes, con rendimientos marginales decrecientes a medida que aumenta la intensidad de la ayuda. A mayor el nivel de dependencia, la mejora marginal es mayor.
	2014 L. Callaghan y A. Towers	Reino Unido	Se compara: apoyo domiciliario, domicilios asistidos, y residencias	Regresión logística Bienestar de persona dependiente se mide con herramienta ASCOT (Ver http://www.pssru.ac.uk/ascot/domains.php)	Las personas en viviendas asistidas y las personas en residenciales (de buena calidad) experimentan mayor grado de control que aquellas que reciben cuidados domiciliarios.
	2012 Olivares-Tirado, Tamiya N., Kashiwagi M.	Japón	Se compara cuidados domiciliarios, con centros de día, y mix de ambos	Análisis de supervivencia (regresión Cox) para estimar la probabilidad de transición de una categoría de dependencia a otra (aprovechando que en Japón se reevalúa cada 6 meses).	El uso de sólo un servicio (en oposición a un "mix" de los dos) se asocia a un aumento marginal de la autonomía funcional, que es mayor en el caso de las mujeres (pero aún así continúa siendo débil).
	1995 Nosek y Fuhrer	EE.UU.	Asistentes personales	Cualitativa: 65 entrevistas a personas con alguna discapacidad (18 a 65 años).	Relación negativa entre la existencia de discapacidad y satisfacción, que se atenúa en personas con actividades sociales y productivas. La satisfacción aumenta en personas que usan AP, pero no hay efectos sobre el nivel de dependencia.
	1988 S. Hughes, K. Conrad, L. Manheim, y P. Edelman	EE.UU.	Se compara programa de atención domiciliaria con un programa de viandas a domicilio a personas mayores	Pre-test/Post-test con grupo de control no equivalente, y múltiple post-tests a los 9 meses y a los 4 años del pre-test. Se realizaron entrevistas al grupo de tratamiento (N=157) y al grupo de control (N=156).	Sin efectos sobre mortalidad Autonomía funcional: efecto positivo en status cognitivo y contactos sociales. Otros efectos no fueron significativos

DIMENSIÓN	AÑO y AUTOR(ES)	PAÍS	PROGRAMA (S) EVALUADO (S)	METODOLOGÍA	PRINCIPALES RESULTADOS
Salud/bienestar de cuidadores					Necesidades no satisfechas: efecto positivo en necesidades básicas a los 9 meses, que desaparece a los 48 meses. No hay efecto significativo en necesidades no básicas.
	2019 J Costa-Font, F. D'Amico, y C. Vilaplana-Prieto	Escocia/España	Subsidios a cuidadores familiares	Diferencias en diferencias, aprovechando reformas en España y Escocia. Datos: Encuestas longitudinales (SHARE y BHPS). Variables dependientes: depresión (medido por la versión reducida de la escala CES-D y por la EURO-D) y satisfacción con la vida (se pregunta en las encuestas). Variables independientes: demográficas, empleo ingresos, índice de Katz, salud autorreportada.	Efecto positivo de subsidios sobre bienestar cuidadores. Resultados se deben principalmente a los efectos sobre cuidadores que no participan en el mercado de trabajo, principalmente mujeres y personas en los más bajos quintiles de ingreso.
	2015 Pickard et al.	Inglaterra	Acceso a servicios de cuidados, incluyendo asistencia a domicilio, centros de día, servicios de respiro.	Regresión logística para determinar participación laboral de cuidadores informales que cuidan más de 10 horas semanales.	Servicios de cuidados a domicilios tienen efectos positivos en la participación laboral de cuidadores familiares de ambos sexos; servicios de respiro y centros de día tienen efectos positivos en el caso de las mujeres.
	2014 N. Flores, C. Jenaro, L. Moro y R. Tomşa	España	Se comparan cuidadores familiares y cuidadores formales.	Análisis estadístico de 600 entrevistas a cuidadores. 2 cuestionarios: Cuestionario de Carga del Cuidador Zarit (https://www.vitalia.es/resources/archivosbd/actualidad_documentos/c50f6686834496324ec28738ae8274e5.pdf) y Cuestionario de Salud de Goldberg (http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf)	Los cuidadores familiares muestran mayores niveles de sobrecarga, y peores niveles de salud, tanto física como psicológica.
	2011 Ahlstrom y Wadensten	Suecia	Cuidadores familiares	25 entrevistas familiares de personas mayores con discapacidad	Efecto sobre cuidador familiar depende de la relación que se tenga con el cuidador formal.
Costos	2016 J. Costa-Font, S. Jiménez-Martínez y C. Vilaplana	España	Comparan subsidios a cuidadores familiares con servicios de cuidados domiciliarios recibidos en forma directa.	Diferencias en diferencias	Reducción de costos hospitalarios de 11% gracias a la reforma. Reducción de hospitalizaciones y duración de la estancia luego de la implementación del sistema. Los efectos de hospitalizaciones son mayores en los que reciben subsidios, y los efectos en estancia son mayores en los que reciben cuidados directos. Efectos más pronunciados en las localidades donde existe coordinación entre sistema de cuidados y sistema de salud.
	2015 Rapp, T. Chauvin, P. y Sirven	Francia	Comparan beneficiarios de subsidios monetarios de atención a la dependencia con no beneficiarios.	Regresión – Variables Instrumentales	Los beneficiarios de subsidios monetarios usan menos los servicios de emergencia hospitalaria.

DIMENSIÓN	AÑO y AUTOR(ES)	PAÍS	PROGRAMA (S) EVALUADO (S)	METODOLOGÍA	PRINCIPALES RESULTADOS
Varios	2014 A. Ghosh, C. Orfield, y R. Schmitz	EE.UU.	PACE	Revisión de evaluaciones anteriores	<p>Muy pocas evaluaciones "rigurosas". Resultados no concluyentes. Costos: no se observan ahorros de costos, e incluso se observa aumento de costos de Medicaid. Utilización de servicios médicos: menores hospitalizaciones, pero mayor uso de servicios institucionales de cuidados Mejora calidad de vida y caída mortalidad de personas dependientes (evidencia débil).</p>