

RELATORÍA SIMPOSIO INTERNACIONAL

“Cuidados Domiciliarios para Personas Mayores con Dependencia en el Cono Sur de América Latina”

Buenos Aires, 28 y 29 de junio de 2012



**HelpAge
International**

*personas mayores
protagonistas*

Índice

Simposio Internacional: “Cuidados Domiciliarios para Personas Mayores con Dependencia en el Cono Sur de América Latina”3

1.- Organización del Simposio Internacional “Cuidados en domicilio en los países del Cono Sur de América Latina”3

2. El desarrollo del Simposio “Cuidados Domiciliarios para Personas Mayores con dependencia en el Cono Sur de América Latina”5

2.1. Primer panel: La necesidad de la atención domiciliaria en la región.....5

2.2. Segundo panel: ¿Cómo se establecen las respuestas de atención domiciliaria?.....6

2.3. Tercer Panel: ¿Cómo construir un servicio viable y sustentable para la atención en domicilio a personas mayores dependientes?.....7

2.4. Cuarto panel: ¿Cómo se forman los recursos humanos para el cuidado en domicilio? ¿Cuáles son las áreas clave y principales competencias a desarrollar?.....9

2.5. Quinto panel: Claves para la implementación de los cuidados en domicilio. Una evaluación crítica de la experiencia española.....10

2.6. Sexto panel: ¿Cómo se establecen y combinan las fuentes de financiamiento?.....13

2.7. Séptimo panel: Lecciones aprendidas en América Latina.....15

2.8. Cierre del Simposio: Construyendo el presente de los cuidados domiciliarios en la región.....16

HelpAge International ayuda a las personas mayores a reclamar sus derechos, luchar contra la discriminación y superar la pobreza, de modo que puedan llevar vidas dignas, seguras, activas y saludables

Publicado por HelpAge International Centro de Desarrollo Regional para América Latina

Autora: Silvia Gascón con la colaboración de Nélide Redondo y Catherine Dusseau

Agradecimientos:

A las doctoras Martha Pelaez y Louise Plouffe por su orientación inicial en el desarrollo del Simposio y en la identificación de la especialista canadiense.

A Nélide Redondo y Catherine Dusseau por su permanente acompañamiento en todas las instancias de diseño, gestión y producción de materiales.

Editora: María Isabel Rivera, Oficial Regional de Comunicación

Diagramación: Mariela Aramayo, Asistente Regional de Comunicación

Foto portada: Red de Programas del Adulto Mayor, Chile / HelpAge International / 2012

Calle Vincenti N° 576; Sopocachi, La Paz, Bolivia

www.helpagela.org

Derechos de autor © HelpAge International 2012

Cualquier parte de esta publicación puede ser reproducida para fines no lucrativos a menos que se indique lo contrario, por favor mencione a HelpAge International y envíenos una copia del artículo o link.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de **AgeUK** y el **Ministerio de Economía, Cooperación y Desarrollo del Gobierno Alemán**. Su contenido es de exclusiva responsabilidad de HelpAge International y no representa necesariamente el punto de vista de los donantes.



RELATORÍA SIMPOSIO INTERNACIONAL

“Cuidados Domiciliarios para Personas Mayores con Dependencia en el Cono Sur de América Latina”

Durante los días 28 y 29 de junio del corriente año 2012 se llevó a cabo en la sede de la Universidad Isalud de la Ciudad de Buenos Aires el simposio organizado por HelpAge International y dicha Universidad, cuyo propósito principal fue establecer las bases para el desarrollo de un programa de cuidados en domicilio para personas mayores en situación de dependencia que tenga en cuenta la diversidad socioeconómica y cultural de las poblaciones latinoamericanas.

Las actividades que culminaron con la organización del simposio, se iniciaron seis meses antes y comprendieron tareas de análisis de información estadística específica de los países del Cono Sur, que permitieron la identificación de las necesidades insatisfechas, así como la investigación en profundidad a través de la estrategia conocida como “bola de nieve”, dirigida a individualizar las prácticas comunitarias adecuadas y exitosas que actualmente se desarrollan en los países de la región.

En el informe denominado “Diseño de Programa de Cuidados Domiciliarios en el Cono Sur. Primer Informe de Avance”, realizado por la Profesora Silvia Gascón para HelpAge International, se relevaron los principales programas gubernamentales y privados existentes y se procesó información proveniente de los sistemas estadísticos nacionales. El conjunto de las actividades desarrolladas en el marco del referido informe ofreció sustento para reflexionar sobre el tema y formular recomendaciones, entre las que se destacó la propuesta de realización de este Simposio. En particular, sobre la base de sus resultados se definió el contenido programático del Simposio, se diseñaron los perfiles de expertos internacionales a convocar y se estableció la dinámica de funcionamiento adecuada para alcanzar los objetivos planteados.

1.- Organización del Simposio Internacional “Cuidados en domicilio en los países del Cono Sur de América Latina”

Los resultados de la investigación efectuada reafirmaron el avance del envejecimiento demográfico en los tres países del Cono Sur, principalmente del envejecimiento desde la cúspide de las pirámides de edad, es decir, del aumento de la proporción de personas de 80 años y más sobre el total de las respectivas poblaciones. Las evidencias estadísticas

indican que el aumento de la proporción de personas de edad extrema (80 años y más) condiciona, hasta el presente, el crecimiento del porcentaje de personas que sufren limitaciones físicas o cognitivas permanentes que les impiden el autovalimiento para la realización de actividades diarias.

Debido a que el envejecimiento demográfico de los tres países es temprano, se consolidaron sistemas nacionales de protección social a la vejez que, en la actualidad, proporcionan extensa cobertura en los tres países considerados. Sin embargo, el problema social de la dependencia de las personas mayores, no ha sido abordado por las políticas públicas o de la seguridad social porque se sigue considerando que las familias deben proporcionar el cuidado a las personas mayores en situación de dependencia. Sin perjuicio de ello, hace ya casi dos décadas se inició la formación de asistentes geriátricos o “cuidadores domiciliarios” como parte de los primeros esfuerzos para dar respuesta alternativa a la internación geriátrica ante la creciente demanda por parte de las personas mayores frágiles y dependientes y de sus familiares.

Existe escasa experiencia de cooperativas u organizaciones autogestivas prestadoras de servicios integrados, pero aún en los casos exitosos se pone en evidencia la necesidad de mayor estímulo y evaluación. No hay, además, un marco normativo que regule las actividades y programas. Por todo ello, la internación geriátrica es prácticamente la única respuesta a la pérdida de valimiento para el desempeño de las actividades de la vida diaria. Por otra parte, en toda la región se verifica un exiguo cumplimiento del ciclo de atención; a) prevención, b) atención, y c) seguimiento.

Tanto el análisis de los datos estadísticos como el relevamiento de información cualitativa coinciden en resaltar la importancia que adquiere el desarrollo de actividades y servicios de base comunitaria que involucren la participación de la familia, la sociedad y el Estado para el apoyo a las personas con problemas de dependencia. Asimismo, revelan la necesidad de encarar estudios serios acerca de su costo y su financiamiento.

El informe concluye que el primer paso en ese camino es acordar un marco conceptual y normativo desde la perspectiva del enfoque de derechos que, partiendo de la necesidad de promover servicios integrados e integrales de apoyo a la dependencia, esté centrado en las personas y en las comunidades en las que residen.

Los contenidos a tratar en el Simposio se organizaron alrededor de ocho preguntas básicas:

1. ¿Por qué es necesario el cuidado en domicilio en la región y específicamente en el Cono Sur?
2. ¿Cómo se establecen las necesidades de cuidados en domicilio?
3. ¿Cómo se establecen las respuestas de atención?
4. ¿Cómo se organizan los servicios?
5. ¿Cómo se establecen y combinan las fuentes para el financiamiento de los servicios y prestaciones?
6. ¿Cuáles son los puntos clave, principales competencias y metodologías adecuadas para la formación de gerentes, cuidadores y otros proveedores de servicios en domicilio para personas con pérdida de valimiento?
7. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas de las experiencias en los países con mayores grados de desarrollo?
8. ¿Cuáles son las buenas prácticas identificadas y cuáles sus logros y dificultades?

La convocatoria y la organización del Simposio Internacional partieron de dos premisas:

- Una atención, digna, confiable y de calidad se puede lograr a gran escala en nuestras ciudades y países, ya sean ricos o pobres.
- Reconocer los derechos, necesidades y capacidades de las personas mayores no es sólo un imperativo ético sino una necesidad de las sociedades en esta etapa de incremento de longevidad en el mundo.

Para dar respuesta a las preguntas básicas detalladas precedentemente se diseñó una estrategia de ocho sesiones organizadas en una dinámica de paneles de expertos. Cada sesión fue precedida por una conferencia de treinta minutos a cargo de un experto especializado en el tema y a continuación se abrió el diálogo entre la totalidad de los panelistas internacionales invitados. Las preguntas y consultas de los asistentes se formularon por escrito y fueron respondidas o tratadas en las dos últimas horas de la sesión final. Se optó por este mecanismo con el propósito de evitar la interrupción de las deliberaciones, con la consecuente dilatación de las sesiones, para responder a preguntas que quizás serían clarificadas en exposiciones posteriores.

Sobre la base de estas consideraciones diagnósticas y axiológicas se procedió a definir el perfil de los expertos invitados. Se esbozaron tres grandes perfiles de profesionales a convocar: **a)** expertos de países extranjeros pioneros en materia de servicios socio-sanitarios para personas en situación de dependencia, con amplia experiencia en la gestión de estos servicios, **b)** gestores de experiencias latinoamericanas exitosas (buenas prácticas), y **c)** funcionarios gubernamentales nacionales y de organismos internacionales regionales con competencia en el desarrollo de políticas vinculadas a la temática¹.

La lista de expertos quedó conformada como sigue:

1. Se debe mencionar especialmente la colaboración de la doctora Louise Plouffe para identificar y facilitar la participación de la especialista canadiense.

Expertos internacionales

- Miguel Ángel Vázquez Vázquez, Médico Especialista en Geriátrica, Prof. Asoc. Universidad de Vigo, España.
- Jean Michel Caudron, Consultor en Ingeniería Gerontológica, Francia.
- Marg McAlister, Directora de Políticas e Investigación, Canadian Home Care Association, Canadá.

Funcionarios de organismos gubernamentales nacionales e internacionales regionales

- Enrique Vega, Asesor Regional de Envejecimiento y Salud de la Organización Panamericana de la Salud.
- Sandra Huenchuán, Especialista en envejecimiento del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población de la CEPAL.
- Mónica Roqué, Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social, Argentina.
- Teresita Ithurburu, Jefa de Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión para la Calidad de PAMI, Argentina.
- Rosa Kornfeld, Directora Nacional del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Chile.

Gestores de experiencias exitosas en la región

- Lilliams Rodríguez Rivera, Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, Cuba.
- Gilberto Marín, Red de cuidado para la Persona Adulta Mayor, Costa Rica.
- Josefina Sánchez, Sociedad Trentinos de Chaco (SOLTRECHA), Argentina.
- Cristina Lombardi, Fundación SIDOM. Coordinadora de Relaciones Institucionales de la Fundación SIDOM. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Susana Rodríguez, Secretaria para el Adulto Mayor de la Intendencia de Montevideo, Uruguay.
- Claudia Covarrubias, Asesora Técnica Nacional Adulto Mayor, Hogar de Cristo, Chile.

Académicos y funcionarios participantes en los paneles

- Armando Vázquez, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Buenos Aires.
- Claudia Jaroslavsky, Jefa del programa Envejecimiento Activo, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- Eugenio Zanarini, Vice-rector de la Universidad Isalud, Argentina.
- Carlos Garavelli, Rector de la Universidad Isalud, Argentina.
- Nélide Redondo, Profesora e Investigadora de la Universidad Isalud, Argentina.

La organización general del Simposio estuvo a cargo de Silvia Gascón, directora de la Maestría en Gestión de Servicios Gerontológicos de la Universidad ISALUD de Argentina y de Catherine Dusseau, Asesora Regional en Salud de HelpAge International América Latina.

2.- El desarrollo del Simposio “Cuidados Domiciliarios para Personas Mayores con dependencia en el Cono Sur de América Latina”

El Simposio despertó un gran interés entre profesionales, expertos y funcionarios del Cono Sur, que rápidamente completaron el cupo de 200 personas que se había fijado. Los participantes acudieron a las jornadas y en todo momento expresaron su interés en las presentaciones realizadas, así como en continuar ligados con los organizadores. La mayoría, tal como era de esperar, provinieron de la República Argentina, país que tuvo representación de varias provincias y municipios, tanto del sector público, privado, como de organizaciones de la sociedad civil y académicas.

La dinámica del Simposio quedó establecida en dos etapas. En la primera, la más amplia que abarcó los dos primeros días, se desplegó el tratamiento de los temas a través de preguntas formuladas previamente a cada panel.

En la segunda etapa, durante media jornada después del cierre del evento, se llevó a cabo la Reunión de Expertos que se abocó a la discusión sobre cómo encarar un programa de servicios para las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia apto para satisfacer las necesidades actualmente planteadas en los países de la región, así como en la definición del papel de HelpAge International en la promoción y ejecución de actividades precursoras en esa perspectiva.

El Simposio dio inicio con una mesa de apertura de la que participaron autoridades nacionales, de la Universidad Isalud y la representante de HelpAge International. El rector de la Universidad Isalud, dio la bienvenida a los presentes y agradeció a HelpAge International la confianza depositada en la Universidad para la realización del Simposio.

A continuación, el Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, Doctor Gabriel Yedlín, felicitó a los organizadores por la realización del Simposio y se refirió a la importancia que la actual gestión del Ministerio ha otorgado a la atención de las personas mayores y a la creación del programa Envejecimiento Activo y Saludable. También hicieron uso de la palabra, el Dr. Armando Vázquez en representación de la oficina en Buenos Aires de la Organización Panamericana de la Salud, la Dra. Catherine Dusseau de HelpAge International y la Profesora Silvia Gascón Directora del Simposio. Particularmente la Dra. Dusseau dejó en claro la intención de HelpAge International de propiciar un debate que señale los puntos claves para el diseño de una estrategia para el desarrollo de programas y servicios que respondan a las necesidades de las personas mayores con pérdida de autonomía. Luego de dejar abierto el Simposio se dio comienzo a la primera actividad.

2.1. Primer panel: La necesidad de la atención domiciliaria en la región

Expositora: Sandra Huenchuán, CEPAL/CELADE.

Panel:

- El desarrollo de programas de cuidado en domicilio en el cono sur: Silvia Gascón, Universidad Isalud / HelpAge International.
- Un marco de atención integrado e integral: Enrique Vega, OPS.
- Las necesidades de atención en el cono sur: Nélida Redondo, Universidad Isalud.

Coordinador: Armando Vázquez, OPS, Buenos Aires.

La presentación de la dinámica del Simposio y del primer panel estuvo a cargo de la profesora Silvia Gascón. La profesora Gascón expuso los objetivos del Simposio, precisó los fundamentos que guiaron la selección de los temas a tratar y delineó el contexto más amplio en el que el mismo se inscribe. Puntualizó la delimitación del área de cobertura inicial en los países del cono sur, debido al más temprano y avanzado proceso de envejecimiento demográfico que registran. Enfatizó que el desarrollo del proyecto en estos países deberá servir como punto de partida para asentar en la región las actividades pioneras en el tema de HelpAge International. Mencionó que el resultado del Simposio será la elaboración de una guía conceptual y operativa que oriente a las personas u organizaciones interesadas en prestar servicios de base comunitaria para el apoyo de las personas en situación de dependencia. En su presentación, la profesora Gascón enunció los objetivos y los fundamentos sobre la base de los cuales se organizó el Simposio y que fueron detallados en el punto anterior de este informe.

La exposición de la experta de CEPAL, Sandra Huenchuán, proporcionó datos sobre: a) la relación entre los arreglos residenciales y el envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe, b) el impacto del envejecimiento en los sistemas de cuidados, c) las opciones de políticas en el marco de la protección social, y d) los desafíos para los sistemas de protección social en contexto de envejecimiento.



Las evidencias estadísticas muestran que el cuidado se transformará en un desafío inminente para las políticas públicas de los países de la región. El cambio demográfico en curso incide en el comportamiento y la composición de la demanda por servicios sociales específicos. El envejecimiento demográfico aumenta la demanda de servicios de asistencia. Ante este crecimiento de la demanda, existen limitadas posibilidades de practicar la solidaridad familiar en un escenario de cambio de los roles de las mujeres. Las mujeres se han ido alejando de las funciones de cuidado y los hombres tienen escasa presencia en este tipo de tareas y los sistemas de protección social evidencian un rezago con respecto a las necesidades que surgen de la realidad demográfica y socioeconómica actual.

Las fuentes de apoyo y asistencia para la vejez provienen del Estado, el mercado y las familias. En América latina, la familia es percibida como la principal fuente de soporte a la vejez. Sin embargo, la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo sumado al creciente envejecimiento demográfico debilita la participación de las familias en la atención de los adultos mayores. Por este motivo se plantea la necesidad de incluir los cuidados a la dependencia en los sistemas de protección social. Los sistemas de protección social deberán agregar a los dos pilares existentes de seguridad social y salud, un tercer pilar adicional de servicios sociales.

Los servicios sociales deben abarcar los servicios de ayuda a domicilio, centros de día, estancias temporales, programas de adaptación a la vivienda, sistemas alternativos de alojamiento y servicios socio-sanitarios. Asimismo, comprenden la protección de los derechos económicos, del derecho a la seguridad social y del derecho a la salud de las mujeres que prestan los cuidados familiares o informales.

El desafío para los sistemas de protección social de los países de la región es acuciante porque el envejecimiento de la población en América Latina es rápido y se da en un contexto de precariedad económica. El grupo de mayor crecimiento entre la población adulta mayor es el de ochenta años y más. Se produce de manera simultánea a la incorporación de la mujer al mercado del trabajo y en el contexto del aumento de población que precisa de cuidados. La ausencia de servicios sociales genera una alta demanda hacia la familia para cumplir funciones de seguridad y protección.

En consonancia con la exposición central de la doctora Huenchuán, la intervención de la panelista Nélica Redondo focalizó la atención en los indicadores demográficos que ponen en evidencia las necesidades de servicios en los tres países del Cono Sur. El objetivo fue evaluar la capacidad predictiva de indicadores seleccionados que pueden elaborarse a partir de datos de censos y encuestas de los sistemas estadísticos de los países de la región. En particular, se señalaron y explicaron los indicadores que relacionan variables socioeconómicas y sociodemográficas con la edad y con las discapacidades permanentes o la necesidad de ayuda. Estos indicadores son especialmente útiles en los países latinoamericanos debido a que permiten

identificar los grupos más vulnerables, estimar su número y conocer su localización. Finalmente, mencionó los resultados de investigaciones ad-hoc efectuadas en Argentina que proporcionan evidencias de inequidades de género en los costos de la dependencia que perjudican a las mujeres en el final de sus vidas. Los datos argentinos muestran que las mujeres, que son las principales cuidadoras familiares e informales de las personas con dependencia, tienen desventajas para permanecer en sus domicilios cuando son ellas las que requieren ayuda. El indicador más elocuente para apreciar esta situación es la tasa específica de internación en instituciones geriátricas. En el caso argentino la tasa de internación de las mujeres mayores de 80 años duplica a la de los varones del mismo grupo de edad.

Cerró el panel el doctor Armando Vázquez, OPS, Buenos Aires quién tuvo a su cargo la reseña final del tema.

2.2. Segundo panel: ¿Cómo se establecen las respuestas de la atención domiciliaria?

Expositor: Enrique Vega, OPS.

Panel:

- Jean Michel Caudron, Francia.
- Marg McAlister, Canadá.
- Sandra Huenchuán, CEPAL/CELADE.
- Miguel Ángel Vázquez Vázquez, España.

Coordinadora: Teresita Ithurburu, PAMI.

Conferencia central:

La exposición central para responder a la pregunta dirigida al panel estuvo a cargo del doctor Enrique Vega, asesor regional sobre Envejecimiento y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C. El doctor Vega enfocó su presentación en la relación entre envejecimiento demográfico, salud y contextos de carencias económicas públicas y privadas. Analizó de manera comparada un mismo cuadro de enfermedades crónicas discapacitantes en personas con derecho a cobertura de salud y sin ese derecho, para referirse en particular a los desafíos de los sistemas de salud de los países latinoamericanos para hacer frente a nuevas demandas, incorporar nuevos actores y ofrecer nuevas respuestas en momentos en que todavía se registran falencias en las modalidades tradicionales de atención médica.

Planteó que en una realidad económica y demográfica compleja es difícil garantizar el derecho al bienestar y a la salud. Desde su perspectiva, destacó la necesidad de establecer un nuevo paradigma para la organización de los servicios que plantea, además, la formación de nuevos actores. Las familias pueden seguir cuidando si cuentan con apoyo. El desarrollo de tecnologías ofrece aliento en la tarea pero se necesita generar una cultura de salud. Los principios de la atención primaria de Alma Ata siguen vigentes todavía. En el nuevo paradigma hay una vuelta a los servicios en domicilio, a la participación ciudadana y al involucramiento de la comunidad.



La salud añade vida a los años, la implantación de servicios inscriptos en la nueva cultura de la salud proporcionan fuentes de empleos, en este contexto se necesitan definiciones de las políticas públicas para estar en sintonía con los nuevos escenarios. La medicina está volviendo a los domicilios, a la casa. Se trata de una respuesta a los problemas que plantean las enfermedades crónicas y también a las necesidades del mercado. La competencia entre servicios de atención primaria y los servicios en domicilio es completamente innecesaria. La transición demográfica y la transición epidemiológica que se está llevando a cabo en todos los países de la región requieren un abanico de respuestas. Los cuidados en domicilio, basados en derechos, implican la integración de prestaciones sociales y sanitarias.

Intercambios entre panelistas:

Los comentarios de los panelistas a esta exposición central destacan puntos o ejes del debate. Marg McAlister (Canadá) sostiene que las familias necesitan ayuda y que se les proporcione apoyo financiero. Desde su perspectiva está cambiando la mentalidad. Los tipos de servicios que se ofrecen con mayor frecuencia a las familias son, en su experiencia, enfermería a domicilio y ayuda en el hogar. Reafirma la noción de cambio de la cultura de la salud. Hay una crisis en los sistemas de largo plazo y un cambio para dejar de invertir en hospitales y reforzar la inversión en servicios comunitarios y en domicilio, la pregunta es cómo llevar adelante este cambio garantizando bienestar y eficiencia. En el caso canadiense, los servicios en domicilio están organizados con eje en el sector salud.

El geriatra Vázquez Vázquez, partiendo de la experiencia española, planteó el tema del análisis del costo de los servicios en domicilio. Desde su perspectiva es importante establecer en qué casos son menores que los de las instituciones de larga estadía y en qué casos los superan. Justifica la importancia de este tema en los actuales contextos de ajuste en el gasto estatal, en el que la capacidad de pago de las familias y de las comunidades puede alterar la situación vigente hasta el momento. Vázquez Vázquez entiende que los servicios en domicilio son muy caros en relación con el apoyo real que ofrecen a la dependencia leve-moderada, como para que sean

considerados como derecho, y plantea la necesidad de abordar líneas complementarias a las habituales de soporte doméstico y acompañamiento básico, así como la ventaja de la tele-asistencia domiciliaria como mecanismo de cobertura de situaciones de emergencia, seguridad y apoyo. Además plantea otro tema que a su juicio es crucial y debería ser incluido en los debates sobre el tema: los servicios socio-sanitarios ¿de quién tienen que depender. Del área social o del área salud? En el caso español, los servicios en domicilio de atención a personas mayores dependen del área social y genera problemas de coordinación para garantizar la integralidad. Adhiere a consensuar términos desde el punto de vista ético. Explica las diferencias entre *apoyo* y *cuidados* y expresa su acuerdo a la utilización de *apoyo* para referirse a las acciones dirigidas a prestar ayuda a las personas con dependencia.

Los comentarios de Jean Michel Caudron (Francia) se refieren a esta última interrogante. En Francia, la interface médico-social y sanitaria se resuelve en el domicilio con la coordinación del coordinador gerontológico del centro local de información y de coordinación (CLIC). En Bélgica, el médico puede participar en la coordinación del conjunto de las actividades sociales y domésticas. Pero es el centro de coordinación quien evalúa las necesidades de la persona, activa la intervención de los prestadores, efectúa el control de calidad y puede interrumpir la intervención, en caso que no responda a los estándares de calidad. El coordinador concurre al domicilio de las personas mayores. La región (autonomía, nivel sub-nacional) es la responsable del pago a cada profesional. El sistema de servicios socio-sanitarios en los domicilios genera nuevas fuentes de empleo en las localidades.

La coordinadora Teresita Ithurburu cerró el panel y sintetizó la reseña.

2.3. Tercer panel: ¿Cómo construir un servicio viable y sustentable para la atención en domicilio a personas mayores dependientes?

Expositor: Jean Michel Caudron, Francia.

Panel:

- Marg McAlister, Canadá.
- Miguel Angel Vásquez Vásquez, España.
- Enrique Vega, OPS.
- Sandra Huenchuán, CEPAL/CELADE.

Coordinadora: Prof. Silvia Gascón. Universidad ISALUD, Argentina. HelpAge International.

Conferencia central:

Jean Michel Caudron inició su exposición analizando el concepto “interdependencia” enunciado por Marcel Nuss: “No se trata de dirigir y supervisar sino más bien de acompañar, suplir, compensar, entonces estar disponible, atento, abierto. Características que exigen control de sí mismo y amor”.

Este concepto sugiere que se necesita de una aceptación de la relación “en espejo”. Ser cuidador implica entrar en una

interdependencia con el otro, el que necesita, el que pide, el demandante inducido por su necesidad de acompañamiento y cuidados específicos pero también por su personalidad. En esta interdependencia, es delicado obtener y mantener el balance emocional. Para que los servicios a la dependencia sean viables tienen que partir de un diagnóstico compartido con los usuarios. Se trata de co-construir un plan de acción. Jean Michel Caudron destaca que no es médico, ni universitario, ni pertenece a un servicio hospitalario. Es un animador, consultor en “ingeniería gerontológica”. El término ingeniería está utilizado en la acepción francesa. Desde su perspectiva, el ingeniero “gerontólogo” moviliza competencias para resolver necesidades. Su especialidad es promover el desarrollo local mediante la ayuda a diagnosticar los problemas y a solucionar los problemas locales. Se efectúa un diagnóstico compartido sobre la base de la revisión del proyecto de vida. El proyecto de vida individual. El proyecto de vida del individuo “Le projet de vie de l'individu” (de la Asociación gerontológica del distrito XIII de París) se conceptualiza alrededor de cinco pilares para cualquier edad y situación: a) vida psico-afectiva, b) vida social, c) salud, d) vida económica, y e) hábitat. Es fundamental no confundir el proyecto de vida, que es propio de cada individuo y es él quien lo comunica, del proyecto de compensación de la discapacidad y otros proyectos de acompañamiento individualizado que ofrece el profesional. Es por ello, que entre otras son muy importantes las competencias de mediación familiar, que deben ser desarrolladas para intervenir en las crisis familiares.

El concepto de acción gerontológica (1992) hace referencia a construir juntos y proponer un entorno de vida en el cual cada persona que envejece pueda concebir y gestionar su propio proyecto de vida, para envejecer libre y solidaria en su domicilio personal, familiar y comunitario, integrada en su entorno (familia, amigos, vecinos) y su contexto gracias a un panel de ayudas adaptadas y de calidad que permiten la libertad de elección. La persona que necesita apoyo primero tiene que apoyarse a sí misma. La persona tiene que decidir. La relación cuidador-persona no es una relación de amo - esclavo. La acción gerontológica implica el desarrollo de un abanico de respuestas para que la gente pueda elegir y mantenerse en su medio de vida. Desde el comienzo requiere pensar en un plan local en conjunto, que debe desplegar una

variedad de acciones, a) animación global del territorio, b) informaciones (entre socios y con los beneficiarios), c) estructuración del dispositivo gerontológico, d) creación eventual de nuevos servicios socio-médicos (con solidaridad intergeneracional).

Los dispositivos gerontológicos se adecuan a las necesidades de cada territorio. Por este motivo, las políticas dirigidas a las personas mayores están descentralizadas hasta el nivel de departamento.

En la actualidad, se discute hasta qué punto los servicios socio-sanitarios basados en la comunidad deben formar parte del seguro estatal de salud. El experto expone el ejemplo de Dinamarca, que en el año 1980 inició la política general de mantener a las personas mayores en sus entornos comunitarios. Hoy, esta tendencia se ha revertido, hasta el punto en que las municipalidades incitan a sus ciudadanos a mudarse a un establecimiento de cuidados mientras están en la capacidad de tomar esta decisión ellos mismos y elegir el lugar. Las comunas esperan economizar recursos, porque el apoyo a las personas mayores con dependencia que necesitan cuidados de manera permanente, en el domicilio, resulta muy costoso.

A partir del año 2009, en Dinamarca se ha establecido una ley que impide que una persona que solicita ingreso a una residencia espere más de dos meses para obtener la plaza. Además, es obligación formar consejos de residentes en todas las instituciones de larga estadia. Las mejoras implementadas en la legislación dirigida a las instituciones de larga estadia fueron también el resultado del lobby de las personas de edad. DaneAge es una organización que tiene más de 540.000 asociados de cincuenta años y más y cuenta con más de doscientos diez comités locales. En estos comités cerca de diez mil voluntarios desarrollan eventos sociales y abogan por los derechos de las personas mayores.

La organización de servicios socio-sanitarios integrados que presta su apoyo a las personas mayores, cualquiera sea su ámbito de residencia, es uno de los logros de las reformas introducidas en Dinamarca y los Países Bajos. El voluntariado de los jubilados jóvenes es una gran fuerza social. Requiere que se formen y desarrollen sus competencias. Constituyen un pilar para las relaciones intergeneracionales.

Actualmente, la disolución del “Estado providencia” y de la “familia providencia” provoca la necesidad de que surja una tercera vía: la economía social. Esto puede evitar que prime la ley del mercado y que la ayuda para los más pobres, sea siempre una ayuda social residual.

Intercambios entre panelistas:

Marg McAlister comentó la exposición incorporando la experiencia canadiense. En Canadá el gobierno contrata trabajadores, ONGs, cooperativas o empresas que se hacen cargo de los servicios sociales: trabajos domésticos, cuidados de fin de semana, teleasistencia, servicios de respiro familiar. Los centros de salud desarrollan proyectos comunitarios que trasladan paramédicos a los domicilios. La



integralidad e integridad de los servicios están a cargo de un gerente de caso que, en la experiencia canadiense, suele ser una enfermera formada en esa disciplina. No se dan servicios de veinticuatro horas en domicilio porque en todos los casos hay aportes de familiares y vecinos. Sin ese apoyo informal, se ofrece una institución de larga estadía. Los cuidados en domicilio complementan el esfuerzo de las familias por eso deben ser flexibles. Este tipo de servicios mejora los resultados clínicos.

Sandra Huenchuán reflexionó acerca de la falta de cobertura de la seguridad social en la región. Desde su punto de vista, los servicios a la dependencia deben ser encarados por el Estado, el mercado, las ONGs y la familia. Los programas de apoyo a la dependencia se proponen conciliar el trabajo productivo de las mujeres con el reproductivo. Son, en consecuencia, programas intergeneracionales. ¿Cuáles son las claves para construir servicios viables? Integrar los programas de servicios a la dependencia en la seguridad social. Los programas de apoyo a la dependencia permiten disminuir los gastos por desempleo.

La coordinadora realizó la reseña final del panel y agradeció a los panelistas por sus aportes.

2.4. Cuarto panel: ¿Cómo se forman los recursos humanos para el cuidado en domicilio? ¿Cuáles son las áreas clave y principales competencias a desarrollar?

Expositora: Mónica Roqué, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (Argentina).

Panel:

- Marg McAlister, Canadá.
- Jean Michel Caudron, Francia.
- Miguel Angel Vásquez Vásquez, España.
- Enrique Vega, OPS.
- Sandra Huenchuán, CEPAL/CELADE.

Coordinadora: Claudia Jaroslavsky, Jefa del Programa de Envejecimiento Activo del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).

Conferencia central:

La doctora Mónica Roqué expuso las políticas públicas específicas que se llevan a cabo en la Argentina, desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina. Inició su exposición señalando que Argentina es un país federal, compuesto por veinticuatro jurisdicciones subnacionales. Es uno de los países de envejecimiento temprano de América del Sur. En el año 2010, el 14,3% de la población argentina es mayor de 60 años, (10,2% de personas de 65 años y más sobre el total de la población). Casi el 60% de los mayores de 60 años son mujeres y algo más del 40% hombres. Es decir, la población se ha feminizado como consecuencia de la mayor longevidad femenina. Asimismo, según los datos del censo de población 2010 las personas de



75 años y más alcanzan alrededor de un millón y medio, representando el 30% de la población mayor de 60 años. El sistema previsional argentino está ampliamente extendido, razón por la cual el 95% de las personas de 65 años y más recibe jubilación o pensión.

La doctora Roqué precisó que la política dirigida a los adultos mayores con dependencia que desarrolla su dirección tiene dos componentes: a) la promoción de sistemas locales de prestación de cuidados domiciliarios, y b) la formación en la temática de los cuidados domiciliarios. El programa de cuidados domiciliarios depende del área social en la Argentina, sin vinculación con el sector salud. La formación de cuidadores domiciliarios se inició en el Ministerio de Desarrollo Social en el año 1996 y a partir del año 2003 constituye una política de Estado. Desde su inicio hasta la fecha se formaron en el país veinticinco mil cuidadores, que finalizaron cursos de cuatrocientas horas. En la actualidad, se llevan a cabo cursos de formación, de nivelación y de profundización de contenidos. Asimismo, se incorporaron cursos específicos de cuidados paliativos y Alzheimer.

Los contenidos de los módulos de formación abarcan:

- Introducción
- Gerontología Social
- Geriatría
- Fisiatría
- Cuidados Generales
- Cuidados Especiales
- Psicopatología
- Rehabilitación
- Hábitos adecuados
- Odontología
- Podología
- Recreación
- Prácticas domiciliarias, institucional y comunitaria

- Alternativas laborales
- Integración de conocimientos

El curso tiene cuatro meses de duración, comprendiendo clases teóricas, trabajos grupales, prácticas institucionales y prácticas en domicilio. Para la admisión se requiere estudios primarios completos, buena salud y flexibilidad en el trato personal. El Consejo Federal de Educación reconoció como oficio el título de este curso. La formación crea competencias para la prevención, la asistencia, la promoción y la educación de las personas con dependencia y su grupo familiar.

Hay tres modalidades previstas para el financiamiento de estos servicios de apoyo: a) gasto privado de las personas o familias con capacidad de recursos, b) obras sociales o sistemas prepagos de salud para las personas con este tipo de cobertura de salud, y c) Estado nacional, provincial y municipal para las personas sin cobertura de salud y sin recursos económicos.

Dado que el cuidado domiciliario es una fuente de trabajo, la formación profesional se realizó en grupos desaventajados de la población en edades activas. Es por ello que en los cursos se privilegia la incorporación de las personas que tienen asignados “planes sociales” del gobierno nacional. También se han incluido como destinatarios de estos cursos a otros grupos en desventaja, como ejemplo, los transexuales, y en este momento se evalúa la realización de un curso de formación en la cárcel específicamente dirigido a mujeres cuyos delitos estuvieron asociados al pequeño tráfico de drogas.

Intercambio entre panelistas:

Marg McAlister hace referencia al programa canadiense. En el Canadá los proveedores de este tipo de servicios están financiados por el gobierno y su regulación profesional la realizan los colegios profesionales. El personal que presta servicios en domicilios está registrado pero no regulado por el área gubernamental. En general, las enfermeras desarrollan el papel de coordinadoras en los sistemas de cuidados en domicilio, pero la variedad de servicios de apoyo incluye tareas de limpieza de domicilio, comida a domicilio, lavandería, entre otros apoyos. En Canadá no hay criterios de requisitos educacionales específicos, las profesiones paramédicas que intervienen, así como los gerentes de caso están formados por entidades académicas y sus competencias están reguladas por sus respectivos colegios profesionales. Existe un comité de ética de asistencia y la figura del “Ombudsman” que ejerce la defensa de los usuarios.

Miguel Ángel Vázquez Vázquez aporta la experiencia española en la materia. La responsabilidad del financiamiento de los servicios es del sector público. Los servicios facilitan la autonomía de las personas con dependencia en la toma de decisiones. Los servicios sociales comprenden prestaciones complementarias, tales como: servicios de lavandería y comidas a domicilio y apoyo domiciliario a la unidad de convivencia. La modalidad de

trabajo es en red. Uno de los problemas es la rotación de auxiliares en un domicilio. La atención sociosanitaria integral incluye además rehabilitación y prevención. Existe un código de ética para la prestación de estos servicios. El experto español ratifica la importancia del voluntariado, en especial, la utilidad que muestra en España el voluntariado de mayores dirigido a mayores.

Jean Michel Caudron reseña la experiencia francesa en la materia. En el programa francés se realiza una evaluación médica-social a través de un organismo externo que determina la modalidad de financiamiento de los servicios (compartidos entre el usuario y el Estado). Desde el punto de vista ético, los servicios en domicilio no pueden ser intrusivos de la intimidad. En la actualidad, hay innovaciones en tecnologías domóticas y sistemas de comunicación que refuerzan la autonomía de las personas con algún tipo de dependencia, respetando la libertad y la intimidad de la persona. Se trata de generar innovaciones médico-sociales para el futuro.

Finalmente, Mónica Roqué puntualiza, a pedido del panel, algunas modalidades operativas del programa argentino. Una de las preguntas se refirió a las facultades del Ministerio para auditar o regular el servicio de apoyo en los domicilios. La experta señala que Argentina es un país federal, por lo que el Ministerio de Nación no puede ejercer estas prerrogativas, la función que cumple al respecto es de persuasión y formación.

La coordinadora Claudia Jaroslavsky realiza la reseña final y da por concluido el panel.

2.5. Quinto panel: Claves para la implementación de los cuidados en domicilio. Una evaluación crítica de la experiencia española

Expositor: Miguel Ángel Vázquez Vázquez. Médico especialista en Geriátrica, Profesor Asociado Universidad de Vigo, España

Panel:

- Marg MacAlister, Canadá.
- Jean Michel Caudron, Francia.
- Enrique Vega, OPS.
- Sandra Huenchuán, CEPAL/CELADE

Coordinadora: Cristina Lombardi. Coordinadora de Relaciones Institucionales de la Fundación SIDOM. Profesora titular de la Universidad Isalud, experta en Cuidados Domiciliarios.

Conferencia Central:

El expositor utiliza la denominación “Servicios de Apoyo Domiciliario” (SAD) y hace explícita su preferencia por el contenido ético y de menor *iatrogenia* de la palabra “apoyo”. Desde su perspectiva, la palabra apoyo ratifica que las personas con algún tipo de dependencia mantienen la autonomía en la toma de decisiones. Es decir, se identifica con la propuesta de distinguir entre autovalimiento y



autonomía. Las personas pueden perder el autovalimiento para desempeñar actividades pero deben mantener la autonomía para la toma de decisiones sobre su vida, y es la persona el centro de los programas sobre los que se definen las actuaciones, de modo que cualquier acción de apoyo debe partir de las necesidades expresadas y sentidas de la propia persona, poniendo en valor su historia de vida y sus preferencias personales.

En España se utiliza la denominación Servicios de Apoyo Domiciliario (SAD). La definición de *atención a domicilio* para las políticas públicas españolas es:

“Programa individualizado, de carácter preventivo, socioeducativo y de cuidados básicos en las situaciones de dependencia, con apoyo personal para las AVD, apoyo psicosocial, fomento de la participación sociocomunitaria y soporte de actividades domésticas, que procuran que las personas en situación de riesgo o de dependencia leve puedan continuar viviendo en su domicilio. (Vázquez, M.A. 2012. Adaptado de Rodríguez Rodríguez, P).

El Apoyo domiciliario es una prestación destinada a facilitar el desarrollo o mantenimiento de la autonomía personal, prevenir el deterioro individual o social y promover condiciones favorables en las relaciones familiares y de convivencia, contribuyendo a la integración y permanencia de las personas en su entorno habitual de vida, mediante la adecuada intervención y apoyos de tipo personal, socioeducativo, doméstico y/o social.

El programa evolucionó conceptualmente desde su inicio. Acorde con esta evolución fueron cambiando las denominaciones que recibió:

- Atención domiciliaria
- Cuidados en el hogar
- Apoyo domiciliario

En relación a las prestaciones que ofrece en la actualidad el SAD en España, en las que realmente consiste la “Ayuda a Domicilio”, y atendiendo a que las competencias de la gestión de este servicio corresponde en todo caso a los municipios, se pueden clasificar en mínimas u obligatorias para cada usuario, y estándar o complementarias en buena parte de los casos:

I. Prestaciones mínimas exigidas

En todas las comunidades o regiones de España se exigen como mínimo actuaciones de carácter doméstico y actuaciones de carácter personal de soporte a la persona mayor en su entorno.

II. Como prestaciones estándar están:

- Actuaciones de carácter doméstico
- Actuaciones de carácter personal
- Coordinación de recursos médicos
- Actuaciones de carácter educativo
- Actuaciones de carácter sociocomunitario o integrador

No obstante se están desarrollando acciones piloto financiadas por comunidades autónomas con mayor intensidad horaria (en la actualidad no superan las 8-10 horas de atención semanal), y ajustadas a las necesidades reales de cada usuario/a, que incluso se ven complementadas por otros servicios como Comida a domicilio, Lavandería a domicilio, Gerodomótica y Voluntariado de apoyo

Las premisas básicas sobre las que se efectúa la planificación socio-sanitaria del SAD son:

- Estudio de las características y necesidades de la población y de sus entornos domiciliarios y recursos comunitarios. (Estado del arte)
- Sectorización de la atención en razón del número de habitantes y zonas geográficas (Organización)
- Garantía de continuidad asistencial mediante la coordinación con los otros niveles especializados (cohesión de servicios y organización).
- Integración de los recursos sociosanitarios en los generales, evitando duplicidades. (Gestión integral)
- Cooperación entre los sistemas formales de atención y la red natural de apoyo como familia, amigos, etc. (Integración)
- Modelo de apoyo a la persona (Apoyo vs. Cuidados).
- Igualdad de oportunidades para todos los miembros de la comunidad. (Principio de justicia)

Actualmente los servicios se financian a través de lo establecido por la Ley de Dependencia, con los presupuestos estatales de comunidades autónomas y administraciones locales. El copago de los usuarios está vinculado a la evaluación de la renta y patrimonio personal. El Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) es un índice empleado en España como referencia para la concesión de ayudas, becas, subvenciones o el subsidio de desempleo entre otros. Este índice fue creado en el año 2004 para sustituir al salario mínimo interprofesional como referencia para estos servicios. El IPREM se publica anualmente a través de la Ley de Presupuestos, de forma que se usa como referencia el último valor publicado oficialmente para determinar si los ingresos del usuario superan un determinado número de veces al IPREM actual.

Algunas ayudas están limitadas al 5,5 de valor anual del IPREM.

Las entidades prestadoras de cuidados domiciliarios requieren autorización previa para la prestación de estos servicios. Si ofrecen servicios a usuarios que cuenten con reconocimiento de situaciones de dependencia y sean financiados por administraciones públicas, deben disponer de acreditación previa. Las entidades privadas plantean la certificación de calidad como elemento diferenciador frente a su competencia, así como la formación especializada de los prestadores/as del servicio.

El modelo actual de Servicio de Apoyo Domiciliario (SAD) en España y que deberá orientarse a actividades de apoyo, en opinión de varios expertos, plantea los siguientes aspectos y necesidades de cambio:

- Evolución insuficiente del modelo en los últimos veinte años.
- Es un servicio de carácter fundamentalmente uniprofesional.
- Es un servicio intensivo en puestos de trabajo.
- Es un servicio de baja intensidad de prestación de apoyo o ayuda o cuidados.
- Se demanda incrementar la valoración o dignificación social del puesto de trabajo del auxiliar del SAD.
- En la práctica, hay un escaso e insuficiente funcionamiento en equipo.
- Existen tiempos de la jornada de los auxiliares que no son tenidos en cuenta de forma general y estructurada en el diseño del servicio (reuniones, desplazamientos, formación continuada, etc.).
- Existen cargas de trabajo propias del servicio no tomadas en cuenta en el diseño del mismo (tareas administrativas), que sobrecargan a los trabajadores sociales.
- El modelo de servicio cambia con la “Ley de Dependencia”, dado el incremento de la intensidad de la prestación y la atención a personas en situación de dependencia.
- Actualmente está definido a nivel estatal nacional un acuerdo de niveles mínimos de acreditación para los servicios del Sistema de la Dependencia. Deberían existir unos mínimos comunes de calidad del SAD para todas las comunidades autónomas, que garanticen el nivel óptimo del servicio y la mejora continua.
- Adecuar realmente el SAD hacia la prevención y a la promoción de la autonomía.

Propuestas de mejoras para el SAD, sobre la base de la evaluación crítica realizada

- Es necesario establecer un protocolo o marco de control, evaluación, supervisión y seguimiento del servicio.
- Este protocolo deberá ser acordado y llevado a cabo por el titular del servicio (en su caso, la administración

pública) conjuntamente con la entidad prestadora del mismo.

Las evaluaciones realizadas indican la conveniencia de revisar:

- La intensidad horaria: pasar de la atención horaria al apoyo de la necesidad individual. Definir criterios que enmarquen la corresponsabilidad familiar y de las personas usuarias en la prestación del servicio. El SAD siempre se ha definido como apoyo a la unidad de convivencia, no solamente a la persona mayor dependiente.
- La valoración tendrá en cuenta la capacidad de cuidado por parte del familiar o cuidador principal.
- Es imprescindible aportar a las personas usuarias y a sus familias, y concertar una descripción general del servicio, con compromisos, derechos y obligaciones, etc., para enmarcar la corresponsabilidad familiar en la prestación del mismo.
- El acceso a los “Servicios de Apoyo en el Domicilio “SAD”, se propone a través de la red básica de servicios sociales o sociosanitarios, con el fin de que se establezca una única puerta de entrada.
- Los modelos rurales no serán copia de los urbanos.
- Incorporar las tecnologías de refuerzo y ayuda como la tele-asistencia y la gerodomótica, amigables y accesibles a la economía doméstica de cada entorno.

El equipo interdisciplinar está conformado por:

- Coordinador del servicio
- Profesional de referencia: a) trabajador social b) terapeuta ocupacional, y c) psicólogo
- Auxiliar de apoyo domiciliario
- Trabajo administrativo

Existe una Norma de Acreditación de la Calidad del SAD que ha sido editada y publicada por la Agencia Española de Normalización (AENOR), competente para la Certificación de Calidad de este Servicio.

Asimismo, se evalúa la posible necesidad de un código ético que englobe y oriente a todo el equipo de profesionales. Una estrategia para fomentar la profesionalización de los integrantes del equipo es que los auxiliares reciban una formación profesional reglada. Esta formación reglada no sustituiría en ningún caso el valor de la formación continua del profesional cuando ya está activo, la que le permite adaptarse a la evolución del propio servicio.

En conclusión, Vázquez Vázquez planteó la necesidad de desarrollar un modelo de atención integral sociosanitaria a las personas mayores en situación de dependencia, que cubra tanto las necesidades de carácter social como las sanitarias, incluyendo servicios que van desde la prevención a la atención y la rehabilitación. El objetivo último es fomentar la permanencia de la persona en su entorno y

mantener su red natural de apoyo. El modelo tiene como eje la libertad de elección del usuario en cuanto al proveedor del servicio, el cual debe ser acreditado y certificado en calidad. Se busca la profesionalización del sector y fomentar la corresponsabilización de los usuarios en la sostenibilidad del sistema mediante su participación en la financiación de los servicios.

Las administraciones públicas son la clave para garantizar la provisión del servicio, para la regulación normativa, estableciendo un marco nacional que defina las características básicas y comunes que después desarrollarán las provincias o regiones y los servicios municipales.

También se discuten las leyes de herencia ¿qué pasa con los cuidados y los herederos forzosos? Es un tema en debate. Finalmente, el experto plantea que la autonomía implica que las personas pueden elegir morir, o desear correr el riesgo de morir. Las personas pueden elegir querer morir y expresar su deseo de tener una muerte digna. Las personas deben disponer de su libertad para tomar riesgos. Ratifica la diferenciación ética entre el significado de las palabras *cuidado* y *apoyo* para referirse a los servicios para la dependencia.

La coordinadora Cristina Lombardi moderó las intervenciones que formularon los integrantes del panel y cerró la sesión resumiendo las conclusiones.

2.6. Sexto panel: ¿Cómo se establecen y combinan las fuentes de financiamiento?

Expositora: Marg McAlister. Directora de Políticas e Investigación de la Asociación Canadiense de Cuidados Domiciliarios, Canadá

Panel:

- Jean Michel Caudron, Francia.
- Enrique Vega, OPS.
- Miguel Ángel Vázquez Vázquez, España.
- Sandra Huenchuán, CEPAL/CELADE.

Coordinadora: Rosa Kornfeld. Directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Chile.

Conferencia central:

La exposición se inició con la presentación de información referida al Canadá, país organizado políticamente en 12 provincias y tres territorios. El envejecimiento demográfico canadiense alcanza actualmente al 14% de personas de 65 años y más sobre el total de la población. Canadá transita una etapa de su transición epidemiológica en la que predomina la morbilidad por enfermedades crónicas. En la actualidad, se registran presiones económicas sobre el sistema de salud. La salud insume el 47% del presupuesto gubernamental. La reforma del sistema de salud está impulsada por los costos crecientes pero también por la presión de la gente, en particular, por las demandas y expectativas de los baby boomers.

La reforma tiende a disminuir la proporción del gasto de los hospitales y aumentar la participación de los servicios basados en la comunidad y de apoyo en los domicilios. En el Canadá se entiende por *apoyo en domicilio* a una serie de servicios basados en la comunidad y provistos en el domicilio que abarca la promoción de la salud, la capacitación, la intervención curativa, los cuidados para el final de la vida, rehabilitación, el apoyo y mantenimiento, la adaptación e integración social, y el apoyo al cuidador familiar. El apoyo en domicilio suplementa el esfuerzo familiar.

Los servicios basados en la comunidad y en domicilio se pagan a través del financiamiento público y del gasto privado de bolsillo o a través de seguros de los usuarios. Los servicios de salud en domicilio incluyen actividades profesionales y no profesionales pagas, y servicios y donaciones voluntarias (no pagas). Los servicios sociales comunitarios abarcan actividades pagas de servicios de cuidados comunitarios y actividades no pagas de cuidados informales.

Los servicios profesionales de salud en domicilio comprenden: a) enfermería, b) fisioterapia, c) terapia ocupacional, d) foniatría y logoterapia para los problemas de lenguaje, e) trabajo social, f) terapia respiratoria, g) dietista. Las actividades están incluidas en el sistema de salud.

Los servicios no profesionales de salud en domicilio abarcan: a) cuidados personales (baño, vestimenta), b) preparación de comidas, c) tareas domésticas, d) ayuda en el hogar, e) trámites y compras, f) respiro y apoyo al cuidador familiar. Las actividades son pagas.

Los servicios de cuidados en la comunidad incluyen la totalidad de servicios no profesionales de salud en domicilio mencionados precedentemente a los que se agregan: a) visitas al hogar, b) programas de día para el adulto mayor, c) prevención de caídas, d) sistemas de respuesta a emergencias, e) transporte de comidas sobre ruedas, f) entrega de comida a domicilio, g) activación, h) cuidados paliativos, i) cuidados de salud mental, j) programa de Alzheimer, k) viviendas asistidas.

Los servicios voluntarios (no pagos) incluyen donaciones y servicios voluntarios y el cuidado informal hace referencia al



conjunto de tareas de apoyo, cuidado y compañía que dan los familiares y vecinos. En la experiencia canadiense, los servicios comunitarios y en domicilio descansan, en una importante medida, en los esfuerzos voluntarios y de los cuidadores informales no pagos.

El financiamiento estatal de estos servicios en Canadá se inició en el año 1984, con la sanción del *Canada Health Act 1984* que estableció el acceso razonable a servicios de hospital y médicos sobre base prepaga. Los principios establecidos por la ley respetan los símbolos de equidad y solidaridad que comparte la sociedad canadiense:

- Administración Pública
- Integralidad
- Universalidad
- Portabilidad
- Accesibilidad

Los programas de atención de la salud en domicilio se pusieron en marcha en el año 1970, dejando a discreción de provincias y territorios su implantación. En el año 2004 se inició un plan a diez años de fortalecimiento de los servicios de salud. Como parte de las medidas se dispuso la provisión en domicilio de: a) atención clínica aguda de corto plazo, b) cuidados para el final de la vida, y c) atención de salud mental aguda de corto plazo. Se partió del convencimiento que las inversiones en este tipo de cuidados contribuirían al cumplimiento de los objetivos generales de acceso a los servicios y haría frente a los tiempos de espera.

Actualmente, el modelo de financiamiento de los servicios comunitarios y en domicilio en Canadá comprende:

Fondos públicos:

- Servicios de cobertura
- Medicación limitada, equipos, y cobertura de insumos.

En algunas jurisdicciones:

- Co-pagos
- Pagos según evaluación de recursos

Se estima que los gastos de los servicios comunitarios y en domicilio representan entre el 4,6% y 5,5% del total de los gastos en salud. Entre el 22 y 27% de los gastos en estos servicios se pagan a través de fuentes privadas. El valor de los cuidados informales y voluntarios no pagos representa el 13% de los gastos en salud. Finalmente, el impacto sobre las empresas a través de ausentismo y pérdidas de trabajo alcanzaba en el año 2007 a 1.28 billones de dólares.

Las modalidades de pago público para los servicios de salud en domicilio adoptan la siguiente fórmula:

- Salarios para staff de profesionales y no profesionales gubernamentales.
- Pago por prestaciones, modelo contratado de compra de servicios a proveedores privados.

- Pago por resultados, todas las prestaciones incluidas en un paquete.

- Mixto

Las implicancias políticas de este modelo son:

- Transferencia de costos desde rentas generales hacia fondos privados.
- Evaluación de las necesidades para la determinación de los servicios. Micro-gestión clínica.
- Derechos: derecho a conocer las prestaciones asistenciales.
- La inversión en servicios en domicilio y en la comunidad como porcentaje del gasto en salud no ha aumentado en diez años.
- Apoyo médico en la comunidad. Re-emergencia de las llamadas a domicilio, incluyendo la atención virtual.
- Comunidades amigas con la edad.

Los canadienses desean tener las mejores políticas sociales con las más bajas tasas de impuestos. Desean un sistema universal, sin interferencias del gobierno federal pero que respete las diferencias regionales. Desean servicios equiparables en comunidades geográficamente aisladas. En este contexto, la Asociación Canadiense de Cuidados en Domicilio, de la que la expositora es directora de políticas e investigación, aboga por la promoción de la excelencia en la atención domiciliaria a través del liderazgo, la toma de conciencia y el conocimiento. Tiene una visión sobre los servicios en domicilio y de apoyo comunitario, accesibles, sensibles a la demanda para que la gente pueda estar en su casa con seguridad, dignidad y calidad de vida. La organización aboga específicamente por:

- Principios armonizados de servicios en domicilio
- Informes de indicadores y públicos
- Estrategia Canadiense de Cuidadores
- Estrategia de Ciudadanos Mayores
- Tecnologías
- Aumento de fondos

Intercambios entre panelistas:

Con la coordinación de Rosa Kornfeld se generalizó el debate de los panelistas alrededor del tema. Algunas de las premisas acordadas por el panel fueron los diferentes costos de la dependencia, según su nivel: la dependencia leve y moderada es significativamente más barata que el nivel de dependencia severo.

En el caso canadiense no hay fondos públicos para cuidados de veinticuatro horas en domicilio, los fondos públicos para el cuidado en domicilio no pueden exceder los costos de una institución geriátrica de larga estada. En Canadá no es un derecho el cuidado en el domicilio, puede ocurrir que alguna persona se quede sin servicio. Sí existe el derecho a conocer

las prestaciones médicas y los mecanismos de acceso.

Caudron explica los sistemas de los países europeos francófonos: en Francia, el/la auxiliar de enfermería que da el servicio de aseo en el domicilio está asumido en un 100% por el seguro médico; el costo del/la auxiliar de vida social quien ayuda al aseo y en las tareas domésticas es asumido por el seguro público de dependencia (aporte/bono personalizado de autonomía), según el grado de pérdida de la autonomía y de los recursos de la persona, el resto del plan de ayuda es aportado por la persona y/o su familia.

El panel se cerró con los comentarios finales de la coordinadora, Rosa Kornfeld.

2.7. Séptimo panel: Lecciones aprendidas en América Latina

Panel:

- Lilliams Rodríguez Rivera, Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, Cuba.
- Gilberto Marín, Red de cuidado para la Persona Adulta Mayor, Costa Rica.
- Josefina Sánchez, Sociedad Trientina de Chaco, Argentina.
- Cristina Lombardi, Coordinadora de Relaciones Institucionales de la Fundación SIDOM.
- Claudia Covarrubias, Asesora Técnica Nacional Adulto Mayor, Hogar de Cristo, Chile.
- Susana Rodríguez, Coordinadora Ejecutiva de la Secretaría para el Adulto Mayor de la Intendencia de Montevideo, Uruguay.

Coordinador: Eugenio Zanarini, Vice-rector de la Universidad Isalud.

Los panelistas son gestores de experiencias gubernamentales y de organizaciones de la sociedad civil de la región. En sus exposiciones identificaron los hitos que produjeron cambios en el desarrollo de los programas, los problemas actuales y las medidas en marcha para alcanzar los objetivos, tal como se refleja en los power point presentados, que se adjuntan a este informe. La totalidad de

las experiencias de “buenas prácticas” latinoamericanas que se expusieron en este panel son de base comunitaria y en domicilio. En el caso de Costa Rica, Cuba y Uruguay se trata de programas gubernamentales de gestión local. En el caso de las experiencias chilenas y las de Ciudad de Buenos Aires y provincia del Chaco, Argentina son desarrollados por ONGs.

El doctor Gilberto Marín Carmona presentó la experiencia de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. La Red es una estructura social conformada por personas, familias, grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales y estatales que articulan sus programas y acciones para mejorar el cuidado de las personas mayores en el país. En particular, la exposición se focalizó en el tema considerado más urgente: la atención de las personas mayores en situación de riesgo social y pobreza. Un equipo interdisciplinario, con el apoyo financiero y logístico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) encaró la formación de la Red en dos comunidades urbano-marginales. Un entretejido social del que participan la municipalidad de las localidades, una universidad nacional, organizaciones no gubernamentales y otros organismos estatales nacionales que se unen a grupos comunitarios, familias y las mismas personas mayores para promover la prevención y atención de personas en situación de dependencia, que pueden mejorar sus viviendas y permanecer en ellas con confort y dignidad convenientemente apoyadas por la Red.

Por su parte, la doctora Susana Rodríguez, de la Secretaría para el Adulto Mayor de la Municipalidad de Montevideo, capital del Uruguay, presentó el programa de promoción integral que desarrolla el gobierno local. Uruguay es el país que posee el más elevado envejecimiento demográfico de América latina: los mayores de 65 años representan el 13,4% del total de la población. El 64% de los mayores de 60 años uruguayos se concentra en el área sur que comprende los departamentos de Montevideo, San José y Canelones. En este contexto, la Municipalidad de Montevideo inició un programa de base comunitaria que se propone mejorar la calidad de vida de las personas mayores para que permanezcan en sus domicilios con dignidad y autonomía.

Cuba es el segundo país de América Latina en orden de importancia de su envejecimiento demográfico. Por este motivo, el desarrollo de la Geriátrica ha sido temprano en el país. La doctora Lilliams Rodríguez Rivera, Vice-directora del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud de Cuba presentó el Programa de Atención Primaria Gerontológica que el sistema nacional de salud cubano desarrolla específicamente orientado a la atención integral de las personas mayores y el apoyo que el mismo proporciona para el mantenimiento saludable en sus domicilios de la población mayor. Asimismo hizo referencia al programa de formación de cuidadores domiciliarios que con éxito se implementa en Cuba.

Claudia Covarrubias expuso la experiencia del Programa de Atención Domiciliaria al Adulto Mayor (PADAM), que lleva a



cabo en diferentes comunas de todo el territorio chileno la Fundación el Hogar de Cristo. La Fundación desarrolla ciento ochenta y nueve programas dirigidos a adultos mayores, que atienden mensualmente a más de cinco mil quinientas personas. Los programas son integrales, es decir, abarcan el apoyo y cuidado domiciliario, centros diurnos y residencias de larga estadía. En particular, el PADAM está destinado a personas mayores autovalentes o con diferentes niveles de dependencia que viven en situación de pobreza.

En la actualidad hay en funcionamiento ochenta y dos centros PADAM que atienden mensualmente a más de tres mil trescientas personas. El programa ofrece asistencia espiritual, psicosocial y material y el costo por persona atendida es en promedio de U\$S 150 mensuales. El objetivo de la intervención comunitaria es interconectar a las personas mayores para alcanzar su integración social y apoyar su autonomía para permanecer en sus domicilios.

La Cooperativa de Cuidados Domiciliarios, SOLTRECHA (Sociedad Trentinos de Chaco) de la Provincia del Chaco, Argentina, estuvo representada en el Simposio por Josefina Sánchez. Dicha cooperativa inició su camino luego de que un grupo de personas recibiera capacitación de la Asociación Trentinos en el Mundo, ONG que promueve iniciativas orientadas a mejorar la calidad de vida de sus emigrantes trentinos² y descendientes, comunidad ésta a la que fueron dirigidas las primeras actividades de la Cooperativa. Al paso del tiempo y el fortalecimiento de sus capacidades de atención, SOLTRECHA fue ampliando sus servicios y hoy continúa atendiendo no sólo a la comunidad trentina, sino a la comunidad en general de la ciudad de Resistencia, aplicando sus conocimientos en la atención de adultos mayores y/o personas que por su estado de salud requieran de una ayuda externa, asistiéndolos en los cuidados primordiales de la vida diaria y siempre promoviendo su independencia y resguardando su integridad como personas. Asimismo, Sánchez hizo una breve referencia acerca de los desafíos que plantea trabajar como cooperativa en la prestación de un servicio que suele generar estrés en sus operadoras y operadores y la importancia fundamental de mantener actualizados sus saberes a través de capacitaciones que les otorguen nuevas herramientas para dar respuestas a las distintas necesidades que se les presentan. La organización promueve el desarrollo de redes de apoyo para dar soporte a personas mayores sin familia o recursos. La Cooperativa SOLTRECHA lleva actualmente 11 años en la actividad.

Finalmente, Cristina Lombardi expuso la experiencia de organismos gubernamentales y no gubernamentales de la Ciudad de Buenos Aires en materia de formación de asistentes geriátricos domiciliarios y de prestación de servicios domiciliarios para personas mayores con dependencia. Lombardi efectuó precisiones acerca de distintos tipos de servicios domiciliarios que actualmente se ofrecen en la ciudad. Su exposición se refirió puntualmente a la trayectoria recorrida desde que se inició el primer programa de servicios domiciliarios del Gobierno de la Ciudad hasta la actual oferta pública y privada, cuya característica es la amplia diversificación. Los desafíos presentes se concentran en la organización y coordinación de los servicios domiciliarios para personas con dependencia con los servicios sociales y sanitarios. Asimismo, afirmó que se deben unificar los criterios de

formación, regulación y supervisión de los asistentes geriátricos y establecer un marco ético para estos servicios.

Eugenio Zanarini coordinó el debate posterior y cerró el panel.

2.8. Cierre del Simposio: Construyendo el presente de los cuidados domiciliarios en la región

En el momento del cierre de las jornadas, los expositores y panelistas respondieron las preguntas formuladas por los asistentes.

En un segundo momento, se discutieron y se identificaron los aspectos básicos que debe tomar en consideración HelpAge International para iniciar sus actividades pioneras tendientes a motorizar el tema de los servicios de apoyo de base comunitaria para personas mayores en situación de dependencia en la región.

Todos los panelistas expresaron la importancia de la actividad realizada. Los expertos provenientes de Europa y Canadá comprometieron públicamente su interés en seguir aportando al desarrollo del proyecto encarado por HelpAge International. Asimismo los representantes de organismos de Naciones Unidas, valoraron la inclusión del tema en la agenda, la organización y desarrollo de la actividad y su interés en continuar en contacto y al tanto de los avances que se vayan produciendo. Se hizo también un reconocimiento al avance registrado en algunos países de la región, tal como quedó evidenciado en el Panel de experiencias Latinoamericanas. Luego las directoras del Simposio expresaron su agradecimiento a los participantes por el interés demostrado a lo largo de las intensas sesiones, así como a los panelistas por su excelente producción.

El mensaje central fue dejar en claro el interés y la decisión de HelpAge International para continuar avanzando en el diseño de un Programa que ofrezca respuesta a las necesidades de adultos mayores en situación de dependencia en la región latinoamericana. Se destacó, además la importancia de realizarlo en acuerdo con todos aquellos que ya vienen haciendo este recorrido, así como incluir a quienes deseen sumarse a partir de este momento.

Las palabras del cierre a cargo del rector de la Universidad Isalud fueron de reconocimiento a las organizadoras por el trabajo realizado y su contribución al éxito del Seminario. A los panelistas por su absoluta dedicación, reflejada en la calidad de sus presentaciones y la riqueza de los debates producidos. A los funcionarios y representantes de organizaciones de la sociedad civil que llegaron de otros países de la región, como así también a los nacionales por compartir las experiencias en marcha, lo que produjo un excelente aporte al Simposio.

Y finalmente un agradecimiento a HelpAge International por haber elegido a Isalud como sede para realizar el evento. “La Universidad Isalud es afiliada de HelpAge International, y se siente honrada de pertenecer y contribuir con una organización de tan destacada trayectoria”. Se dio de esta manera por finalizado el Simposio Internacional.