

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

Primera parte:

Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección

Soc. Leticia Pugliese



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

### **PRIMERA PARTE:**

### **REVISIÓN CONCEPTUAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN**

#### **I. Introducción**

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

El análisis de los dispositivos de protección de cuidados personales requiere comenzar por ubicarlos en el contexto de los diferentes modelos de protección que tienen esos países, porque los programas y servicios que se destinan a adultos mayores, y a otras personas dependientes, están necesariamente vinculados al tipo de régimen de bienestar que prevalece en el país en que se realiza.

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

#### **II. Los modelos de Protección Social**

Se realiza una reseña sintética de tipologías de modelos de protección social, tomando como fuente algunos trabajos antecedentes.

A pesar de las limitaciones que implican las tipologías - agrupando países por sus semejanzas y posiblemente dejando de lado ciertas diferencias, así como insuficiente análisis de los continuos cambios - éstas resultan útiles para comprender las formas de diseño y organización del bienestar, que incluyen las características de los dispositivos de protección social en lo que respecta a alcance de la cobertura, formas de financiación, de gestión y de acceso.

La protección social - como modalidad de intervención del Estado en el área social - surge como necesidad de los Estados Nacionales de la modernidad, a finales del siglo XIX en occidente, como consecuencia de la revolución industrial que pone en evidencia el problema de la pobreza como "cuestión social".

En épocas anteriores la protección de los miembros de la comunidad era realizada por la comunidad misma y/o por la familia, sin la participación del Estado. Es recién entonces, que con el fin de combatir la pobreza y la desigualdad, en Europa se crearon complejos

mecanismos institucionales, que se conocieron con el nombre de Estados de Bienestar Social (*Welfare State*).

En el transcurso del siglo XX estos regímenes de bienestar se desarrollaron, expandiendo la protección social a amplios sectores de la población. En la década de 1970 y hasta finales de ese siglo, enfrentaron importantes crisis a consecuencia de los cambios estructurales producidos por el sistema económico, que algunos autores denominaron “economía postindustrial”, con una gran hegemonía del mercado y con nuevas reglas en la competencia internacional, que provocaron problemas de financiamiento y consecuentes dificultades para sostener estos regímenes.<sup>1</sup>

Como respuestas a esta crisis, los modelos de protección social tuvieron que modificarse, flexibilizarse, buscar nuevas formas de financiamiento, con mayor participación de empresas privadas en la inversión y gestión de los servicios, etc.

Asimismo tuvieron que adaptarse (o están tratando de hacerlo) a los cambios producidos en el mercado de trabajo y en la institución familiar. En esta última, la capacidad de cuidado de sus miembros se ha reducido considerablemente, en particular por los nuevos roles asumidos por las mujeres en la esfera extrafamiliar, que dificultan la conciliación de las responsabilidades laborales con las de cuidado familiar.

Estas situaciones provocaron una mayor demanda de protección social por parte de los Estados, en el entendido de buscar la corresponsabilidad del cuidado de personas, entendido como un *nuevo riesgo social*. A partir de la última década del siglo XX, y hasta la actualidad, en la protección social estatal se desarrollan políticas, planes, programas y servicios de cuidados de larga duración, dirigidos a personas dependientes, por ejemplo niños, personas con discapacidad y personas adultas mayores.

## II.1. Modelos de protección en Europa, EEUU y Japón

Una aproximación a la explicación de estos modelos, la podemos encontrar en autores que analizaron los Estados de Bienestar, su funcionamiento y sus crisis, como por ejemplo, Gosta Esping – Andersen y Luis Moreno.

### 1) Protección universal - Estatalismo redistributivo

Al sistema de protección universal, Moreno le llama *Estatalismo Redistributivo*.<sup>2</sup> Se trata de modelos que desarrollaron formas integrales y redistributivas de protección social, en sociedades que ya tenían características de marcado igualitarismo, homogeneidad y contaban con regímenes democráticos. Principalmente los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega).

Moreno habla del modelo de “*redistribución estatalista nórdica*” señalando que aún con variados resultados, el régimen nórdico ha mantenido como criterio guía de su política económica la armonización de las ideas igualitaristas con el crecimiento económico y el

---

<sup>1</sup> Esping-Andersen, Gosta. 1998 *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ed. Ariel

<sup>2</sup> Moreno, Luis. 2000 (1era. edición. Diciembre de 2000). *Ciudadanos precarios. La “última red” de protección social*. Barcelona, Editorial Ariel S.A. pp.74-82.

pleno empleo. Sus generosos sistemas de protección social se financian mediante los impuestos generales - lo que implica fuertes redistribuciones fiscales - y son de acceso universal.

Entre los principales rasgos se destaca: Se favorece la provisión pública directa de servicios de bienestar en vez de las transferencias monetarias. Han sido sistemas predominantemente públicos, pero han ido introduciendo la prestación de servicios privados. Los derechos se vinculan a los individuos y se basan en la ciudadanía, antes que en una necesidad demostrada o en una relación laboral.

El régimen es activamente “desfamiliarizador”<sup>3</sup>. Su unidad de referencia principal es el individuo y la familia se encuentra en un proceso de radical transformación, como por ejemplo altas tasas de parejas de hecho y de nacimientos de hijos fuera de la institución matrimonial.

A su vez se destaca la mayor tasa de participación laboral de las mujeres en comparación a otros estados de bienestar. Una de las críticas que se le realizan es que una buena parte de los empleos para la población trabajadora femenina se han creado en el sector público, más concretamente en el de servicios del bienestar, como consecuencia de lo cual a menudo las mujeres acaban realizando las funciones que antes llevaban a cabo en el seno familiar.

## 2) Regímenes corporativistas

Los sistemas que se basan en el seguro social también son llamados regímenes “corporativistas”, o “conservadores” según la clasificación de Esping-Andersen, o “continentales” según Moreno.

Son modelos donde se desarrollaron instituciones de protección social que se articularon en función de la estratificación social y del mercado laboral.

Este régimen tiene sus orígenes en el modelo bismarckiano, basado en el principio contributivo, por el cual empleadores y empleados cotizan obligatoriamente a fondos de previsión administrados por el Estado, con el objetivo de cubrir situaciones de riesgo durante el ciclo vital de los trabajadores, y siguiendo como criterio de distribución el principio de mantenimiento de rentas. Este criterio preserva las diferencias socioeconómicas entre los diferentes estratos sociales y promueve el corporativismo<sup>4</sup>.

Para Esping-Andersen<sup>5</sup> el régimen Conservador es una mezcla de corporativismo y familiarismo. Incluye en esta tipología a los países de Europa continental y meridional: Alemania, Austria, Francia, Bélgica, Italia, España, los Países Bajos, así como a Japón.

---

<sup>3</sup> La política social influye en la esfera familiar, familiarizando o desfamiliarizando. En el primer caso se traslada a las familias la responsabilidad en la provisión del bienestar, con un peso mayor que la proporcionada desde el Estado, el mercado o la comunidad. En el segundo caso, se traslada al Estado, el mercado o el sector voluntario, la provisión de recursos de bienestar que realizaban las familias. En el caso del modelo nórdico, es principalmente el Estado quien asume esas funciones.

<sup>4</sup> Se entiende por corporativismo, la modalidad de acceso a beneficios sociales otorgados por políticas públicas, a través de gremios o categorías de trabajadores, excluyendo de esta forma a quienes se encuentran fuera de esos gremios o esas categorías, distribuyéndose el bienestar en forma segmentada.

<sup>5</sup> Esping-Andersen, Gosta. 1998 Op. cit.

El familiarismo es especialmente importante en la Europa meridional y en Japón. Es la combinación de la protección social sesgada a favor del varón cabeza de familia y el carácter central de la familia como dispensadora de cuidados y, en última instancia, responsable del bienestar de sus miembros.

Cuanto más familiarista sea el régimen, menos generosos serán los subsidios. Como el modelo parte de la base de la unidad familiar estándar basada en el varón cabeza de familia, la provisión de servicios para las familias “atípicas”, como las integradas por las madres que viven solas con sus hijos, tiende a ser residual. El modelo conservador da prioridad a una fuerte protección laboral para los adultos que ya tienen empleo, los cabezas de familia masculinos.

Con respecto al carácter familiarista de este modelo, se encuentran algunas discrepancias. Según Moreno, los rasgos definitorios de este régimen que él denomina “continental” son el corporativismo social entre los principales agentes económicos, la subsidiariedad funcional (se favorece la participación de la sociedad civil) y la segmentación ocupacional, que se muestra en la inclusión en los sistemas de seguridad social a los trabajadores de la economía formal que cotizan, con existencia de sistemas de seguridad social diferenciados en base a categorías laborales. Afirma que el familiarismo no es tan fuerte o característico de este tipo de régimen, como sucede con los países mediterráneos.

### 3) Vía Media Mediterránea

Se ha teorizado sobre un régimen distintivo de la Europa del Sur, que incluye España, Grecia, Italia y Portugal. Se le denomina “Vía media” porque se puede considerar como una opción intermedia entre los modelos bismarckianos de mantenimiento de rentas ocupacionales y los beveridgeanos de cobertura universalística.

Los cuatro países meridionales tienen elementos comunes respecto a su cultura, su historia, sistema de valores y peculiaridades institucionales. Por ejemplo han tenido experiencias de dictaduras y gobiernos autoritarios durante el siglo XX, experimentaron “retrasos” en los procesos de modernización y la religión ha sido muy relevante.

Se da un marcado fenómeno de microsolidaridad familiar. Este régimen descansa en gran medida en el papel desempeñado por la familia para obtener bienestar para sus miembros. Las transferencias intrafamiliares tanto materiales como culturales adquieren gran importancia. Entre las primeras se encuentran los cuidados prestados por las mujeres a los miembros de la familia, que en caso de contabilizarse aumentaría los niveles de renta de esos países. La transmisión de valores y actitudes se reflejan en altos niveles de ayuda mutua en las familias y una priorización de lo “microcolectivo” respecto a los intereses individuales.

En lo que respecta a la posición media entre régimen universal y régimen contributivo, se afirma que el caso de España es el más representativo, porque presenta procesos de universalización de sus sistemas de salud y educativos, conjuntamente con una seguridad social de carácter contributivo. Se busca la combinación de recursos del bienestar estatal, familiar y privado.

Al respecto sería importante estudiar, con el correr del tiempo, los impactos que pueda tener la implementación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia*, más conocida como “Ley de Dependencia”, que entró en vigencia en el año 2007, ya que como toda política pública, la formulación e implementación de esta ley tiene efectos recíprocos con el contexto en el que se genera y se implementa. Es así que se producen interrelaciones con la institución familiar, el mercado laboral, los servicios del sector privado, los valores culturales, etc.

Esta ley no sólo se dirige a las personas dependientes, adultas mayores y discapacitados, sino que también es una política social con perspectiva de género. Uno de los principios establece precisamente. “*La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres*”. En la concepción de la política, se intenta liberar en cierto modo a las mujeres, de algunas actividades domésticas de cuidado familiar, así como mejorar sus condiciones de participación en el mercado laboral.

No hay información hasta el momento, de impactos en la desfamiliarización del sistema de protección en España.

#### **4) Asistencial - Universalismo Residual**

Otra forma de caracterizar a los modelos asistencialistas, se encuentra en lo que Luis Moreno (2000) denomina “Universalización residual anglosajona”, ubicando acá a un grupo de países - el Reino Unido, Estados Unidos, Australia e Irlanda - con características comunes en la definición y prestación de políticas sociales, financiadas por impuestos generales y que son de carácter básico o residual porque se asume que el individuo deberá hacer el mayor esfuerzo en procurarse bienestar por sí mismo.

Este tipo de régimen corresponde a los países de corte “liberal” para Esping-Andersen, fundamentalmente anglosajones y basados en la tradición *beveridgeana* de cobertura universal de la seguridad social. El concepto de universalismo no significa que todos los ciudadanos reciban todos los beneficios, sino que la homogeneidad se establece en la posibilidad de todos a acceder a programas que pueden ser específicos para su edad o situación. Existe entonces un principio de ciudadanía que establece un acceso sin discriminaciones, pero la naturaleza de las prestaciones y su índole en muchos casos selectiva establece categorías de beneficiarios.

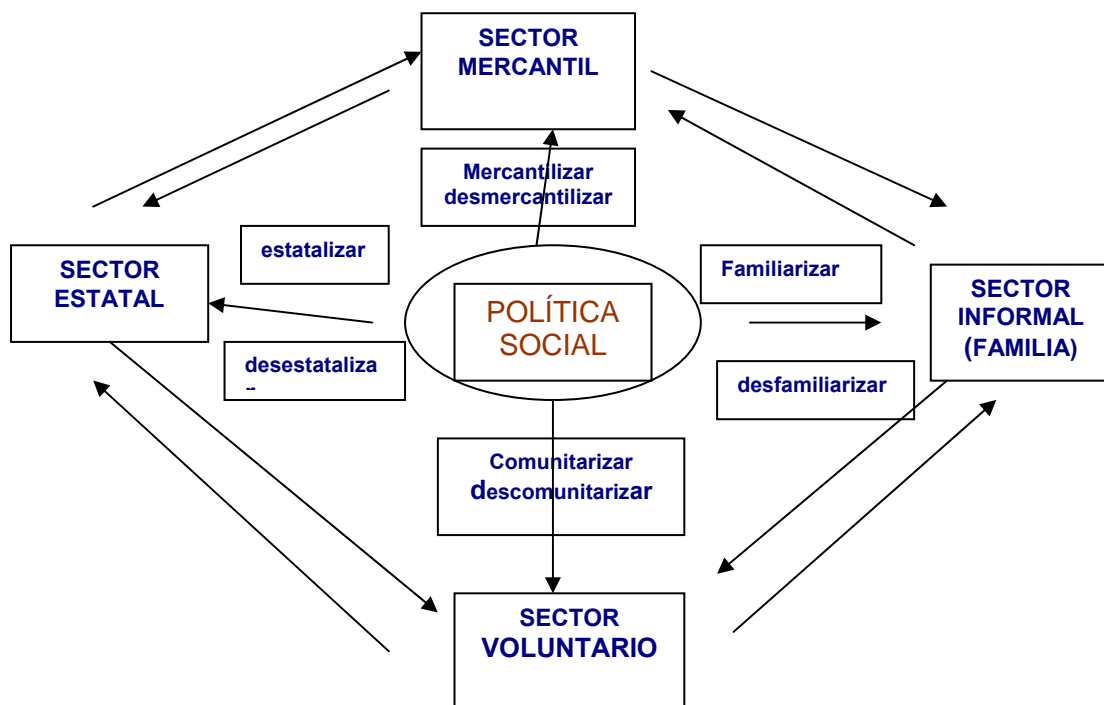
La clasificación de residual refiere a que otorga pocos derechos y unos modestos niveles de desmercantilización<sup>6</sup>. Se adopta una concepción restringida acerca de qué riesgos se deben considerar “sociales”, las garantías sociales se limitan típicamente a los “malos riesgos” o “riesgos inaceptables” y una definición restringida a la hora de elegir qué sujetos tienen derecho a dichas garantías. Otra característica del liberalismo es el fomento del mercado, ya sea individualmente (planes de pensiones personales, seguros de vida, etc.), o colectivamente (seguros colectivos o planes de previsión profesionales).

---

<sup>6</sup> Las políticas sociales pueden mercantilizar o desmercantilizar. En el primer caso se traslada al mercado la asignación de recursos en la provisión del bienestar, con un peso mayor que la proporcionada desde el Estado, la familia o la comunidad. En el segundo caso, se disminuye la acción del mercado en la provisión del bienestar, trasladándola al Estado u otros sectores como la familia y el sector voluntario.

A continuación se presenta un diagrama que muestra las relaciones de ida y vuelta que tiene toda política social, con las diversas estructuras sociales, como el mercado, la familia, el Estado y el voluntariado.

Diagrama 1: Relaciones entre la Política Social y la Estructura Social



Fuente: Adelantado, J.; et al., 1999.<sup>7</sup>

### II.1.i. Características de los modelos

Una descripción de las características de los modelos de protección a personas en situación de dependencia, para el caso de países de la Unión Europea y de la OCDE, se encuentra en el trabajo de Navarro<sup>8</sup>, quien los agrupa en tres sistemas:

<sup>7</sup> Adelantado, José, Noguera, José A., Rambla, Xavier y Sáez Lluís. Enero - Abril, 1999. "Las relaciones entre política social y estructura social". En *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. Nº 22.

<sup>8</sup> Documento presentado por Micaela Navarro, Consejera de Igualdad y Protección Social de la Junta de Andalucía, en el Seminario Internacional "Los Sistemas de Cuidados, ¿Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social". Uruguay. 2009. Cap. XI "Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE". Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-protecci%C3%B3n-en-Espa%C3%B1a-y-Europa.pdf>



1. De protección universal para todos los ciudadanos, financiados mediante impuestos. Es el modelo de los Países Nórdicos y Holanda.
2. De protección a través del Sistema de Seguridad Social, mediante prestaciones basadas en cotizaciones. Es el modelo bismarckiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo. Fuera de la Unión Europea, puede incluirse a Japón en este grupo, cuyo modelo de protección se basa en un seguro de dependencia.
3. Asistencial, dirigido esencialmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es fundamentalmente el modelo de los países del sur de Europa. Se puede incluir, fuera de la Unión Europea, a los Estados Unidos de Norteamérica, donde el derecho se establece bajo condición de recursos.

a) Sistema de protección universal

- Se basa en el principio de ciudadanía, de los derechos sociales, que garantiza una asistencia sanitaria y social universal y gratuita que es financiada mediante ingresos generales. No obstante los usuarios de los servicios sociales contribuyen a la financiación parcialmente, según sus niveles de renta.
- La protección a la dependencia es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes, que se incorporaron como consecuencia del envejecimiento de la población en esos países.
- La cobertura es universal, la prueba de recursos no existe, excepto para determinar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta.
- La evaluación de la situación de dependencia se realiza por escalas que valoran las posibilidades de realización de las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Es fundamentalmente de prestación de servicios.
- Hasta muy recientemente ha sido predominantemente público, pero lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.
- La financiación es de carácter impositivo, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales.
- Se trata de un modelo municipalizado, en el que los municipios son los responsables de la prestación de los servicios. Una de las “debilidades” es la presión que reciben los servicios municipales para hacer frente a la demanda creciente. Requiere de muy buena interrelación entre las administraciones estatales y municipales.
- Es un modelo de alto costo: De hecho, los países que han implantado este modelo, como los países nórdicos, dedican a los cuidados de larga duración un porcentaje de gasto entre el 2.6% y el 3% del PIB.
- Requiere de un buen desarrollo del sistema fiscal.

b) Sistema de protección a través de la Seguridad Social

- La protección a la dependencia se encuentra en el ámbito de la Seguridad Social, y es por tanto, financiado y gestionado en este marco. Por lo general el seguro (llamado de dependencia o de cuidados) es obligatorio y se lo considera como una extensión del seguro por enfermedad.

- Todos los países que han optado por este modelo reconocen la naturaleza del derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.
- Existe definición jurídica de la dependencia, en función de baremos establecidos por escalas que valoran las posibilidades de realización de las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Aún superando la tradición familística, el seguro de dependencia es un seguro orientado al apoyo de la familia cuidadora, no para sustituirla (principio de subsidiaridad).<sup>9</sup>
- La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, para definir prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.
- Las prestaciones pueden servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.
- Se dan ayudas al cuidador, por ejemplo cobertura de las cotizaciones a la seguridad social de los cuidadores familiares, y servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales.
- Hay libertad de elección entre prestaciones monetarias y servicios, no obstante, se tiende a favorecer la prestación de servicios, fundamentalmente cuando la gravedad de la dependencia es alta, ya que se entiende necesario que la atención más especializada sea cubierta por profesionales.
- La gestión de las prestaciones monetarias suele ser centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada, en las administraciones territoriales.
- La financiación es fundamentalmente con cotizaciones de los trabajadores, y en algunos países también de los empresarios y de los pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos en forma complementaria. La combinación entre cotizaciones e impuestos varía entre diferentes países con este modelo.
- Las prestaciones están topeadas, no cubren la totalidad de los costos de los servicios, lo que obliga a los usuarios a participar en la financiación de los mismos.
- El costo es menor que los sistemas financiados mediante impuestos. El gasto alcanza valores entre 1.2% y 1.5% del PIB.<sup>10</sup>

c) Sistema asistencial

- Se trata de un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, y alcance y extensión también limitados. Cubre necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos.
- Fuerte peso de las organizaciones no lucrativas (entre ellas las religiosas), y donde el peso de la carga de los cuidados recaen en las mujeres de la familia (quienes representan el 80% de la población cuidadora). Mezcla de facilismo y asistencialismo.
- Hay importantes desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los servicios comunitarios.
- Al ser un sistema de protección asistencial, deja desprotegida a la clase media, porque por un lado, los requisitos de acceso referidos al nivel de renta les impide acceder a

---

<sup>9</sup> Navarro, op. cit. cap. XI, pág. 31

<sup>10</sup> Navarro, op. cit. cap. XI, pág. 33

los servicios públicos, y por otro lado sus ingresos son insuficientes para costear servicios en el ámbito privado.

- No existe definición jurídica de la dependencia, aunque cierta cobertura se encuentra en las prestaciones por invalidez y otras prestaciones de la seguridad social (prestaciones familiares, seguro por enfermedad).
- En el caso de Estados Unidos, típico modelo asistencial, los seguros privados de asistencia médica de larga duración tienen un cierto desarrollo, en cambio la provisión de servicios sociales como las ayudas a domicilio o residencias asistidas, también privados, tienen baja cobertura, sólo 2.7% los primeros y 4.2% las residencias, con respecto a la población de 65 y más años de edad.

### El caso de Japón

Importa comentar el caso de Japón, por sus singularidades. Se sitúa en el modelo de cobertura por la seguridad social ya que se basa en un seguro de dependencia. No obstante, el modelo tiene doble naturaleza: contributiva y asistencial.

La tasa de envejecimiento es muy elevada en este país (19.3%) con una población mayor de 65 años de 24,7 millones de personas, de las que el 24% tiene más de 80 años. Este importante envejecimiento, junto con los cambios en la estructura de cuidados informales ha llevado a la creación de un modelo de solidaridad colectiva mediante la implantación de un sistema de cobertura universal en su doble dimensión: contributiva y no contributiva, financiado con cotizaciones e impuestos, además de una cotización fija del 10% del costo de los servicios.

El modelo japonés es un modelo de regulación, financiación y supervisión pública, gestión municipal y provisión privada mercantil de servicios.<sup>11</sup>

La población beneficiaria son los mayores de 40 años, diferenciándose en dos grupos: de 40 a 64 años y de 65 y más años, siempre y cuando sean calificados como dependientes por un equipo multidisciplinario, certificación que se renueva cada 6 meses. El grado de dependencia define el tipo de prestaciones a recibir. El plan de cuidados lo realiza un administrador de casos del municipio correspondiente.

Se trata de un modelo de cobertura universal basado en la participación de todos los agentes institucionales y los ciudadanos en el sostenimiento del sistema.

Las cotizaciones son para activos (a partir de los 40 años) y pasivos, los impuestos financian el nivel asistencial. La distribución de la financiación es la siguiente: la población de 65 y más contribuye con el 17% de los ingresos totales, la población de 40 a 64 con el 33%, el Estado con el 25%, las provincias con el 12.5% y los municipios con el restante 12.5%.

La provisión de servicios es fundamentalmente por empresas privadas (98%). Se otorgan prestaciones monetarias topeadas, a efectos de contratar los servicios, a lo que se añaden ayudas técnicas y de acondicionamiento del domicilio.

---

<sup>11</sup> Navarro, op. cit. cap. XI, pág. 61

## II.1.ii. Síntesis de los modelos europeos de cuidados a personas dependientes

Cuadro 1.

	Anglosajón Reino Unido, Irlanda	Continental Alemania, Francia, Austria, Bélgica, Luxemburgo	Nórdico Suecia, Finlandia, Dinamarca	Mediterráneo España(1), Italia, Portugal
Derecho a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: Universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho universal	Derecho mixto: Universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para lo que excedan un nivel de renta	Cotizaciones en el nivel contributivo. Impuestos en el nivel no contributivo. Copago en la prestación de servicios	Impuestos generales y locales. Copago	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que excedan un nivel de renta
Prestaciones Sociales	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias topeadas. Ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas	Prestaciones monetarias, servicios sociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONG's y Ayuntamientos	ONG's y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas	Ayuntamientos, ONG's y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo al cuidador informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia	Reformas en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos	Aprobación de la Ley de Dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia

Fuente: Puyol, R. y Abellán, A. (2006) "Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española". Mundial Assistance. Madrid

NOTA (1): Con respecto a España cabe realizar algunas puntualizaciones, ya que el trabajo de Puyol y Abellán es del año 2006, y como se explicó más arriba, la llamada Ley de Dependencia que se aprobó en ese año, se comenzó a implementar en enero de 2007. Estos años de implantada dan cuenta de algunos cambios, por ejemplo en el ítem *Provisión de servicios según importancia*, si bien los ayuntamientos tienen una importante función de contralor y fiscalización sobre los servicios, son las empresas privadas especializadas en servicios socio sanitarios, las responsables de la inversión inicial y de la gestión de los programas. Esta modalidad de gestión por concesión a privados de servicios de carácter público, se ha implantado por razones de eficiencia, de acuerdo a lo manifestado por autoridades provinciales y expertos en la materia.

<sup>1</sup> Con respecto al ítem *Políticas de apoyo al cuidado informal*, se han venido incrementando acciones con respecto a los cuidadores familiares, tanto en acompañamiento y capacitación, como en la otorgación de remuneración como reconocimiento de la función de cuidado.

<sup>1</sup> Información proporcionada por autoridades del Municipio de Madrid y del IMSERSO, en: Pugliese, Leticia, Marzo 2009. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud*. Banco de Previsión Social.

Aún con sus diferencias, se pueden identificar algunas características comunes entre los modelos:

- Se da una tendencia a universalizar la cobertura, en prácticamente todos los modelos. El abordaje de la extensión de la cobertura a toda la población dependiente no es exclusivo de los llamados sistemas de protección universal, como es el caso de los nórdicos, de hecho, los sistemas de protección por medio de la seguridad social, si bien se basan en seguros contributivos, extienden la protección con programas no contributivos.
- El copago es una característica común, en mayor o menor medida en todos los países, ya que incluso los de naturaleza universal son modelos topeados.
- Todos los sistemas han incorporado la prestación de servicios de tipo privado. Con el control y la regulación del Estado, la gestión e incluso la inversión en infraestructura y equipos, cada vez se realiza en mayor medida por empresas privadas.
- La descentralización de la política se produce en mayor o menor medida, tanto en los sistemas universales como en los de seguro social. Esto provoca una participación importante de las administraciones municipales o territoriales. Incluso en los asistenciales, hay participación de los municipios o ayuntamientos, aunque en forma residual.

Más allá de estas características, importa destacar el planteo de Fleury y Molina<sup>1</sup> acerca de que en todos los modelos hay un supuesto básico de desarrollo económico para la implantación y sostenimiento del sistema. *“Se supone la existencia de un círculo virtuoso de la economía, en el cual el desarrollo económico es capaz de generar una tendencia al pleno empleo, acompañada del crecimiento de la masa salarial. Por fuera de esas condiciones ninguno de esos modelos resulta viable, sea porque: el residuo de pobres se transforma en mayoría; o los trabajadores en el mercado formal se reducen con relación al mercado informal: o los recursos fiscales son insuficientes para sostener el patrón universalizado de derechos adquiridos.”*

Este planteo, con el que se puede discrepar, y que arrastra la clásica posición de los organismos financieros internacionales, sobre la necesidad de crear una buena base económica en la cual apoyar las políticas sociales, es no obstante, muy atendible, y en cierta medida explica las razones del crecimiento del Estado de Bienestar en los países más desarrollados de Europa y sus crisis de funcionamiento en los momentos de crisis económica. Sin embargo, los extremos de esta posición, que llevaron a creer en el fin de este tipo de Estados, no se ratificaron en los hechos, ya que los modelos de protección social tuvieron que modificarse, flexibilizarse e incluso reinstitucionalizarse, pero no sólo no dejaron de funcionar, sino que fueron ampliando sus funciones. Ejemplo de esto son los nuevos programas y servicios para la creciente población dependiente por edad y discapacidad, que se han incrementado en todos los países.

Por último, hay que señalar que en los sistemas concretos de cada país, no se encuentran estos modelos en forma pura, sino que se dan combinaciones de características de uno u otro.

---

<sup>1</sup> Fleury, Sonia y Molina, Carlos (2000). *Modelos de Protección Social*. BID – INDES.

## II.2. Modelos de protección en América Latina

En el caso de la protección social en América Latina, resulta más compleja la identificación de grupos de países con características identitarias similares, como para incluirlos en las clasificaciones de los modelos europeos. Tampoco se cuenta con estudios teóricos en profundidad, detalle y continuidad, como los realizados para aquellos países.

### II.2.i Clasificación basada en la evolución de las instituciones de seguridad social

Como afirman Fleury y Molina<sup>2</sup> *Buena parte de los estudios sobre el desarrollo de la protección social en América Latina estuvieron centrados en las políticas e institucionalización de la seguridad social, incluyendo el seguro social para pensiones y salud.* Esto dejaría de lado el análisis del alcance de la protección social en sectores informales y en algunas políticas sectoriales como educación y vivienda. Aún con esas limitaciones, afirma que la caracterización de las políticas de seguridad social es esencial para entender la protección social en la región.

En esta línea de análisis, Carmelo Mesa-Lago<sup>3</sup> realiza una clasificación de los sistemas de seguridad social latinoamericanos en tres grupos, en función del tiempo de implantación y desarrollo del sistema: países pioneros o altos; intermedios y tardíos o bajos.

#### 1. Grupo Pionero

Está compuesto por los países que introdujeron sus sistemas en las década de 1910, 20 o 30: Uruguay, Argentina, Chile, Cuba y Brasil. Se caracterizan hoy por una cobertura universal o casi universal en servicios de protección social básicos, una marcada estratificación en la calidad y condiciones de acceso de estos, un rango estratificado de servicios para la población, y situación de déficit estructural en materia de recursos y gastos.

#### 2. Grupo Intermedio

Este grupo introdujo los programas de seguridad social entre los años 1940 y 1950, lo integran Costa Rica, Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Venezuela. Dentro de los intermedios puede distinguirse dos tipos diferentes, los que han avanzado hacia el modelo estratificado maduro desde una lógica excluyente (similar a los modelos tardíos), de aquellos como Costa Rica que han avanzado en niveles de cobertura, oferta y calidad de servicios sin incurrir en la estratificación y desigualdad de los sistemas pioneros.

#### 3. Grupo Tardío

Los programas de este grupo fueron creados en las década de 1960 y 70, está integrado por la República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití. Presentan una baja cobertura poblacional, un limitado menú de opciones en materia de

---

<sup>2</sup> Fleury y Molina. (2000). Op. cit.

<sup>3</sup> Mesa-Lago, Carmelo y Bertranou, Fabio. 1998 *Manual de Economía de la Seguridad Social en América Latina*. CLAEH Centro Latinoamericano de Economía Humana. Montevideo. Uruguay.

servicios, y una desproporcionada calidad y cantidad de beneficios a los sectores efectivamente protegidos.

Se le ha criticado a esta clasificación de Mesa-Lago que no es propiamente una tipología de los Estados de bienestar, sino una ubicación de países en un continuo de desarrollo de políticas sociales. Esta forma de clasificación ha sido criticada desde la literatura orientada al análisis de los *welfare states* en Europa, no sólo por lo lineal y evolutivo del análisis, sino también por apoyarse fuertemente en indicadores de cobertura y gasto.

## ***II.2.ii Clasificación basada en variables históricas y de redistribución del gasto público***

Fernando Filgueira construye lo que denomina “*Una tipología tentativa de los Estados sociales en América Latina 1930 - 1970/80*”<sup>4</sup>, que si bien responde en buena medida a la propuesta de Mesa-Lago, intenta una conceptualización y explicación histórica del desarrollo de los sistemas de bienestar en los países de la región, e incorpora además el grado de madurez institucional de la política y del nivel del gasto, la variable de *cómo se gasta*, particularmente teniendo en cuenta el efecto redistributivo del gasto.

Con la salvedad de la limitación que plantea el período estudiado - teniendo en cuenta los importantes cambios políticos y sociales que se produjeron posteriormente y que se siguen produciendo en la actualidad - se considera importante el aporte de este autor, que establece tres tipos de sistemas:

### **1) Universalismo estratificado**

Ubica en esta clasificación a Uruguay, Argentina y Chile. La primera dimensión central que caracteriza a este grupo de países es que hacia 1970 todos ellos protegían de alguna u otra forma a la mayor parte de la población mediante sistemas de seguro social y de servicios de salud, y habían extendido la educación primaria e inicial secundaria a toda la población. Ofrecían extendidos niveles de prestación de servicios fuera del mercado y provisión de beneficios monetarios para diversas situaciones de imposibilidad laboral.

La otra característica central de estos sistemas la constituye una fuerte estratificación de beneficios, condiciones de acceso, y rango de protección en materia de seguro social y en similar medida en salud. Los trabajadores del Estado, los profesionales, los trabajadores de servicios urbanos y trabajadores fabriles urbanos tuvieron acceso en ese orden a protecciones y beneficios, y también en ese orden estratificaron calidad y acceso. Los trabajadores por cuenta propia, el sector informal, desempleados crónicos, trabajadores rurales y del servicio doméstico lo hicieron más tardíamente y con mayores dificultades en el acceso y menores niveles de calidad de los beneficios.

La explicación del peculiar desarrollo de estos sistemas sociales se relaciona con la economía política del desarrollo nacional y la administración política de este. Los casos de Argentina y Uruguay presentaron un Modelo Sustitutivo de Importaciones, basado en exportaciones de bienes primarios con muy baja demanda de mano de obra y con alta

---

<sup>4</sup> Filgueira, Fernando. 1998. *El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. En Ciudadanía y Política Social Bryan Roberts (Editor). FLACSO. San José, Costa Rica. p.81

rentabilidad internacional. El Estado apoyó a la industria nacional y creó empleo público, lo cual sirvió para incorporar a los sectores subalternos quienes tuvieron una temprana sindicalización. Esto permitió negociar e implementar extendidos programas de protección social con financiamiento tripartito en el caso del seguro social y unilateral (estatal) en el caso de educación y para ciertas áreas de salud.

## 2) Regímenes duales

Acá se ubican Brasil y México. Estos regímenes presentaban hasta la década de los setenta un casi universalizado desarrollo de la educación primaria y un importante aunque estratificado grado de cobertura de salud. En lo relativo a la seguridad social la cobertura acentuaba los aspectos estratificados de los sistemas maduros sin la cobertura universalizada de los mismos.

Se encuentran diferencias regionales, ya que hay desarrollo del mercado formal, y protección en ciertos Estados y regiones y desprotección y baja incorporación de la mayor parte de la población (ya sea vía el mercado o por la vía del Estado) en otros Estados. Estos países se han caracterizado por un desarrollo del Modelo de Sustitución de Importaciones apoyado en las rentas provenientes de economías primarias con alta intensidad de mano de obra y con una importante heterogeneidad regional en los niveles de desarrollo económico y social.

## 3) Regímenes excluyentes

En estos regímenes se incluyen República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Bolivia, Ecuador<sup>5</sup>. Se caracterizan por presentar elevados niveles de pobreza y escasa cobertura de protección social. La pobreza medida a través de ingresos excede el 50%. Hacia 1970, en la mayoría de ellos, menos del 20% de la población se encontraba cubierta por programas básicos de seguridad social.

Cuentan con sistemas elitistas de seguro social y salud, y dual en materia de educación, que se explica porque las elites jugaron un papel fundamental, en economías de enclave basadas en la exportación de bienes primarios. Los sistemas de protección social consisten en su mayor parte de políticas elitistas que agregan privilegios a sectores de la población de por sí privilegiados. Esto es permitido por la baja organización de los sectores subalternos a nivel político y social como consecuencia del carácter represivo de los regímenes políticos de estos países.

En cuanto al efecto redistributivo de estos sistemas, la actuación de estos sistemas en la amortiguación o el reforzamiento de las desigualdades económicas, constata: que en el "Universalismo estratificado" a pesar de que los beneficios sociales seguían la pauta de estratificación presente en el sistema social, la amortiguaron. Es decir, que luego de las transferencias sociales, la desigualdad de ingresos de los hogares disminuiría. En cambio en los regímenes duales los sistemas de protección amortiguan la segmentación social solamente en los sectores incorporados a formas de protección modernas y la acentúan entre estos y los sectores desprotegidos. En los países excluyentes, los sistemas de

---

<sup>5</sup> En estos últimos cabe la acotación realizada más arriba, sobre los cambios políticos que están ocurriendo en la actualidad y que podrían llegar a significar cambios en la estructura de poder y desigualdad social, que el trabajo de Filgueira no llega a contemplar porque su análisis es de un período anterior.



protección y seguro social consisten en su mayor parte de políticas elitistas que agregan privilegios adicionales a población que ya se encuentra en situaciones privilegiadas.

A la clasificación realizada por Filgueira, Fleury y Molina (2000, op. cit) le incorpora una variante, agregando una cuarta categoría, que llama de *países universalistas*, en los que ubica a Costa Rica y Cuba. Ellos tendrían al igual que el primer grupo coberturas universales, pero sin el componente de estratificación.

### **II.2.iii La focalización en la población más vulnerable**

De acuerdo al análisis de Fonseca<sup>6</sup>, la protección social en América Latina y el Caribe, que comenzó en las primeras décadas del siglo XX dominada por la concepción de seguro social, de tipo corporativo y por tanto vinculada al trabajo, tuvo un cambio significativo en las últimas dos décadas del siglo XX a raíz de la crisis económica y los programas de ajuste estructural.

Esas situaciones que se dieron en los años 80, provocaron severos costos sociales, provocaron crisis en los sistemas de seguros y agravaron la pobreza. En este contexto las políticas se redireccionan a los grupos más vulnerables. A mediados de los años 90 se realizan en la región, reformas en los sistemas de seguro y surgimiento de los primeros programas de transferencias condicionadas de ingreso.

Estos programas fueron considerados como innovadores por romper con el modelo de seguro social y por establecer corresponsabilidades Estado / usuarios, con el objetivo de mejorar los niveles educacionales, impedir la evasión escolar, el trabajo infantil, incrementar los cuidados de la salud y apoyar la nutrición.

La focalización de estos programas ha sido: familias pobres o muy pobres, con niños y adolescentes. Las contrapartidas o condiciones establecidas son mecanismos de entrada y permanencia de los beneficiarios.

Otra característica de estos programas es que no pertenecen al campo de los derechos, son programas meramente asistenciales, donde la titularidad de los derechos es transitoria y básica. En este sentido, *existe el riesgo para el Estado de sólo proveer servicios pobres y sólo para los pobres*, como señala Fonseca.

Entre los desafíos de esos programas se encuentran los de agregar otras políticas alrededor de las familias que reciben la transferencia, y hacer del programa un camino de entrada en una red más amplia de protección. Es decir, se entiende necesario la ampliación sucesiva del "foco".

En este sentido, en el caso de México y su programa *Oportunidades* se amplió la población objetivo por medio de la incorporación de los adultos mayores de 70 años integrantes de las familias beneficiarias.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Fonseca, Ana. 2007. *Los sistemas de Protección Social en América Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas*. Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD.

<sup>7</sup> Ellos reciben 25 dólares adicionales al apoyo que se le otorga al hogar por alimentación. Como contrapartida, los adultos mayores tienen que asistir a una cita semestral programada de acuerdo a la estrategia de atención definida por el sector salud. Fonseca (2007) pág. 10.

En el caso de Uruguay, el programa *Ingreso Ciudadano* finalizó al diseñarse el Plan de Equidad, cambiando la transferencia monetaria por un conjunto de medidas de mayor alcance. Y aún manteniendo la direccionalidad en familias con niños, se aplicaron algunas medidas para las personas adultas mayores, como por ejemplo la Asistencia a la Vejez, que complementa a la antigua Pensión a la Vejez (donde uno de los requisitos es contar con 70 y más años de edad), incorporando otro tramo de edad de este colectivo (entre 65 y 70 años).

#### ***II.2.iv. Coordinación de políticas sociales con enfoque de derechos***

En los últimos años se han producido cambios en la configuración institucional de varios países de América Latina, que se inscriben en cambios en el escenario político y refieren a nuevas concepciones de políticas sociales. Contando con el apoyo y asesoramiento de organismos internacionales, fundamentalmente de Naciones Unidas y sus agencias (CEPAL, UNFPA, etc.)

Las nuevas configuraciones institucionales - como por ejemplo los Ministerios de Desarrollo Social de distintos países, así como los Consejos de Ministros Sociales y los Consejos Nacionales de Coordinación de Políticas Sociales - intentan responder al desafío de coordinación e integración de dichas políticas, entre ellas las dirigidas a la población adulta mayor.

Se parte del reconocimiento del fracaso de las políticas de focalización de las últimas décadas del siglo pasado, y se tiende a una concepción de universalización de las mismas, y a un énfasis en los derechos de quienes antes eran considerados “beneficiarios” y ahora pasarían a ser “titulares de derechos”.

Asimismo se intenta cambiar las orientaciones de políticas sectoriales a políticas integrales y/o integradas, atendiendo al criterio de transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades, de ahí la importancia de las instancias y figuras institucionales encargadas de la coordinación e integración de las políticas en sistemas nacionales.

En lo que respecta a adultos mayores, se puede observar en el siguiente cuadro la identificación de organismos e instituciones encargados de la coordinación en algunos países seleccionados de América Latina.

Cuadro 2. Coordinación de las políticas de Adultos Mayores

País	Organismo de Coordinación Intersectorial	Institución Gubernamental Responsable
Argentina	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales	DINAPAM. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores dependiente del Ministerio de Desarrollo Social
Brasil	Secretaría Nacional de Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (MDS)	Instituciones del Plan de Acción Intergubernamental
Bolivia	-----	-----
Chile	Consejo de Ministros Sociales, coordinado por el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN)	SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Colombia	-----	-----
Costa Rica	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor – CONAPAM (2000).  El CONAPAM cuenta con un Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINATEC), conformado por las personas responsables de acciones programáticas para adultos mayores en diferentes instituciones.	Junta Rectora: Integrada por el Presidente de la Rep, Ministros Sociales, Presidentes de Instituciones de seguridad social, representantes de universidades estatales, de la Asoc. Gerontológica, de las asociaciones de pensionados y de la Federación Cruzada Nacional de Protección al anciano.
Ecuador	-----	-----
México	Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el tema de Adultos Mayores (creado en 2003)	INAPAM. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
Uruguay	Gabinete Social y Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2005).	Por Ley N° 18.617 de oct. 2009, se creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), éste sería el responsable de la coordinación. Aún no está en funcionamiento

Fuente: Elaborado en base a datos de Proyecto OISS. *Personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países del Cono Sur*. (2008) y Proyecto OISS. *Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Ecuador y México. Análisis para un Diagnóstico*. 2009. En [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)

En América Latina y el Caribe el envejecimiento, aún con distintos ritmos de avance, es un proceso generalizado; todos los países marchan hacia sociedades más envejecidas. Esto es resultado de la transición demográfica que en mayor o menor medida estos países están atravesando, y que implica un descenso sostenido de la mortalidad y de la fecundidad, y un aumento de las expectativas de vida. El proceso de envejecimiento genera desafíos y oportunidades para estas sociedades. (CEPAL 2004)<sup>8</sup>.

La creciente demanda de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores se explica por una serie de factores sociales que tienen que ver con los cambios demográficos (incremento del envejecimiento como se señaló), así como cambios en los modelos de la institución familiar y el incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral.

<sup>8</sup> CEPAL. (Marzo 2004). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Chile.

Las respuestas de cada país, en la implementación de nuevas políticas, así como en la coordinación de políticas ya existentes, depende en buena medida del modelo de protección de ese país.

En el caso de Argentina, Chile y Uruguay, países *pioneros* en seguridad social de acuerdo a Mesa – Lago y Bertranou (1998) y de *universalismo estratificado* de acuerdo a Filgueira (1998), con buena cobertura de seguridad social, de salud y de educación, ya en la década del 70. En el cuadro 2 se observa que en los últimos años se ha comenzado a modificar el enfoque de estratificación de la protección, con coordinaciones interinstitucionales que se llevan a cabo desde el más alto nivel institucional, y en dos de esos países estaba en funcionamiento desde antes del año 2006, organismos específicos de políticas para adultos mayores.

No obstante estos mecanismos instituidos no significan que la coordinación haya permitido alcanzar niveles de integralidad de las políticas, como se expresa en el informe de OISS *“Si bien estos países están avanzando en la formulación de una Política Integral hacia los Adultos Mayores, solo Brasil y Chile afirman que cuentan con ella. Argentina informa que existe una institucionalización instrumentada sobre la base de políticas sectoriales.....”*

Si bien en México y Brasil existen instituciones de coordinación de políticas, información proporcionada por la OISS da cuenta que en ambos países muchos de los programas y servicios para adultos mayores sólo se implementan en algunos estados, y en ellos difiere en forma importante el nivel de cobertura, lo que está en concordancia con el tipo de *régimen dual* según la clasificación de Filgueira.

Ecuador y Bolivia entran en la categoría de *países excluyentes* de Filgueira. Esto es consistente con la inexistencia de organismos de coordinación intersectorial en ambos países. De acuerdo a la fuente del cuadro 2 (Proyecto de OISS), en Bolivia, las Instituciones que prestan apoyo y servicios a la población adulta mayor son muy limitadas. De un total de 45 instituciones, sólo 6 son Gubernamentales, 20 son No Gubernamentales y 19 son Eclesiásticas. Todas son de carácter asistencial. En Ecuador, se señala la inexistencia de una política central que nucleee los diferentes sectores, lo que existe son algunas iniciativas sectoriales y parciales de instituciones gubernamentales.

Colombia es considerada por Mesa-Lago y Bertranou formando parte del *Grupo Intermedio*, donde los programas de seguridad social se introdujeron entre los años 1940 y 1950, y no lograron importantes niveles de cobertura (con excepción de Costa Rica). De acuerdo a los informes de OISS, en Colombia se encuentran Programas sectoriales de carácter asistencial.

Por ejemplo: Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM), a cargo del ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Social, del Ministerio de Protección Social. (pag. 71 y 72 de la fuente) Está dirigido a ancianos pobres, que no cotizaron a la seguridad social y viven solos o abandonados por sus familias en residencias de ancianos. Se brinda subsidio en efectivo y soporte nutricional y recreativo. Plan de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM), a cargo de un entidad gubernamental denominada Red de Solidaridad. Algunos programas son desarrollados como mixtos, es decir por organizaciones no gubernamentales, con fondos estatales. También existe una diversidad de programas desarrollados y ejecutados por instituciones de seguridad social.

En cuanto a Costa Rica, como se señaló más arriba, Fleury y Molina (2000) lo incorpora junto a Cuba en una nueva categoría que denomina *países universalistas*. De hecho, como se puede observar en el cuadro 2, existe una Junta Rectora en lo que atañe a políticas de adultos mayores, que está conformada por las más altas autoridades (comenzando por el Presidente de la República), y diversas instituciones, y es el único país en el que hay una Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de las personas adultas mayores.

### III. Consideraciones finales

En todos los países, europeos, americanos, asiáticos, el envejecimiento demográfico se ha incrementado en forma sostenida, lo que ha provocado mayores demandas de programas y servicios para ese colectivo.

Los modelos de protección social más avanzados, como es el caso de los países europeos, han expandido los servicios socio sanitarios de larga duración, para la atención de personas dependientes por edad o discapacidad.

En los países de América Latina, hay consenso en trabajar por la implementación de nuevos servicios de cuidado de larga duración, cuestión que es respaldada por los organismos y agencias internacionales.

El camino a recorrer parece estar direccionado en los siguientes aspectos:

- ✓ El horizonte es el logro de políticas y planes integrales para las personas adultas mayores;
- ✓ La búsqueda de coordinación intersectorial de políticas en aquellos países en lo que no existe dicha coordinación;
- ✓ Profundizar y mejorar la coordinación de las políticas para personas adultas mayores, en aquellos países en los que se instalaron mecanismos de coordinación intersectorial;
- ✓ Enfocar las políticas de las personas mayores, en los derechos humanos de las mismas, enmarcado en un enfoque de derechos humanos que transversalice todas las políticas sociales.
- ✓ Diseño e Implementación de Políticas, Programas y Servicios.
- ✓ Definición del alcance de la cobertura: universal o selectiva, así como la gradualidad en la incorporación de colectivos.
- ✓ Definir forma de financiación (vía impositiva o contributiva o un mix de ambas). Participación de los usuarios de los servicios en su financiamiento (copago)
- ✓ Definición de formas de gestión, por ejemplo descentralizada o no. En su caso, grado de descentralización. Participación de las administraciones territoriales en el financiamiento y gestión.

Estos aspectos se encuentran en discusión en algunos países de la región, incluido el nuestro. En estas discusiones se destacan, la perspectiva de derechos humanos, la tendencia a la universalización de la cobertura y las opciones de contributivo y no contributivo de los programas en cuestión.

El enfoque de “derecho”, marca un cambio conceptual, pasando de una preocupación en materia de “bienestar social” a una cuestión de legítimos derechos humanos. El tema va

más allá de una concesión del Estado o de los grupos privilegiados de la sociedad hacia los grupos menos privilegiados o más vulnerables, sino que el reconocerlo como “derecho” implica que hay un sujeto activo que es el titular del derecho y puede reclamarlo, y un sujeto pasivo que es el obligado por ese derecho (el Estado). *Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad.*<sup>9</sup>

Esta posición es relevante si se quiere marcar una diferencia con las políticas asistencialistas. No sucede lo mismo con otras políticas, como las de seguridad social, que tienen un claro basamento en los derechos humanos.

“El derecho a la Seguridad Social es uno de los derechos sociales fundamentales reconocidos en numerosos documentos y declaraciones internacionales de derechos humanos, por lo que constituye un imperativo jurídico y moral para las autoridades públicas, para todos los ciudadanos y para la comunidad internacional”<sup>10</sup>

La viabilidad de las políticas y su sostenimiento, dependen en buena medida de los recursos que el Estado y la sociedad puedan destinar para ellas. En este sentido, una combinación de los programas en contributivos y no contributivos puede ser deseable, sin falsa contradicción entre contributivos por un lado y universales por otro. De hecho, como se aprecia en el cuadro de Puyol y Abella (Cuadro 1), el derecho a la protección social de la dependencia, en países donde hay preeminencia de la seguridad social, puede ser *Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo*.

Un *mix* de contribución y no contribución; o de impuestos, cotizaciones y copago, en lo que respecta a la financiación. Un *mix* de prestaciones de servicios estatales y privados, en la gestión. Un *mix* de apoyo, “respiro” y en algunos casos sustitución, de los cuidadores familiares. Prestaciones sociales que combinen servicios, ayudas monetarias y ayudas técnicas. Estudiar estas variadas mezclas de opciones, así como profundizar en el conocimiento y reflexión de experiencias consolidadas, sin pretender extrapolar a países con otras características culturales, sociales y económicas, está en la base de la discusión de diseños de sistemas de protección para la población dependiente.

---

<sup>9</sup> Abramovich y Courtis, 2006. Citado por Rodríguez – Piñero, Luis. *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*. CEPAL Marzo 2010.

<sup>10</sup> Nicolliello, Ariel. *La Seguridad Social: Derecho Humano Fundamental*. En: Informe de Seguridad Social, N° 2, diciembre 2002. Publicación privada del Grupo de Investigación de Seguridad Social, del Instituto de Derecho del Trabajo y Seguridad Social, de la Fac de Derecho de la Universidad de la República.

## Referencias bibliográficas

- Abramovich y Courtis, 2006. Citado por Rodríguez – Piñero, Luis. *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*. CEPAL Marzo 2010.
- Adelantado, José, Noguera, José A., Rambla, Xavier y Sáez Lluís. Enero - Abril, 1999. "Las relaciones entre política social y estructura social". En *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. Nº 22.
- CEPAL. (Marzo 2004). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Chile.
- Esping-Andersen, Gosta. 1998 *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ed. Ariel
- Filgueira, Fernando.1998. *El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. En *Ciudadanía y Política Social* Bryan Roberts (Editor). FLACSO. San José, Costa Rica. p.81
- Fleury, Sonia y Molina, Carlos (2000). *Modelos de Protección Social*. BID – INDES.
- Fonseca, Ana. 2007. *Los sistemas de Protección Social en América Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas*. Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD.
- Mesa-Lago, Carmelo y Bertranou, Fabio. 1998 *Manual de Economía de la Seguridad Social en América Latina*. CLAEH Centro Latinoamericano de Economía Humana. Montevideo. Uruguay.
- Micaela Navarro, "Los Sistemas de Cuidados, ¿Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar social". Uruguay. 2009. *Cap. XI "Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE"*. Citado en: <http://www.papadopulos.info/wp-content/uploads/2009/07/Seminario-Cuidados-modelos-de-proteccion-Espa-y-Europa.pdf>
- Moreno, Luis. 2000 (1era. edición. Diciembre de 2000). *Ciudadanos precarios. La "última red" de protección social*. Barcelona, Editorial Ariel S.A. pp.74-82.
- Nicolliello, Ariel. *La Seguridad Social: Derecho Humano Fundamental*. En: Informe de Seguridad Social, Nº 2, diciembre 2002. Publicación privada del Grupo de Investigación de Seguridad Social, del Instituto de Derecho del Trabajo y Seguridad Social, de la Fac de Derecho de la Universidad de la República.
- OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social). Proyecto *Personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países del Cono Sur*. 2008.
- OISS. (Organización Iberoamericana de Seguridad Social). Proyecto *Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Situación, necesidades y demandas de las*

*personas mayores en Bolivia, Colombia, Ecuador y México. Análisis para un Diagnóstico.* 2009. En [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)

- Pugliese, Leticia, Marzo 2009. *Informe de Pasantía en España por EUROsociAL Salud.* Banco de Previsión Social.
- Puyol, R. y Abellán, A. (2006) “Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española”. Mundial Assistance. Madrid.