



Sistema
de **Cuidados**

**RELEVAMIENTO DE EXPERIENCIAS
DE CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Maira Colacce.

**RELEVAMIENTO DE EXPERIENCIAS
DE CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Maira Colacce



Sistema de **Cuidados**



EMBAJADA
DE ESPAÑA
EN URUGUAY



aecid



Cooperación
Española
URUGUAY



Obra publicada bajo licencia Creative Commons.

El material del presente libro puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestran los créditos. Pero de este uso no se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

Informe Final del Proyecto “Estudios e intercambio de experiencias de atención a personas en situación de dependencia en Centros de Día” gestionado por la Secretaría Nacional de Cuidados con el apoyo de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI), con la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo (AECID).

ISBN: 978-9974-902-17-6

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
---------------------------	-----------

1. EL PROGRAMA DE CENTROS DE DÍA DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS	17
--	-----------

2. LOS CENTROS DE DÍA EN EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS DE CUIDADO DE LARGA DURACIÓN	25
---	-----------

3. DESCRIPCIÓN EN DETALLE DE 4 EXPERIENCIAS	43
--	-----------

Israel.....	45
Grecia	51
Inglaterra.....	59
Suecia	67

4. LECCIONES Y DESAFÍOS QUE SURGEN DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL	77
---	-----------

Selección a los servicios	79
Expectativas y uso de los servicios.....	81
Características de los usuarios	85
Calidad de los servicios	87

**5. ¿QUÉ PUEDE APRENDER EL PROGRAMA DE
CENTROS DE DÍA? 91**

REFERENCIAS..... 99

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Existen varios argumentos a favor de que el Estado participe en la organización de las prestaciones de cuidado de larga duración. Como establece Muir (2017), uno de los más fuertes surge del volumen de recursos financieros que este tipo de servicios requiere. Cuando las personas enfrentan costos grandes pero inciertos, hay importantes beneficios al compartir los riesgos, dado que en ese contexto las personas no deben realizar provisiones para el peor escenario. En estos casos, los costos son más predecibles y cada persona paga el costo promedio total.

Los servicios radicados en el hogar o en la comunidad presentan un conjunto de ventajas sobre los cuidados institucionales entre los que se desatacan dos. En primer lugar, acompañan las preferencias de las personas mayores de envejecer en su hogar y en su comunidad, evitando el desarraigo de sus lugares de pertenencia y de sus redes sociales. En segundo lugar, este tipo de servicios resulta significativamente menos costoso que la institucionalización. Esto es particularmente relevante en un contexto de envejecimiento, en el que la provisión de servicios de calidad para una población dependiente

en crecimiento puede generar presiones importantes sobre los presupuestos públicos (y privados).

Los centros de día presentan cierta difusión a nivel internacional, especialmente concentrados en las personas adultas mayores. Existen experiencias para personas con discapacidad, pero su difusión es mucho más específica, relacionada a ciertas discapacidades en particular y asociada a la sociedad civil más que al Estado. Esto dificulta su estudio como programa público de cuidados y la posibilidad de extraer recomendaciones para el caso uruguayo. De todos modos, también se encuentran algunos centros de día destinados a personas mayores que sí se orientan a patologías específicas (como demencias o alzhéimer), o están dirigidos a ciertos grupos poblacionales específicos (veteranos de guerra en el caso de Estados Unidos).

Este tipo de servicio tiene un papel importante en el continuum de cuidado de largo plazo: a) desde la perspectiva de la persona con dependencia, permite sostener y preservar su autonomía, la ayuda a envejecer en su lugar de referencia, y cubre parte de sus necesidades de cuidado; b) desde la perspectiva de la familia, los centros de día son servicios de respiro que reducen su carga de cuidado y el estrés que implica; c) desde

la perspectiva de la sociedad, estos servicios permiten reducir el gasto a través del retraso o la prevención de la institucionalización y la mejora de los familiares cuidadores.

El objetivo de este documento es describir en detalle la experiencia internacional en la implementación de centros de día para la atención a personas en situación de dependencia, de modo de informar al programa que se está desplegando actualmente en Uruguay en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Además de una descripción del panorama internacional de estos programas, se busca brindar especial detalle sobre la implementación de cuatro experiencias concretas, tanto a nivel macro (gobernanza y financiamiento), meso (provisión y organización) como micro (desarrollo del servicio a los usuarios). A partir de la evidencia internacional, y en especial la de los países analizados en detalle, se recogen desafíos y recomendaciones para la aplicación de este tipo de programas en Uruguay.

**01. EL PROGRAMA DE CENTROS
DE DÍA DEL SISTEMA NACIONAL
INTEGRADO DE CUIDADOS**

01. EL PROGRAMA DE CENTROS DE DÍA DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS¹

Los Centros de Día son un programa nuevo en Uruguay que se encuentra en un momento de implementación. Existían algunas experiencias previas de centros de día públicos para personas mayores, pero de forma aislada. Tampoco se cuenta con centros de día privados, solo se encuentra una modalidad similar en el caso de algunos centros de larga estadía que establecen un “período de adaptación” en sus ingresos. Este tipo de centros tiene mayor difusión para la atención de personas con discapacidad (ya sea que estén situación de dependencia o no), pero su escala es muy menor y están generalmente asociadas a ciertas discapacidades específicas.

En el contexto de la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), se propone la implementación de un programa de centros de día. La fiscalización y habilitación se basa en la ley 19.355, artículo 518, promulgada en diciembre de 2015, que asigna al MIDES estas competencias en materia

¹ Esta sección está basada en los documentos de diseño e implementación del programa, básicamente: “Definición del servicio en Centro de Día”, “Plan Anual” y los pliegos de las licitaciones.

social, tanto para los centros de larga estadía como para los de servicios de cuidado transitorio.

Los Centros de Día del SNIC se definen como un centro gerontológico social, con una fuerte base comunitaria, que brinda cuidados integrales a las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada en un régimen ambulatorio, con el fin de contribuir a la autonomía de las personas mayores, favorecer la permanencia en su entorno habitual y redistribuir la carga de cuidados.

Tienen un carácter netamente territorial, asociando las actividades y la implementación a los recursos, necesidades, e intereses específicos del territorio. Además del financiamiento que brinda el SNIC, la comunidad debe realizar aportes que permitan el funcionamiento del centro, reforzando el compromiso territorial. Los rubros en los que el aporte es local son el inmueble donde opera el centro,² los recursos humanos de la salud (excluyendo psicólogo),³ el transporte, y en algunos casos el complemento de la

2 El Sistema de Cuidados realiza una transferencia anual de \$ 220.000 (a precios de enero 2017) para realizar Integración comunitaria reparaciones o trabajos menores de adecuación del local y equipamiento y mobiliario necesarios.

3 Por lo general, esto se operacionaliza a través de un acuerdo con la red de atención primaria de ASSE.

alimentación.⁴ Adicionalmente, cada centro debe tener una Comisión de Seguimiento territorial cuya finalidad es fortalecer la apropiación de la propuesta por parte de todas las instituciones y actores involucrados y la concreción de acuerdos de articulación.

Busca ser un espacio socio-terapéutico y polivalente para todo tipo de dependencias leves o moderadas, ya sean físicas o cognitivas; de contención y apoyo para familias o personas que cuidan, y de apoyo y formación continua a sus trabajadores. Los servicios se agrupan en cinco ejes:

- Atención socio-sanitaria preventiva y de estimulación para las actividades de la vida diaria
- Cuidado y asistencia personal (acompañamiento y ayuda en las actividades de la vida cotidiana y cuidado personal, alimentación y transporte)
- Apoyo a familiares y cuidadores de las personas usuarias y al equipo técnico del centro
- Integración comunitaria
- Apoyo a la formación de cuidadores (segunda etapa de implementación)

⁴ El Sistema de Cuidados financia colaciones, pero las organizaciones locales pueden proveer otras comidas.

Se consideran dos modalidades de atención, de 20 o 40 horas semanales, en dos, tres, o cinco veces.⁵ Los centros de 20 horas, están abiertos 4 horas por día, y los de 40 horas 8 horas diarias. Cada centro cuenta con entre 30 y 40 cupos.

Los equipos de los centros deberán ser multidisciplinarios y estar capacitados para la atención a personas en situación de dependencia, coordinados por una dirección técnica. Como sugerencia se propone la siguiente estructura (que es solo parcialmente financiada por el SNC):

- Coordinador/a técnico del centro de día (Profesional universitario o de nivel terciario con perfil social), horario completo
- Psicólogo/a, 13 horas semanales
- Médico/a geriatra, baja carga horaria
- Cuidadores/as (El personal a cargo del cuidado debe estar formado en la temática de cuidados y habilitado por la Secretaría Nacional de Cuidados. El ratio establecido es de un/a cuidador/a cada ocho personas usuarias.
- Auxiliar de servicio

⁵ En esta primera etapa de implementación se ofrecen servicios de 20 horas (ver documento "Cadena de producción"), con la única excepción del centro de Rocha que es de 40 horas.

- Además del equipo permanente, cada centro puede tener un equipo variable según los requerimientos de las actividades que desarrolle, ajustadas en función de las necesidades de la población que atiende.

El Sistema de Cuidados, a través del MIDES, transfiere un monto mensual de \$ 7150 por plaza, con un mínimo de 30 plazas y un máximo de 40. El 81% de esta transferencia está destinada a recursos humanos (salarios, aguinaldo, licencia, salario vacacional, presentismo, seguro de accidentes de trabajo y aportes patronales si corresponde). El restante 19% debe financiar otros gastos entre los que se incluye la colación, materiales, emergencia médica, administración y otros gastos de funcionamiento.

El programa está orientado a personas de 65 años y más en situación de dependencia moderada o leve que residan en sus hogares. La postulación de los usuarios se realiza a través del portal de cuidados o en las oficinas territoriales del MIDES. Se valora la situación de quienes postulan utilizando los instrumentos habituales del Sistema, abordando cinco dimensiones de la persona: biomédica, social, afectiva, cognitiva y funcional. Una vez que la persona ingresa, se elabora un plan de atención individual, que contiene un programa de intervención

y cuidados para cada persona usuaria, planificado desde una mirada interdisciplinaria, con y para los usuarios. También está planificada una instancia donde puedan participar los cuidadores o personas significativas de los usuarios, que puede ser semanal, quincenal o en modalidad de talleres.

Hasta el momento nueve centros ya se encuentran en funcionamiento: Pando, La Paz, Minas, Juan Lacaze, Paso de los Toros, Paysandú, Tranqueras, Rocha y Melo. Las licitaciones para dos centros en Montevideo (Municipios CH y D) ya se encuentran adjudicadas y están en proceso de instalación y en el correr de 2019 se abrirá una nueva licitación para un centro en el Municipio A.

02. LOS CENTROS DE DÍA EN EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS DE CUIDADO DE LARGA DURACIÓN

En este documento se consideran las experiencias de los centros de día en los países de la OCDE, especialmente los europeos, dado que en ellos las políticas de cuidado están más desarrolladas y se cuenta con información más precisa. Existen importantes diferencias entre los países europeos en la organización y financiamiento de los cuidados de larga duración. De hecho, es una de las áreas de mayor disparidad entre los países miembro de la Unión Europea. Esto se refleja en la cantidad de trabajadores formales en el cuidado de larga duración, que varía de 13 trabajadores cada 100 personas mayores de 65 años en Noruega, a 1 en Portugal (OCDE 2017); o en el gasto público social en cuidados de larga duración, desde 3% del PIB en Finlandia y Suecia hasta prácticamente 0 en Grecia o Eslovaquia (Muir 2017). Estas diferencias no se explican exclusivamente por el nivel de riqueza, dado que países con niveles de PIB per cápita similares presentan diferencias importantes en el gasto.

Las variaciones en los modelos de cuidado pueden condicionar la organización, uso y disponibilidad de los centros diurnos. Por ello, se seleccionan las experiencias a revisar buscando

dar cuenta de los diferentes modelos de provisión de cuidado existentes. En varios estudios se proponen agrupaciones de los países que permiten identificar diferentes modelos.

Muir (2017), basado en Colombo *et al.* (2011), propone una agrupación definida en función de la fuente de financiamiento de los servicios y su disponibilidad. En primer lugar, ubica a la mayoría de los países nórdicos, que ofrecen servicios de cuidado de larga duración universales, financiados en base a impuestos, con altos niveles de cobertura, comparables con los sistemas de salud de la mayoría de los países de la OCDE. Por otro lado, se encuentra un conjunto de países que tienen seguros específicos, que cubren total (Países Bajos y Japón) o parcialmente (Corea del Sur y Alemania) los gastos de cuidados de larga duración. Un tercer grupo de países basan sus prestaciones en transferencias monetarias, por ejemplo, Austria, República Checa e Italia. Por último, los países de habla inglesa (Estados Unidos y Reino Unido) ofrecen programas cuyo acceso depende de los recursos de las personas, por lo que las más pobres tienen cobertura completa mientras que los ricos prácticamente no acceden.

Por su parte, Triantafyllou *et al.* (2010) identifican tres elementos que permiten separar a los países respecto a sus políticas de cuidado: el balance entre transferencias monetarias y provisión

directa de servicios, la forma en que se combinan estas prestaciones para apoyar servicios provistos de forma pública y/o privada, y el nivel de acceso y disponibilidad de las prestaciones. Entre los países analizados,⁶ se encuentran tres grandes formas de estructurar las políticas de cuidado de larga duración.

- España, Eslovaquia, Francia, Grecia e Italia: La principal responsabilidad del cuidado es de la familia y el Estado tiene un rol suplementario para cuando las familias no pueden proveer el cuidado o, más recientemente, en la provisión directa de apoyos financieros o de servicios.
- Suecia: La responsabilidad del cuidado se ubica en el Estado y no se requiere la participación de la familia en la provisión o el financiamiento.
- Alemania: La responsabilidad recae en la persona que necesita de los servicios a través de un seguro obligatorio de cuidado de largo plazo que forma parte de la seguridad social. De todos modos, este seguro no cubre el 100% de los requerimientos de cuidado por lo que se asume que los cuidadores informales llenarán los vacíos.

6 Alemania, España, Eslovaquia, Francia, Grecia, Italia y Suecia. Proyecto Interlinks.

Lamura *et al.* [2008]⁷ proponen una agrupación similar de países respecto a sus regímenes de cuidado, considerando las diferencias en los roles de las familias en el cuidado, el nivel de empleo femenino, relación entre el gasto público y privado en este tipo de servicios, y la combinación entre provisión en hogares de larga estadía, en el hogar y transferencias monetarias. Las agrupaciones resultantes son:

- Modelo escandinavo: alta inversión pública en cuidado institucional y en el hogar y rol residual de las familias, en relación con altos niveles de empleo femenino. (Suecia)
- Modelo liberal: concentra la provisión pública de cuidado en las personas con mayores necesidades económicas, utilizando herramientas de focalización ('means-tested'). Esto implica un rol importante para los cuidados informales en el resto de los usuarios. (Reino Unido)
- Modelo subsidiario: principal responsabilidad de las familias, apoyado en un seguro universal de cuidado de largo plazo. (Alemania)
- Modelo familiarista: la responsabilidad pública y la provisión de servicios formales es limitada.

⁷ Proyecto EUROFAMCARE: busca dar evidencia comparada de la disponibilidad, uso y aceptación de las familias de programas de cuidado en Europa. Se seleccionan seis países representativos de los modelos de provisión de cuidado en la región.

- La familia ocupa el rol principal. (Grecia e Italia)
- Modelo transicional: similar al familiarista, pero con restricciones financieras más severas. (Polonia)

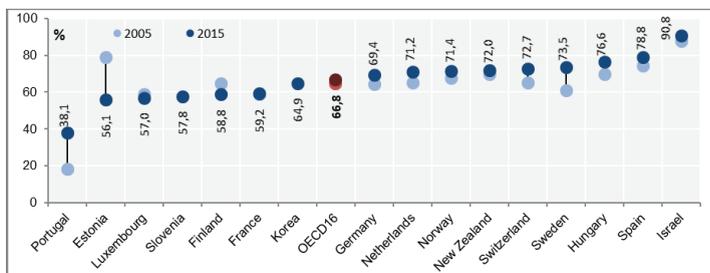
Tomando como base estas agrupaciones, se seleccionan para la revisión más detallada que se desarrolla en la próxima sección a países que cuenten con servicios de centros de día cuyo financiamiento sea al menos parcialmente público y para los que se pueda acceder a suficiente información respecto a su organización. Los países seleccionados son: Suecia, Reino Unido, Israel, y Grecia.

Cuidado de respiro

Los centros de día son programas de promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia. La mayoría de las categorizaciones disponibles de los servicios de cuidado los ubican dentro de las llamadas políticas de cuidado de respiro (*respite care*), definidas como políticas que ofrecen cuidado temporal para aliviar la carga de cuidado de los cuidadores informales. Las políticas más habituales de este grupo son los centros de día, respiro domiciliario y respiro institucional.

Estas políticas se desarrollan en un contexto de un cambio en la provisión del cuidado de larga duración en Europa, evitando la institucionalización de las personas que requieren de cuidado y buscando estrategias que permitan que las personas permanezcan en sus hogares por el mayor tiempo posible (Triantafyllou *et al.* 2010). Esto responde a una mayor preferencia de las personas por recibir cuidados de larga duración en su hogar y se traduce en una tendencia sutil al aumento de la prestación de servicios dentro del hogar en los países de la OCDE, como se observa en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Proporción de los receptores de 65 años y más que reciben cuidado en el hogar. 2005 y 2015



Fuente: OECD (2017).

Así como establecen Colombo *et al.* (2011), un elemento central de este tipo de cuidado es la carga horaria de los servicios. En el caso de los centros diurnos son por períodos cortos (durante el día), pero existen otras alternativas que se extienden durante períodos más largos (vacaciones, emergencias). Algunos países ofrecen “paquetes” más diversificados de apoyo, combinando estadías cortas con recesos de mayor duración para satisfacer más adecuadamente las necesidades de los cuidadores informales).

Las políticas de cuidado incluyen el respiro en casi todos los países de la OCDE (ver Colombo *et al.* 2011 para un detalle por país). Por ejemplo, en Irlanda se puede hacer uso de una subvención anual de respiro durante el año, en Australia existe un subsidio específico para pagar por servicios de respiro hasta por 4 semanas en el año. En Alemania, el seguro de cuidado de largo plazo incluye el financiamiento de hasta 4 semanas de cuidado de respiro; en Luxemburgo el mismo derecho es de 3 semanas. En Finlandia, se establece una subvención de 3 días por mes para quienes cuidan regularmente.

La provisión directa y el financiamiento del cuidado de respiro son desiguales entre países y este tipo de cuidado aún se mantiene en niveles bajos. En la mayoría de los países de la OCDE, los servicios de respiro de corto plazo son principalmente financiados por

las familias, existiendo subsidios para quienes tienen recursos limitados (Colombo *et al.* 2011). En otros casos, los servicios existen, pero la oferta es muy escasa y se cuenta con largas listas de espera (Francia). Además, en muchos países que tienen financiamiento público, la organización está a cargo de las municipalidades, lo que genera grandes diferencias territoriales en la provisión y la calidad (Japón, países nórdicos, España, Reino Unido).

Centros de día

Las definiciones de los centros de día que permiten contemplar a todos los tipos de centros que se encuentran en la práctica internacional refieren a cuestiones instrumentales del servicio. De hecho, como plantean Manthorpe y Moriarty (2014), definir el contenido específico de estos servicios es complejo porque el término refiere a una localización más que a al servicio o al tipo de intervención. Tretteteig *et al.* (2016) destacan que este tipo de servicio no está estandarizado a nivel internacional y en muchos casos tampoco a nivel nacional, ni en el término usado para hacer referencia a ellos ni en su contenido, estructura y organización.

Tester (2001: 37) propone definir a los centros de día como servicios que ofrecen cuidado comunitario, con personal pago o voluntario que está presente en el lugar, en un escenario diferente

de la casa de los usuarios. Los usuarios van al servicio (por sus propios medios o se incluye el servicio de transporte), que está disponible por lo menos por 4 horas diarias, y luego vuelven a sus hogares en el mismo día. Una definición más precisa se encuentra en IMSERSO (sin fecha: 11): "El servicio de Centro de Día ofrece una atención integral durante el período diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal". Sin embargo, esta definición no contempla a todas las modalidades de centros de día que están disponibles a nivel internacional, sino que busca ser una orientación para mejorar las prácticas de los centros de día en Iberoamérica.

Los centros de día ofrecen al mismo tiempo actividades para las personas en situación de dependencia y un respiro para sus cuidadores. Esto implica que tienen un doble objetivo: el bienestar de las personas mayores en situación de dependencia y el respiro de sus cuidadores principales. Orellana *et al.* (2018) realizan una revisión de las características de los centros de día en distintos países e identifican que son cuatro los objetivos que

se proponen: proveer servicios sociales y preventivos, apoyar el mantenimiento de la autonomía de los usuarios, sostener su salud y las actividades de la vida cotidiana, y permitir un respiro o la permanencia en el empleo de las familias cuidadoras.

Una característica saliente de este tipo de servicios es que combinan funciones de naturaleza social con elementos sanitarios y de apoyo familiar. Más allá de ciertos énfasis que se identifican en cada experiencia, los centros diurnos son servicios socio-sanitarios.

Otra dimensión que delimita el espacio de acción de los centros diurnos es el tipo de dependencia, asociados generalmente a la dependencia moderada o leve. De todos modos, existen servicios específicos para situaciones de dependencia severa, derivada generalmente de discapacidades cognitivas, principalmente demencias. La mayoría de los programas destacan que este servicio opera como una alternativa para evitar o postergar la internación en servicios de cuidado de tiempo completo, habilitando que las personas con dependencia moderada o leve permanezcan en sus hogares.

Así, los centros de día son una política mixta en varios sentidos. Ofrecen servicios sociales y sanitarios, son servicios institucio-

nales, pero orientados a la permanencia de las personas en sus hogares, y pretenden cubrir las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras.

Por último, otra característica de los centros diurnos en los diferentes países es su radicación comunitaria. En muchos países, su gestión depende directamente del último nivel de gobierno (Suecia, Grecia); en algunos casos están identificados con los hospitales o residencias de larga estadía locales. En todo caso, siempre se busca cubrir necesidades específicas de la comunidad e involucrar a sus miembros. Las limitaciones que impone el transporte diario hacia el centro pueden estar en la base de esta característica.

Existen tres modelos de centros de día: modelo médico, modelo social y modelo combinado (Dabelko y Zimmerman 2008). El modelo médico tiene como objetivo el tratamiento y la rehabilitación mientras que el social provee servicios de socialización y preventivos. El modelo combinado tiene elementos de ambos, concentrándose en las necesidades del usuario.

Los servicios ofrecidos son muy variados y dependen del modelo de atención definido por el centro. La mayoría de los centros incluye apoyo a las actividades de la vida diaria, servicios de enfermería y otros servicios médicos, cuidado

psicosocial, alimentación, y apoyo a los cuidadores familiares (Fields 2014 *et al.*, en base a los centros de Estados Unidos).

Existe una gran cantidad de estudios que evalúan los efectos de este tipo de servicios,⁸ aunque la gran mayoría de ellos no presenta metodologías rigurosas y/o tiene muestras muy pequeñas, condicionando su validez externa. Fields *et al.* (2014) identifica que se han encontrado efectos positivos en los usuarios por la asistencia a los centros diurnos en los problemas físicos y emocionales, la autopercepción de bienestar, y la calidad de vida. Tretteteig *et al.* (2016) señalan que las mejoras en la salud del cuidador y el retraso de la institucionalización son los mayores impactos de este tipo de servicios, en particular para los servicios orientados a personas con demencia. Identifican también efectos positivos en la salud y bienestar de los usuarios. Debelko y Zimmerman (2008) destacan que de este tipo de intervenciones logran mejoras en la funcionalidad de los usuarios y se retrasa su institucionalización. Se destacan también beneficios psicosociales, como relaciones positivas con otros, sentido de propósito en la vida, y sentirse valorados.

8 Ver Fields *et al.* (2014), Mason *et al.* (2007), Orellana *et al.* (2018), Shaw *et al.* (2009) para revisiones sistemáticas de la literatura.

El acceso tanto a centros públicos como privados se asocia al mantenimiento de funcionalidades medidas a través del requerimiento de apoyo para las actividades de la vida cotidiana y a actividades instrumentales de la vida cotidiana (Debelko y Zimmerman 2008, Orellana *et al.* 2018). Sin embargo, Mason *et al.* (2007) señalan que los estudios relevados no muestran efectos significativos (positivos ni negativos) de los centros de día en los usuarios. Por su parte, Shaw *et al.* (2009) encuentran que la tasa de institucionalización aumenta luego del uso de servicios de respiro, pero esto no se es necesariamente una relación causal, dado que puede deberse a que el respiro se utiliza en una etapa avanzada del cuidado de la persona.

Ciertos grupos podrían beneficiarse más que otros de este tipo de programas. Orellana *et al.* (2018) encuentran que las personas que viven solas, que tienen limitaciones funcionales, de bajos ingresos, y de menor edad (menores de 70 años) son quienes se benefician en mayor medida. También se encuentra evidencia de que la asistencia frecuente o prolongada contribuye a mejores resultados (Orellana *et al.* 2018, Shaw *et al.* 2009).

Respecto al efecto sobre los cuidadores, los resultados no son concluyentes (Colombo *et al.* 2011). De todos modos, Fields *et al.* (2014) resaltan que la mayoría de los estudios que utilizan

metodologías rigurosas encuentran resultados positivos sobre los cuidadores, reduciendo su carga de cuidados y estrés, lo que deriva en mejoras en su bienestar, especialmente en cuidadores de personas con demencia. Sin embargo, destacan que no está claro en la literatura es si estos efectos surgen del respiro en sí mismo o de las intervenciones específicas de apoyo a los cuidadores. Davies *et al.* (2000) muestran que el efecto parece ser mayor sobre quienes dedican más horas al cuidado, para aquellos que tienen un empleo remunerado, y para quienes cuidan a una persona con problemas cognitivos. Por el contrario, Maayan *et al.* (2014) muestran que los estudios relevados que se realizan en base a un grupo de control, no muestran efectos significativos del cuidado de respiro sobre los cuidadores de personas con demencia. Mason *et al.* (2007) concluyen de modo similar, los resultados sobre los cuidadores son pequeños, y solo significativos para grupos con características específicas en los estudios con mejores diseños de evaluación.

Tretteteig *et al.* (2016) identifican que el uso de estos centros para personas con demencia aumenta el tiempo de separación del cuidador informal y que este tiempo es pasado solo o con los compañeros de trabajo. Los cuidadores familiares dicen que lo usan para descansar o trabajar más tranquilos. Cuando

el cuidador no trabaja (principalmente parejas del usuario), el uso de estos servicios le da la posibilidad de tener tiempo personal, de hacer actividades que disfruta, y/o realizar tareas del hogar. Aquellos que están ocupados (mayoritariamente hijas del usuario), usan el tiempo de respiro para trabajar, mejorando su empleabilidad, dado que declaran menores conflictos entre cuidado-trabajo. Estos servicios de respiro logran reducir la carga de cuidado, medida a través de niveles de estrés, síntomas de depresión y bienestar. Sin embargo, en algunos casos se identifica un aumento en las tareas de asistencia en la vida diaria, asociadas a la preparación del usuario para el servicio. En todos los casos, los efectos encontrados son mayores para las cuidadoras mujeres.

03. DESCRIPCIÓN EN DETALLE DE 4 EXPERIENCIAS

03. DESCRIPCIÓN EN DETALLE DE CUATRO EXPERIENCIAS

En esta sección se presenta la experiencia de cuatro países (Israel, Grecia, Inglaterra y Suecia), intentando describir los programas con el mayor grado de detalle posible. Los países seleccionados buscan reflejar el panorama de los modelos de atención encontrados en los países revisados en la sección anterior, pero también se encuentra determinado por la información disponible.

Israel⁹

Los centros de día se empiezan a desarrollar en Israel a comienzos de la década de 1980. En 1986 se aprueba la ley que crea el Seguro de Cuidado de Larga Duración con el objetivo de proveer cuidado a personas mayores en situación de dependencia y apoyar a sus familias. En este marco, la cantidad de centros aumenta significativamente hasta alcanzar los 172 centros de día que existen actualmente. Atienden a 15.500 personas, lo que implica una cobertura de 2,2% de las personas mayores de 64 años. Se estima que el 16,2% del total de personas mayores está en situación de dependencia

9 La información de este país fue tomada principalmente de Iecovich y Carmel (2011) y de Iecovich y Biderman (2012).

y tendría el derecho a este tipo de servicios (Brodsky *et al.* 2018). Los centros se ubican en ciudades grandes, localidades menores y en el área rural.

Los centros de día son servicios diurnos diseñados para personas mayores que requieren cuidado supervisado durante el día, pero pueden volver a sus hogares en la tarde o noche. Su principal objetivo es proveer servicios de apoyo grupal para personas en situación de dependencia que están confinadas en sus hogares y no tienen actividad social, así como promover que las personas con discapacidad envejecan en sus hogares. En este sentido, el modelo de atención se enmarca claramente dentro del modelo social. Esto es percibido por los usuarios y administradores de los centros, como se muestra en un estudio en el que se les pregunta cuáles son las principales funciones de los centros de día. Ambos grupos responden que son lugares para el encuentro social y para combatir los sentimientos de soledad entre las personas mayores y pocos responden que también eran centros para ayudar a las familias de los participantes (Korazim y Tranjtenberg-Ovadia 1994).

Las personas en situación de dependencia, tanto física como mentalmente, que tienen el derecho a recibir transferencias

en especie a través de la Ley de Cuidado de Larga Duración, pueden elegir a los centros de día como servicio entre varias opciones ofrecidas por la ley, todos con financiamiento público. Para recibir transferencias en especie se debe cumplir dos condiciones: 1) test de dependencia que evalúa la capacidad de la persona de realizar actividades de la vida cotidiana, y 2) test de ingreso, indicando que solo quienes estén por debajo de un umbral de ingresos pueden acceder a este tipo de servicios a través del seguro financiado por la Ley. Las personas que vivan solas no pueden tener un ingreso mensual superior a 1,5 veces el ingreso promedio de mercado; para las parejas, el ingreso mensual conjunto no puede superar 2,25 veces el ingreso promedio de mercado. Si la persona supera el nivel de ingresos puede solicitar este servicio (o puede hacerlo su familia) pero tendrá que realizar un copago, que depende de su nivel económico, variando desde un monto menor hasta el valor completo del servicio. Adicionalmente, los profesionales de la salud y trabajadores sociales de los servicios municipales pueden derivar a personas mayores en situación de dependencia a este tipo de servicios.

La mayor parte de los gastos de funcionamiento de los centros es cubierta por las transferencias de los usuarios a través del seguro de dependencia de la Ley de Cuidado de Larga Duración.

Los usuarios pueden elegir usar toda la transferencia asociada a cuidado en domicilio en centros de día u optar por cuidado mixto (centro de día y cuidador domiciliario). El costo de estos servicios se ubica entre 22,5 y 31 dólares por día, dependiendo del nivel de dependencia del usuario. Cuando el usuario es beneficiario del seguro, esta tarifa la paga el Instituto Nacional de Aseguramiento.

La mayoría de los centros funciona 5 días a la semana, de 5 a 6 horas por día; algunos funcionan 6 días a la semana o más horas por día. La mayoría atiende personas mayores con limitaciones físicas severas, pero existen centros que atienden solo a personas con limitaciones mentales. La mayoría es gestionada por organizaciones sin fines de lucro. Al ingresar, se elabora un plan de cuidado individual para cada usuario. La cantidad de usuarios promedio por día se ubica entre 18 y 120.

Respecto a los usuarios, Iecovich y Carmel (2011)¹⁰ identifican que son más jóvenes, tienen mayor probabilidad de vivir solos, y

10 Este estudio solo considera a usuarios con dependencia física. Los usuarios con limitaciones mentales representan una proporción menor de los participantes de los centros de día. La mayoría de las personas con dependencia severa derivada de limitaciones mentales viven en sus hogares contratando cuidadores migrantes que viven con ellos o están institucionalizados (Iecovich 2007).

menor nivel educativo, en comparación con los adultos mayores en situación de dependencia que no usan este tipo de servicios. Aquellos que usan los centros están en mejores condiciones de salud y funcionales, tienen redes familiares más amplias, pero tenían contactos menos habituales con sus familias. Además, el porcentaje de usuarios de los centros que tenían un cuidador en el hogar era menor que el de los no usuarios (72 y 97% respectivamente).

Las autoras indican que esto sugiere que los centros de día en Israel atienden a personas mayores que son vulnerables en términos de su acceso a apoyo familiar, pero que están en mejores condiciones de salud y funcionales que otras que son elegibles para este programa, a pesar de que el objetivo de los centros es atender a las personas con dependencia severa. Consideran que la subutilización por parte de quienes presentan niveles de dependencia mayor se debe a una combinación de factores individuales y contextuales. Por ejemplo, las barreras de accesibilidad en los hogares, la falta o inadecuación de personal de salud en los centros de día, y su orientación principalmente social reduce el uso de este servicio por parte de quienes tienen mayor nivel de dependencia, que requieren mayores cuidados sanitarios y personales.

Iecovich y Biderman (2012) analizan en detalle las razones que los no asistentes declaran por no hacer uso de este servicio. Encuentran un conjunto amplio de razones, entre las que se incluyen las barreras de accesibilidad, el contenido exclusivamente social del servicio, y la declaración de que “no necesitan este tipo de servicio”. Las autoras consideran que las características de los servicios y de los usuarios de los centros de día en Israel genera que aquellos que están en situación de dependencia, pero cuentan con redes sociales fuertes, perciben que la participación en este tipo de servicio no se adecúa a sus necesidades.

Por otro lado, destacan que quienes viven solos tienden a hacer menos uso del servicio. Argumentan que se puede deber a que les genera dificultad la preparación requerida para esperar el transporte para ir al centro, lo que no sucede cuando tienen una pareja que los ayude en estas tareas. A la vez, la falta de transporte adecuado para personas con limitaciones severas puede condicionar el uso de este grupo.

Encuentran también un menor uso entre las personas de niveles económicos más bajos que puede deberse a que tienen que elegir entre las opciones financiadas por el Seguro de Cuidado de Larga Duración y optan por servicios domiciliarios dado que no podrían pagar por un centro de día por sus propios medios.

Quienes sí hacían uso del servicio reportan que juega un rol importante en sus vidas en términos de mejorar su bienestar y permitirles mantener relaciones sociales. Mencionan que los centros cubren tanto sus necesidades como las de sus familiares.

Los centros cuentan con un equipo multidisciplinario para brindar los servicios básicos: cuidado personal, actividades sociales, promoción de la salud (como ejercicio físico), alimentación y transporte. Por los servicios de transporte y de alimentación (dos comidas por día), los usuarios pagan un copago de aproximadamente 5 dólares por día. Algunos centros ofrecen servicios adicionales como cuidado dental, pedicura y peluquería, y lavandería. No se proveen servicios de salud. Más allá de que los servicios provistos son similares entre los centros, existen diferencias importantes en la cantidad y características de los participantes, las características del espacio físico, los servicios adicionales, las fuentes adicionales de financiamiento y los operadores.

Grecia

En Grecia se empieza a desarrollar desde 1980 un movimiento hacia mayor descentralización de los servicios públicos. En el caso de los cuidados, se crean los Centros de Cuidado Abiertos para los Adultos Mayores (KAPI por su sigla en griego).

Estos centros surgen del reconocimiento de la importancia de evitar la institucionalización de las personas mayores. El principal objetivo es proveer apoyo social y prevención médica a las personas mayores.

El cambio hacia servicios de cuidado comunitario se justificó en la necesidad de integrar a las personas mayores al resto de la comunidad, asociar los servicios a las preferencias de los usuarios, mejorar su calidad de vida, evitar el riesgo de exclusión social y permitir la reconciliación del trabajo y el cuidado para los cuidadores informales y reducir sus costos (Moukanou 2009). Más allá de estas declaraciones, el sistema griego no tiene en su agenda el apoyo a las familias de los cuidadores específicamente (Mestheneos *et al.* 2005).

Se debe destacar que estos centros no cumplen estrictamente con la definición de los Centros de Día, dado que no cuentan con una propuesta específica para quienes asisten ni aseguran un horario de atención diaria, sino que brindan actividades de recreación y sanitarias preventivas, sin distinguir el nivel de dependencia de sus asistentes. Sin embargo, es una plataforma interesante para tomar en consideración dado que tiene una importante trayectoria y relevancia entre las políticas para los adultos mayores en Grecia, y tiene caracterís-

ticas similares a las de los Centros Diurnos. Además, el caso de Grecia es particularmente interesante porque proviene de un modelo claramente familiarista. Las familias griegas están principalmente en contra de ingresar a sus familiares en una institución, debido a mandatos morales, religiosos y culturales (Colombo *et al.* 2011).

Los KAPI surgen a principios de la década de 1980 como un piloto implementado por grupos de voluntarios, con financiamiento público. En 1982 las autoridades locales se hacen cargo de los KAPI, mientras que el estado central se mantiene como la principal fuente de financiamiento. Su diseño y regulación está a cargo del Ministerio de Salud y Bienestar, y son implementados por las autoridades locales (Sissouras *et al.* 2002). Operan en edificios específicamente destinados a estos servicios y pueden atender a 300 personas en promedio. El servicio se ofrece para personas mayores de 60 años, pagando una membresía muy accesible que puede ser exonerada en casos de dificultades económicas.

En 2000 había 370 KAPI en el país, de los cuales 120 aún no operaban de modo completo debido a la falta de personal adecuado o de financiamiento, dando cuenta de cierta falta de compromiso del Estado con el programa (Daniilidou *et al.* 2003). Los registros de 2003 establecen que había 582 centros,

representando aproximadamente la mitad de las autoridades locales (Moukanou 2009). Atendían en el entorno de 146.500 personas. Debe tomarse en cuenta que esta cifra está estimada dado que incluye a una gran cantidad de personas mayores que solo utilizan los centros de forma esporádica.

Daniilidou *et al.* (2003) realizan una encuesta a los centros en el año 2000 y encuentran que la antigüedad de los centros era de 10,7 años. 25% estaba localizado en una capital de prefectura, mientras que el 32% se ubicaba en ciudades de hasta 5.000 habitantes.

El principal objetivo de los KAPI es permitir que las personas mayores se mantengan independientes, activas y participen en sus comunidades, permaneciendo en sus hogares (Mestheneos *et al.* 2005, Sissouras *et al.* 2002). Además, se identifica como objetivos: a) la prevención de problemas biológicos y psicosociales de las personas mayores, b) la cooperación con las comunidades y centros especializados de cuidado cuando sea necesario, c) la investigación en temáticas asociados a las personas mayores (Daniilidou *et al.* 2003). Se destaca que los objetivos están completamente orientados hacia las personas mayores, con muy poca (o ninguna) mención a las familias y cuidadores.

Estos objetivos se cumplen a través de la provisión de servicios integrados de salud y asistencia social. Básicamente, promoción de salud y prevención de enfermedades junto con servicios de cuidado y actividades de recreación. Entre los servicios médicos ofrecidos se encuentran: fisioterapia preventiva, terapia ocupacional, rehabilitación, programas de ergoterapia, ortopedia, educación en temas tales como salud, vestimenta, prevención de accidentes e higiene personal. Además, se ofrecen servicios de entretenimiento y participación en actividades sociales, así como asistencia social para las personas mayores y sus familias.

Por otro lado, muchos de estos centros están a cargo del Programa de Ayuda dentro del Hogar. Este programa fue introducido por el Ministerio de Salud en 1998, en estrecha colaboración con los KAPI. Ofrece servicios de apoyo a las tareas cotidianas del hogar para las personas mayores (más de 78 años de edad) que no las pueden realizar por sí mismas. También se ofrece a personas con discapacidad que están en situaciones de exclusión, aislamiento o crisis familiar. Se ofrecen servicios de enfermería y de cuidado del hogar (compras, limpieza del hogar, lavandería, apoyo para las citas médicas). La mayoría están orientados hacia personas mayores que viven solas y acceden a bajos recursos, pero también existen ejemplos en los que se extienden los servicios para incluir el apoyo

a los cuidadores familiares, haciéndose cargo de la supervisión de la persona mayor durante el tiempo que el cuidador va a trabajar (Mestheneos *et al.* 2005). El programa cuenta con un trabajador social, enfermero y asistentes del hogar (en la mayoría de los casos son recursos compartidos con los KAPI).

Mestheneos *et al.* (2005) consideran que en los centros KAPI se logra cierta integración entre el cuidado sanitario y el social, especialmente en los que funciona el Programa de Ayuda dentro del Hogar.

Generalmente, el trabajador social o el auxiliar sanitario evalúan las necesidades de cuidado y definen las características del servicio ofrecido.

La encuesta realizada a los centros en 2000 (Daniilidou *et al.* 2003) muestra que ofrecían principalmente servicios preventivos, programas de educación médica, y rehabilitación (fisioterapia y ergoterapia). Todos los centros tienen actividades de recreación que funcionaba a un excelente nivel y atraen a la mayoría de los usuarios.

En los mejores casos, el personal de los centros consiste de un trabajador social, un visitador sanitario, enfermero, asis-

tentes del hogar, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Sin embargo, en muchos casos, debido a restricciones presupuestales, no se cuenta con todos los profesionales nombrados (Moukanou 2009). De todos modos, en la amplia mayoría de los casos se cuenta con un trabajador social, visitador médico o enfermero y asistentes del hogar (Mesthe-neos *et al.* 2005).

Se dispone de pocos datos de los usuarios, y están desactualizados. Se identifica que lo utilizan más mujeres que hombres, y que la mayoría tiene entre 60 y 70 años (50% según la encuesta realizada por Daniilidou *et al.* (2003) con datos de 2000). Los autores señalan que la evidencia del perfil de los usuarios sugiere que aquellos que están en peores condiciones sociosanitarias no están en condiciones de usar este servicio, especialmente considerando que solo el 31% de los centros es accesible. Señalan que casi 90% de los usuarios no tiene ningún tipo de discapacidad y que el 80% de ellos está en una situación socioeconómica buena.

Estos autores también indagan sobre los costos, encontrando que el 52% del gasto corresponde a salarios, 11% a actividades culturales y 3% a medicamentos y suministros médicos. Consideran que los KAPI representan una organización única que

trata de combinar servicios orientados a personas mayores, tanto con buena salud como no, con un presupuesto muy bajo.

Una evaluación reciente realizada por Ponirou *et al.* (2014) compara los resultados de las personas mayores que son miembros de los KAPI con quienes no lo son en términos del indicador de calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL por sus siglas en inglés). Los resultados muestran que la principal razón por la que los usuarios acceden a los centros es por entretenimiento y/o compañía (98%). Aquellos que eran miembros de estos centros tenían valores mayores en el indicador de calidad de vida utilizado. Los autores argumentan que se debe a que tienen más oportunidades de conocer personas de su edad y participar en actividades.

En 2001 se crean los Centros de Cuidado Diurno para Personas Mayores (KIFI) en áreas urbanas, a cargo de las municipalidades. Estos centros sí se corresponden con la definición de centros de día, pero su desarrollo es mucho menor, así como la información disponible sobre ellos. Proveen cuidado diario a través de personal capacitado (enfermero, cuidador social y personal de apoyo). Las actividades se realizan en lugares especialmente acondicionados para atender personas mayores en situación de dependencia con problemas de salud crónicos

que no acceden a cuidados informales (Moukanou 2009). Se desarrollaron originalmente con apoyo de la Unión Europea, pero en la actualidad tienen financiamiento nacional. Se encuentran muy focalizados en personas con ingresos bajos, que tienen problemas serios de salud y cuyos familiares no pueden cuidarlos (Ziomas *et al.* 2018). Tienen un desarrollo muy limitado; en 2016 había 74 centros en todo el país, atendiendo a 1600 personas (Lyberaki y Tinios, 2018), y con personal de aproximadamente 300 personas (Ziomas *et al.* 2018).

Inglaterra¹¹

En Inglaterra a partir de los noventa se comienza a legislar considerando específicamente los derechos de los cuidadores familiares. En 1999 se lanza la Estrategia Nacional de Cuidadores que introdujo un conjunto de iniciativas que buscaban tanto empoderar a los cuidadores como promover cambios culturales que reconocieran su rol en la sociedad. Desde entonces, este tipo de políticas tuvo un gran desarrollo en Reino Unido, pero los servicios no son utilizados masivamente. McKee *et al.* (2006) señalan que las dos principales razones por las que esto sucede son que los servicios ofrecidos no son siempre visualizados por los cuidadores

11 La revisión de Inglaterra está principalmente centrada en Orellana (2018).

como adecuados para sus necesidades, y que consideran que la calidad no es suficiente o no son consistentes con sus rutinas o preferencias. Los programas de respiro son uno de los casos en los que estas restricciones se hacen especialmente claras: los servicios son, por lo general, poco flexibles y no se adaptan a las rutinas de los cuidadores (Moriarty 1999), existen dudas sobre su calidad y la falta de continuidad de los cuidadores contratados por los servicios (Pickard 1999, Brereton y Nolan 2003).

La Ley de Cuidado de 2014 exige a las autoridades locales de Inglaterra que organicen servicios que promuevan el bienestar y prevengan o retrasen el deterioro de las personas mayores. A la vez, exige que se apoye un mercado que provea una amplia variedad de servicios de cuidado. Esto implica una continuidad de las características de las políticas de cuidado desarrolladas en las décadas anteriores: promoción de la salud y bienestar, prevención del deterioro, apoyo comunitario y/o voluntario a las personas mayores y sus cuidadores, y habilitar que las personas mayores envejezcan en sus hogares.

Por su parte, ya desde 1990 se da especial énfasis al “mercado de cuidado”, definiendo que las autoridades locales tengan un

rol de habilitadoras de un mercado, más que proveedoras. Más aún, las personas elegibles para el financiamiento del cuidado son transformadas en consumidores de servicios a través de la política de “personalización”. Este elemento es central a la “modernización” del modelo de cuidado para las personas mayores, promoviendo el empoderamiento de los usuarios, dejando en sus manos las decisiones y el control sobre las características de los cuidados que reciben. Se argumenta que de este modo se asegura que los servicios coincidan con las preferencias y necesidades individuales de los usuarios.

Las personas que son elegibles para el financiamiento público deben optar entre recibir una transferencia monetaria con la que comprar su cuidado (pagos directos) o que el cuidado sea organizado por ellas (presupuestos personales gestionados).

Entre los servicios por los que se puede optar se encuentran los centros de día. Estos centros son parte de las políticas de cuidado desde 1948 a través de la Ley de Asistencia Nacional que permitió a las autoridades locales contribuir con las organizaciones de voluntarios que ofrecieran servicios de recreación, tales como los centros diurnos, a adultos con discapacidad. En 1962 se extienden a las personas mayores. La organización de estos servicios está en manos del Ministerio de Salud.

El énfasis en la construcción de un mercado de cuidado y en la elección por parte de los usuarios genera que los centros tengan características muy diferentes entre sí, aún entre sus objetivos. En ninguno de los casos tienen un perfil completamente médico, pero se observan muchas variaciones entre el modelo social y el mixto.

En una encuesta a los centros realizada por Tester (1989) se identifican 5 grandes objetivos de los centros diurnos: ayudar a que las personas permanezcan independientes en sus comunidades, cuidado y compañía, rehabilitación y tratamiento, evaluación y tratamiento, proveer apoyo a los cuidadores.

Orellana (2018) reseña las diferentes alternativas para los centros de día en función de la propiedad, la denominación del establecimiento, el criterio de admisión, el tamaño y las características de sus usuarios. Estas alternativas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Tipologías de los centros de día.

Propiedad	Denominación del establecimiento	Criterio de admisión	Tamaño	Características de los usuarios
<ul style="list-style-type: none"> • Junta • Voluntarios • Asociación de viviendas • Privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo centro de día • Multipropósito • Asociado a viviendas colectivas • Religioso 	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusivamente por referencia de las autoridades locales • Acceso abierto • Mixto 	<ul style="list-style-type: none"> • Grande • Mediano • Pequeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Importantes necesidades de apoyo • Socialmente aislados • Requiere transporte • Afiliación religiosa

Fuente: Orellana (2018).

Respecto a la utilización de los servicios, la información disponible solo se refiere a los usuarios que asisten a través de las autoridades locales. Del total de personas de 65 y más que utilizan servicios provistos o contratados por las autoridades locales, el 10% asiste a centros de día (datos de 2011 a 2014). Esto representa la proporción más alta entre los servicios que no están radicados en el hogar. Entre 2013 y 2014, de los casi 60.000 usuarios, la mitad tenía alguna discapacidad o dependencia física (54%), 19% demencia y casi 4% alguna discapacidad sensorial.

En Orellana (2018) se estudian en profundidad cuatro centros. Se realizan entrevistas en profundidad a los directores de los centros, los usuarios, los encargados de los programas en las autoridades locales y visitas semanales a los centros. Más allá de las especificidades de cada uno (tamaño, días de apertura, localización, servicios ofrecidos, etc.), se encuentran algunas regularidades.

Respecto a los usuarios, tienden a ser principalmente mujeres, mayores (más de 70), que viven solas, de bajos ingresos y educación, y que tienen múltiples afecciones de salud. En todos los casos asisten personas con diferentes niveles de dependencia, tanto física como mental. El personal está entrenado para atender las necesidades específicas de los usuarios. Por ejemplo, existen diferentes niveles de apoyo durante la comida según sus necesidades, se les consulta de modo individual día a día su opción de alimentación, se leen los materiales visuales a quienes tienen dificultades para hacerlo por sí mismos, etc. En este sentido, se destaca que las restricciones de movilidad y las discapacidades de los usuarios insumen la mayor parte del tiempo del personal (asistencia para pararse de las sillas, ir al baño, recibir y entregar los abrigos y bolsos, etc.).

Los centros han cambiado su composición en el tiempo, de grandes con personas relativamente jóvenes (menos de 70 años) y

más activas, a más pequeños que atienden a personas vulnerables y reclusas en sus hogares. Sin embargo, se mantiene la asociación a personas que viven solas y son solteras o viudas.

Un elemento interesante es que todos los centros relevados se ubicaban en edificios que tenían otras funcionalidades también. Los dos más grandes estaban asociados a viviendas colectivas para personas mayores, proveyendo algunos servicios conjuntamente (por ejemplo, la alimentación).

Respecto a los servicios ofrecidos, los centros están abiertos entre 5 y 6 horas (entre las 10 y las 16 aproximadamente), y funcionan todos los días hábiles o una o dos veces por semana. Todos ofrecen servicio de transporte a sus usuarios, ya sea que tengan limitaciones para hacer uso del transporte público o no. El transporte es provisto por las autoridades locales y en ciertos casos se cobra por separado. Además, todos ofrecen alimentación (colaciones y el almuerzo) que en algunos casos son preparados en los centros y en otros son entregados por servicios específicos. En todos los casos existe un costo adicional por este servicio. Se contemplan las necesidades alimentarias de los asistentes y sus gustos y opciones, ofreciendo al menos dos alternativas por día. En los centros más grandes, que están asociados más estre-

chamente con la administración local, se ofrece la opción de asistir exclusivamente al almuerzo.

Las actividades realizadas en los centros varían sustancialmente, pero la mayoría son de recreación (manualidades, loterías, bailar y cantar, recordación) o de prevención de salud (talleres específicos, ejercicio físico). Se destaca que la mayoría de las actividades son provistas por actores externos, voluntarios, contratados específicamente para la actividad, o que son parte de otras organizaciones (por ejemplo, talleres de prevención de caídas por parte del Servicio Nacional de Salud). No se exige a los usuarios que asistan a las actividades, existiendo opciones de entretenimiento individual (televisión, lectura, tejer, etc.) para quienes no desean formar parte de las propuestas. Otro elemento interesante es que existen servicios específicos (generalmente sanitarios) que están disponibles con cierta periodicidad o por solicitud de algún usuario. Por ejemplo, servicios de salud mental, de apoyo para personas con baja audición, inyecciones de insulina, exámenes de sangre, curaciones. También servicios de peluquería y pedicura.

El personal de los centros está integrado principalmente por cuidadores y ayudantes de cocina (cuando se prepara la comida

en el lugar). En ninguno de los casos relevados se encuentran profesionales de la salud.

La evaluación que surge de Orellana (2018) considera que los centros logran evitar o revertir el aislamiento, apoyando el envejecimiento de las personas en sus comunidades. Se argumenta que mejoran el bienestar de los usuarios y de sus cuidadores. El principal valor agregado que tienen se asocia al monitoreo de la salud y bienestar de los usuarios, la provisión de información y apoyo práctico, y la facilitación para el acceso a otros servicios. El ambiente y la continuidad de los centros es fundamental para los resultados observados.

Así como se identifica en otros países, los centros son considerados de buena calidad por los usuarios, pero el conocimiento que se tenía de ellos antes de asistir era muy bajo. Esto puede explicar el hecho de que los centros de día estén subutilizados y ha llevado a que muchas autoridades locales no los financien más entre sus políticas lo que, a su vez, ha llevado al cierre de muchos de ellos.

Suecia

Los centros de día tienen una larga trayectoria en la oferta de servicios para las personas mayores en Suecia. Se ofrecen

servicios de radicación comunitaria de cobertura universal (Jarrot *et al.* 1998).

Así como señalan Samuelsson *et al.* (1998), se originan como centros de rehabilitación en el marco de hospitales geriátricos a principios de la década de 1950, y se extiende a hospitales psiquiátricos durante la década de 1960. Hacia finales de la esa década surgen los centros de corte social, específicamente orientados hacia personas mayores. A partir de 1992, la responsabilidad de la gestión de los centros de día pasa a las municipalidades.

En 1998 se da un fuerte impulso a este tipo de políticas, junto con los restantes programas de apoyo a los cuidadores familiares, a partir de la exigencia a las autoridades de apoyar a las familias en el cuidado de las personas mayores, enfermas o en situación de dependencia. Por ello, se da especial atención desde el Estado a la forma en la que los servicios formales pueden apoyar y trabajar en colaboración con las familias (Krevers *et al.* 2006).

La gran mayoría de los programas de cuidado para personas mayores está financiada por impuestos municipales o subsidios gubernamentales. Los beneficiarios pueden optar por servicios en sus hogares o soluciones especiales de vivienda que son pro-

vistos por operadores públicos o privados. De todos modos, las municipalidades siempre tienen la responsabilidad del financiamiento y la asignación de los servicios dentro del hogar o de la vivienda. La gestión es casi completamente municipal, tan solo el 1% de los centros es gestionado por privados o fundaciones [Samuelsson *et al.* 1998].

Todas las fuentes coinciden en que prácticamente la totalidad de las municipalidades tienen centros de día. Comparte esta condición solo con otros servicios de respiro, tales como las estadías cortas en instituciones o el cuidado en el hogar (Lundsgaard 2005, Krevers *et al.* 2006). Según Krevers *et al.* (2006), la información de encuestas apunta a un total de 600 unidades a nivel nacional en 2004. Las cifras de Samuelsson *et al.* (1998) para 1995 difieren, estimando que existían 1.500 unidades.

El 10% de las personas mayores utiliza los centros de día (Krevers *et al.* 2006). A la vez, hacen un uso relativamente intensivo, en comparación con otros servicios, asistiendo al menos una vez por semana. Según Samuelsson *et al.* (1998) el 10% de las personas de 80 y más los usan.

Prácticamente no existen restricciones para su uso, ni listas de espera (Jarrot *et al.* 1998). La restricción que se encuentra

con cierta regularidad es que no se admiten personas con limitaciones cognitivas severas.

En 1995 la edad promedio de los usuarios era de 76 años, la mayoría eran mujeres (69%), y hacía dos años que formaban parte del programa (Jarrot *et al.* 1998). Samuelsson *et al.* (1998) coincide, estableciendo que el usuario típico de estos centros es una mujer de 80 años o más, que vive sola. A medida que los centros son más especializados, la proporción de mujeres y de personas más mayores cae.

El personal de los centros se compone de ayudantes de enfermero y recreadores. El ratio de personal por usuarios era de 6,6 y principalmente mujeres. En los centros en los que solo se atiende a personas con demencia el ratio es considerablemente más bajo (Jarrot *et al.* 1998). Se estima que el personal trabajando en los centros se ubicaba en aproximadamente 4.000 personas en el 1995, la mayoría mujeres a tiempo parcial (Samuelsson *et al.* 1998).

Las características del personal dan cierta idea de las actividades que se realizan. La mayoría de los centros no ofrece actividades formales. Jarrot *et al.* (1998) menciona que las actividades que se realizan en la mayoría de los centros son

artísticas, música, cocina, ejercicio físico y estimulación cognitiva. Con menor frecuencia se observan actividades de reminiscencia e intergeneracionales.

Samuelsson *et al.* (1998) clasifican y caracterizan los distintos centros de día disponibles en Suecia. La primera distinción separa a los centros de día sociales de los médicos y luego se generan diferentes categorías dentro de cada grupo:

- Centros sociales: Su objetivo es principalmente combatir el aislamiento social. Ofrecen actividades sociales como paseos, festivales, bingo, tejer. La asistencia de los usuarios es voluntaria y no está regulada por decisiones o referencias del sector salud o de las autoridades locales.
- Dentro de estos centros, se distingue, a su vez, respecto a su localización. Por un lado, se encuentran los centros que están integrados a un servicio de viviendas para personas mayores y, por lo general, se orientan a las personas que viven en ellas. Lo más habitual es que tengan solo un empleado a tiempo parcial y un terapeuta ocupacional que está encargado de las actividades propuestas (desayunos, bingo, tejer). Se identificaron 151 centros de este tipo en la revisión realizada en 1995. Por otro lado, se identifica a los centros independientes, ubicados en un

edificio propio y que se dirigen a la población que vive en sus hogares en toda la municipalidad. La mayoría de los usuarios viven solos y no están casados. Se ofrecen actividades recreativas, salidas, y en algunos casos ejercicio físico. El número de asistentes varía entre 5 y 30. Se identificaron 24 centros de este tipo en la revisión realizada en 1995.

- Centros médicos: su objetivo es la rehabilitación para fomentar que los participantes logren seguir viviendo en sus hogares y posponer la institucionalización. Adicionalmente, se plantea como objetivo el respiro para los cuidadores informales. La aplicación implica la coordinación de los familiares con el sector salud. Se focaliza en personas que viven en sus propios hogares con necesidades de cuidado personal. Están más regulados que los programas sociales y generalmente requieren de referencias de un médico o del director de un servicio de apoyo dentro del hogar.
- Los centros médicos se dividen en tres grupos. El primero es el grupo dirigido específicamente a personas con demencia, cuyo principal objetivo es mantener sus capacidades y dar a los participantes un foco durante el día. Además, buscan explícitamente el alivio y apoyo a los cuidadores informales. La mayor parte de los

participantes asiste a estos centros por referencia del director de un servicio de ayuda dentro del hogar o por un médico. Habitualmente, están ubicados en viviendas tuteladas. Se identifican 64 centros en esta categoría en 1995. El segundo grupo se compone de los centros dedicados al mantenimiento de las capacidades de los usuarios y el tercero se dirige concretamente a los procesos de rehabilitación. La diferencia entre estos dos últimos tiene que ver con el tiempo que permanecen en los programas, el de rehabilitación tiene una duración habitual de no más de tres meses, mientras que el otro no tiene limitaciones de tiempo. Además, los de rehabilitación ofrecen un programa específico a cada usuario, y los de mantenimiento de las capacidades ofrecen servicios grupales. Se encuentran 56 centros de mantenimiento y 17 de rehabilitación en 1995.

Los usuarios generalmente asisten de forma más regular a los centros sociales que a los médicos. Los servicios funcionan habitualmente 5 días a la semana por entre 6 y 8 horas por día. El número de usuarios varía entre 5 a 100 personas por día. Según Jarrot *et al.* (1998), el promedio de personas atendidas era de 26, pero la cantidad de personas que asistía por día en promedio caía a 14. Los centros sociales reciben en promedio 50 usuarios

por semana, pero 20 por día; los médicos son menos flexibles, atendiendo a 20 personas por semana, divididos en dos grupos. El ratio de mujeres a hombres es de 4 a 1 uno en los programas sociales mientras que es 3 a 2 en los centros médicos. Además, la proporción de usuarios mayores de 80 años varía entre los tipos: 65% en los centros localizados en viviendas de personas mayores, 48% en los centros sociales independientes, 55% en los centros para demencia, 32% en los centros de mantenimiento de la salud y 28% en los de rehabilitación.

Respecto al financiamiento, cada municipalidad define sus propias tarifas para el cuidado de las personas mayores. Los costos dependen del nivel y el tipo de cuidado provisto y del ingreso de la persona usuaria. De todos modos, se establecen costos máximos a nivel nacional. En el caso de los centros de día, las tarifas dependen del tipo de centro. Por ejemplo, el 90% de los centros sociales no cobra a los usuarios por el servicio, mientras que aproximadamente el 85% de los que atienden a personas con demencia lo hace. La amplia mayoría de los que cobran tienen una cuota fija, y algunos dependen del ingreso del usuario. Las tarifas pagadas por los participantes cubren el 8% del presupuesto. El principal costo de los centros es el personal, seguido por el alquiler del edificio.

Breve síntesis

A modo de síntesis, se resumen las experiencias revisadas en términos de los modelos de centros de día mencionados anteriormente (modelo social, modelo médico). Estos elementos se identifican claramente en los objetivos que se establecen en cada país, en los equipos técnicos y en los servicios ofrecidos.

Los modelos sociales, tales como los observados en Inglaterra, Israel y una de las tipologías de los centros de Suecia, se proponen como objetivos el combate al aislamiento, la promoción de actividades de socialización, y la promoción del envejecimiento en el hogar. Se caracterizan por un baja o esporádica presencia de recursos humanos de la salud en el centro y por ofrecer actividades de cuidado personal, actividades sociales y de entretenimiento, promoción de la salud (como ejercicio físico), alimentación y transporte. Los mecanismos para el ingreso generalmente no están asociados al nivel de dependencia ni requieren de la recomendación de un médico. Esto lleva a un perfil de usuarios con menor nivel de dependencia, más femenino, y de mayor edad. Aunque no puede necesariamente atribuirse a este elemento, la introducción de una fuerte coordinación con los centros médicos locales en el caso de Inglaterra aporta características que permiten una mayor

diversificación de los usuarios, cuyo perfil tiene niveles de dependencia significativamente mayores.

Los centros del modelo médico, ejemplificados en los centros de Grecia y en la segunda tipología de Suecia, establecen objetivos claramente diferentes tales como la prevención de problemas biológicos, rehabilitación, cooperación con los centros especializados cuando sea necesario. Se encuentra dentro del personal recursos humanos de la salud, tales como enfermería, fisioterapia, terapeutas ocupacionales, etc. Entre los servicios ofrecidos se encuentra: fisioterapia preventiva, terapia ocupacional, rehabilitación, programas de ergoterapia, ortopedia, educación en temas tales como salud, vestimenta, prevención de accidentes, e higiene personal. Un elemento interesante que surge del caso de Grecia es que, más allá de esta orientación, la mayoría de los usuarios accedía a los centros por las propuestas no sanitarias, tales como paseos o entretenimiento.

**04. LECCIONES Y DESAFÍOS QUE
SURGEN DE LA EXPERIENCIA
INTERNACIONAL**

04. LECCIONES Y DESAFÍOS QUE SURGEN DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

En esta sección se busca recoger las buenas prácticas y los desafíos que surgen de las experiencias internacionales. Se centra en las experiencias revisadas en detalle en la sección 3 pero no necesariamente se limita a ellas.

Selección de los servicios¹²

Un elemento que puede generar diferencias en la utilización de los servicios tiene que ver con la forma en que se evalúa a los usuarios para su asignación cada programa. Smale *et al.* (1993) establece, que hay tres grandes modelos para realizar esta asignación: el modelo evaluador, el de procedimientos y el de intercambio. En el modelo evaluador, el evaluador es un experto que realiza una serie de preguntas a las que el cuidador o la persona con dependencia debe contestar. El servicio ofrecido a cada persona se define en función de sus respuestas. En este modelo, el poder recae en el evaluador individual. El modelo de procedimientos está dominado por la

¹² Basado en McKee *et al.* (2006).

expectativa de los servicios, basados en un criterio de elegibilidad relativamente rígido que determina que un cuidador o persona con dependencia tiene el “derecho” a cierto servicio. Generalmente se utilizan criterios objetivos para la selección, como el tipo o tiempo de cuidado que se provee, o el tipo y nivel de dependencia. Nuevamente, el poder recae en el prestador del servicio o en la agencia de política. Por el contrario, el modelo de intercambio asume que todas las partes involucradas tienen información y expectativas que influyen en el tipo de servicio que se necesita. La asignación al servicio se deriva de un intercambio entre las personas que requieren del servicio y los administradores de los programas, identificando conjuntamente las necesidades específicas y las preferencias de los usuarios.

La inmensa mayoría de la evaluación para diferentes servicios se ubica en los dos primeros modelos, lo que lleva a que los servicios sean generalmente asignados o impartidos. La asignación de servicios está basada en consideraciones sobre la cantidad o intensidad de la ayuda y apoyo que los cuidadores familiares ofrecen. La elegibilidad está determinada por las circunstancias objetivas de los cuidadores. El modelo de procedimientos generalmente resulta en la asignación de servicios, con el evaluador jugando un rol de “portero” de los servicios. Cuando los servicios son impartidos, asociado

al modelo evaluador, se entiende que el proveedor del servicio tiene más información o experiencia que el cuidador o la persona con dependencia. Por lo general, estos modelos se asocian a intervenciones psicoeducativas orientadas a las familias de los cuidadores. Esto puede ser útil para “cuidadores nuevos” o personas que perdieron la autonomía recientemente, dado que pueden beneficiarse del conocimiento de la condición, del rol del cuidador, los recursos disponibles y cierto entrenamiento en la resolución de problemas y habilidades similares. Sin embargo, los cuidadores tienen conocimiento específico de su situación que debe ser tomada en cuenta en todos los casos. Por eso, el modelo de intercambio tiene más chances de derivar en un servicio que se adapte a las necesidades de los usuarios y asegurar su uso posterior. Sin embargo, este modelo requiere de un nivel de desarrollo importante de los sistemas de protección, dado que se apoya en la existencia de un conjunto amplio de alternativas de servicios y prestaciones para los usuarios.

Uso de los servicios y expectativas de los cuidadores informales

Los factores que influyen en el uso de los centros de día y en el abandono del servicio se asocian a las características de

los usuarios, los cuidadores y los centros (Tretteteig *et al.*, 2016). Por ejemplo, mayores problemas de conducta en personas con demencia están asociados a menor uso y mayor abandono. La edad del cuidador está positivamente asociada al uso de los servicios. Entre aquellos que dejan de usarlos, se encuentra mayores niveles de preocupación y sobrecarga en el familiar cuidador. Por otro lado, la limitación en el personal es una restricción importante para el uso. Orellana *et al.* (2018) encuentran, en una revisión de la literatura sobre los centros de día, que el aislamiento social y bajo nivel de bienestar son indicadores de mayor utilización de este tipo de servicios. En la mayor parte de los casos, se señala que la principal razón de asistencia es tener contacto social y servicios de prevención. También señalan que cierta imagen negativa de los centros de día puede influir en la baja asistencia, son percibidos como servicios para personas viejas, aisladas y enfermas. De todos modos, se destaca que las actitudes hacia los centros mejoran cuando se asiste.

Shaw *et al.* (2009) también identifican ciertos elementos que influyen en el uso de los servicios por parte de los familiares cuidadores: actitudes de los cuidadores respecto al cuidado y la provisión de servicios de respiro; conocimiento y disponibilidad de la oferta; la disposición a utilizar el servicio por parte

de sus familiares en situación de dependencia y el efecto que genera en ellas; los inconvenientes y complicaciones que derivan del uso del servicio; calidad de los centros; y la adecuación y flexibilidad de los servicios disponibles. Destacan también que los servicios de respiro deben ofrecer una pausa mental además de física.

La mayor parte de los estudios relevan que las expectativas están centrados en los cuidadores familiares de los usuarios. En este apartado se revisan los principales condicionantes que se identifican en este sentido. La revisión de las expectativas de los usuarios es poco frecuente y se pueden inferir de algunos de los casos relevados. En general, se encuentra que los usuarios tienen opiniones más negativas de los centros antes de asistir que la que tienen una vez que participan en los centros de día (ver evaluación en el caso de Israel).

En el caso de los cuidadores, la relación entre sus expectativas y el uso se encuentra más estudiada. Por ejemplo, Tretteig *et al.* (2016) analizan la literatura sobre centros de día para personas con demencia y los efectos sobre sus cuidadores. Identifican varios elementos que deben tenerse en cuenta para el diseño de este tipo de servicios que podrían ser extendidos a otras fuentes de dependencia. Destacan que la información

sobre las características del servicio y de las otras opciones disponibles es central para el uso de los centros, así como la orientación sobre qué servicio elegir, y sobre el momento adecuado para comenzar su uso.

Respecto a las expectativas de los cuidadores familiares sobre la calidad de los servicios, se encuentran dos elementos destacados por los familiares como relevantes: cómo es tratado el usuario en el centro y si el personal cuenta con capacitación y experiencia específica (en este caso, en demencia). La existencia de una propuesta a medida de cada usuario también surge como un elemento importante en cuanto a la calidad del servicio.

Los cuidadores familiares también expresan que esperan que este tipo de servicios los ayude a ellos a tener mejores herramientas y más conocimiento para cuidar a sus familiares. La cooperación entre el cuidado profesional y el informal puede mejorar tanto el cuidado informal como la confianza en los centros de día. Por último, se destaca la importancia de la flexibilidad en el servicio (horarios y tiempo de estadía), y en la provisión de un servicio de transporte adecuado.

Las evaluaciones de este tipo de políticas muestran que el uso está condicionado a la percepción por parte de los cuida-

dores familiares de que los servicios sean apropiados para las personas en situación de dependencia, que sean bien administrados, y que el personal sea profesional (EUROFAM-CARE 2006). Se observa que cuando estos elementos no están presentes, los familiares no están dispuestos a usarlos.

Por último, la literatura recoge la opinión de los cuidadores familiares respecto a ciertos elementos que son necesarios para optar por servicios de respiro para personas mayores en situación de dependencia (Shaw *et al.* 2009). Se destacan los siguientes: la necesidad de información sobre la provisión de servicios, oferta de servicios para las primeras etapas de cuidado de personas mayores en situación de dependencia, acceso a servicios flexibles y variados, servicios de transporte confiables, continuidad en el cuidado, cuidado de buena calidad, entornos apropiados para el cuidado, cuidado que genere beneficios para los usuarios (socialización y estimulación), y actividades apropiadas a las capacidades e intereses de los usuarios.

Características de los usuarios

Fields *et al.* (2014) destacan ciertas características de los usuarios que son útiles para identificar los elementos particulares de la demanda de este tipo de servicios cuando son

más utilizados (para Estados Unidos donde este tipo de servicio está muy difundido).¹³ La mayoría de los usuarios (69%) son mayores de 65 años y tienen alguna discapacidad física (40% del total de usuarios) o demencia (aproximadamente 50% del total). Los requerimientos de apoyo para las actividades de la vida diaria o instrumentales para la vida diaria son altas (45% para ir al baño, 44% para administración de medicamentos, 30% para higienizarse, 18% desplazarse, 16% para alimentarse). Los participantes se mantienen en los programas por aproximadamente 2 años; las razones de desafiliación son el traslado a un hogar de larga estadía, la muerte, o un desacuerdo entre las necesidades de los participantes y los servicios de los centros. Orellana *et al.* (2018), en una revisión más amplia, encuentran que los usuarios tienden a ser mujeres que viven solas, con baja educación e ingresos, más de una limitación o enfermedad, y que toman varios medicamentos.

Más allá de estas regularidades observadas, se observa que el perfil de los usuarios varía sustancialmente entre las experiencias relevadas. Los patrones que se repiten refieren a la feminización, que tiene que ver con el perfil demográfico

13 En Estados Unidos los centros de día se encuentran ampliamente difundidos, pero su financiamiento no es público, aunque algunos seguros de salud lo cubren (Medicaid y la administración de Veteranos de guerra).

de esta etapa de la vida, y con vivir solos. Luego, el perfil del servicio parece tener mucha influencia en quiénes son los que acceden (mayores o menores de 70 años, con mayor o menor nivel de dependencia, tipo de limitaciones, perfil socioeconómico, etc.).

Calidad de los servicios¹⁴

En OECD-European Commission (2013) se define el cuidado de larga duración de buena calidad como servicios que mantienen o mejoran (si es posible) los desempeños funcionales y de salud de las personas en situación de dependencia. La calidad de los servicios es crecientemente importante por tres razones:

- 1) los usuarios demandan más control sobre sus vidas;
- 2) a medida que aumenta el gasto en servicios de cuidado de larga duración, existe mayor presión por dar cuenta de la calidad del servicio que brindan;
- 3) los gobiernos son responsables de proteger a las personas vulnerables de potenciales abusos. A la vez, hay tres elementos que son destacados como críticos para lograr servicios de calidad:

14 Las referencias a la calidad de los servicios que se presentan en los próximos párrafos están basadas en OCDE (2013) y hacen referencia a todos los servicios de cuidado de larga duración, no exclusivamente a los Centros de Día.

la seguridad y efectividad, la centralidad del usuario y la capacidad de respuesta de los servicios (permitiendo a los usuarios la opción por tipos de servicio o prestadores), y la coordinación del cuidado.

La medición de calidad en los servicios de cuidado tiene menor desarrollo que en otras áreas, por ejemplo, la salud. Una recomendación general es que la evaluación de la calidad se concentre en indicadores de resultados de calidad y no en procesos, que se construyan con registros administrativos, usando codificaciones estandarizadas, y que se basen en un solo ítem por vez. Algunos de los indicadores relevados por países de la OCDE son: experiencia del usuario en el servicio, tiempos de espera, admisiones hospitalarias evitables, medidas de depresión entre los usuarios, pérdida de peso, uso de medicación indicada.

Dinamarca, España, Holanda e Inglaterra evalúan la experiencia de los usuarios en relación con la calidad de vida. Este concepto refiere a la capacidad de los usuarios de alcanzar su máximo potencial físico, emocional, social y mental. Para hacerlo, relevan variables tales como las alternativas de cuidado que tiene el usuario, autonomía, dignidad, confort, seguridad, relaciones y actividad social.

En la experiencia comparada de la OCDE se destacan tres acciones que promueven la mejora de la calidad de este tipo de servicios:

- Estándares regulatorios, generalmente definidos en términos de estándares mínimos para los servicios. Esto se asocia a procedimientos de acreditación de los servicios de cuidado que pueden ser obligatorios o condicionantes para el financiamiento público. Los mínimos requeridos han evolucionado desde los insumos para brindar el servicio (infraestructura y cantidad y formación de recursos humanos) a procesos de cuidado (administración de medicamentos, mantenimiento de registros); más recientemente se definen en términos de la calidad de vida, capacidad de decidir, y dignidad humana (Australia y Holanda). Las acreditaciones para servicios en el hogar o en la comunidad (como es el caso de los centros de día) son menos habituales, pero existen en Francia, Japón, Portugal, España y Estados Unidos. Asegurar el cumplimiento de los estándares enfrenta desafíos importantes, en principio porque es costoso para el regulador y para los proveedores. Pero también puede tener efectos no deseados como el desincentivo a la innovación y la limitación de los proveedores a ofrecer exclusivamente el servicio exigido.

- Estándares para normalizar la práctica de cuidado. Esto implica, en primer lugar, la estandarización de los procesos de evaluación de los usuarios y la construcción de un plan de cuidado para el usuario. En segundo lugar, es cada vez más habitual la definición de protocolos de atención que delimiten el cuidado de otras áreas de atención (en especial la atención de salud).
- Incentivos de mercado para los proveedores y los usuarios. El ejemplo más claro de este tipo de políticas es el reporte público de la calidad del servicio, que incentiva a los proveedores a mejorar su calidad. En otros casos, el regulador provee la información de calidad en base a un conjunto de indicadores para permitir a los usuarios elegir el servicio. La opción de dejar la decisión en manos del consumidor (con los programas que entregan una transferencia al usuario para que compre el servicio) tienen efectos positivos en la satisfacción de los usuarios, siempre que se regulen los estándares mínimos. Por último, el pago por calidad a los proveedores puede tener resultados positivos, pero aún no se encuentra suficientemente desarrollado como para sacar conclusiones.

05. ¿QUÉ PUEDE APRENDER EL PROGRAMA DE CENTROS DE DÍA?

05. A MODO DE CIERRE: ¿QUÉ PUEDE APRENDER EL PROGRAMA DE CENTROS DE DÍA?

En esta sección se analizan las lecciones aprendidas de las experiencias internacionales en relación con programa que se está poniendo en marcha actualmente en Uruguay. Se debe tener en cuenta que esto no implica necesariamente que el diseño actual de los Centros no contemple estos elementos. Se resaltan los puntos en los que se debe poner especial atención para asegurar servicios de buena calidad que sean efectivamente utilizados por sus usuarios potenciales.

Las referencias revisadas sobre el programa permiten identificar el modelo de atención con el modelo social, con algunos elementos médicos asociados básicamente a los recursos humanos (presencia de psicólogo a tiempo completo y de médico geriatra a tiempo parcial). En este contexto, es importante tomar en cuenta algunas restricciones que este tipo de modelos impone. Modelos muy sociales pueden excluir a quienes están en situación de dependencia moderada y requieren de apoyos sanitarios más regularmente (ejemplo de Israel). Esto puede matizarse ofreciendo ciertos cuidados sanitarios (principalmente de enfermería) que pueden

ser atractivos para ciertas poblaciones (administración de vacunas, toma de presión, administración de medicamentos, fisioterapia, etc.). El ejemplo de los centros de Inglaterra puede servir de modelo, dado que ofrecen un servicio básicamente social, pero que está en coordinación directa con los servicios de salud, ofreciendo a los usuarios la opción de solicitar ciertos servicios en los centros de día, e impartiendo talleres de prevención por parte de profesionales de la salud externos al centro. De todos modos, la definición de la población objetivo de los centros diurnos en Uruguay, asociada la dependencia leve y moderada, mitiga este problema y se adapta más claramente al modelo social.

La flexibilidad del servicio es un elemento saliente en todas las evaluaciones que refieren a los requerimientos de las familias cuidadoras. Tanto en los horarios de apertura y de uso, como en términos más amplios, respecto a la oferta de servicios de respiro. En este sentido, la oferta actual es limitada y se deberían explorar las posibilidades de ampliarla de modo de mejorar la usabilidad. Shaw et al. (2009) sugieren que no es posible hacer recomendaciones sobre cuál es el mejor servicio de respiro que se debe ofrecer. La recomendación que proponen los autores es que un conjunto de servicios sea probablemente lo más apropiado para proveer la flexibilidad

de respiro requerida y la adaptación a las necesidades tanto de los cuidadores como de las personas con dependencia.

La restricción que impone el transporte es central en estos servicios. Más allá de que no se encontraron evaluaciones específicas de esta dimensión, es posible establecer que parte del éxito de estas iniciativas están asociados a la oferta conjunta de servicios de transporte. Esto se encuentra parcialmente resuelto en el programa, dado que no se cuenta con un rubro de financiamiento específico por parte del Sistema. La gestión local de los servicios puede ayudar a definir soluciones específicas en cada territorio, pero se debe asegurar la sostenibilidad en el tiempo. Podrían organizarse opciones apoyadas en las autoridades locales, en el voluntariado o en servicios pagos.

Por otro lado, debe monitorearse la carga adicional que la preparación y el transporte pueden implicar para los cuidadores de los usuarios. Esto puede condicionar también la asistencia de los usuarios.

De todos modos, la calidad de los servicios parece ser la dimensión de mayor relevancia para el uso de los servicios. En este sentido, se destaca la importancia de la continuidad de los

centros y de los cuidadores dentro de los centros, su profesionalización, y la disponibilidad de actividades que sean de interés para los usuarios. Un elemento que surge muy fuertemente en el aseguramiento de la calidad de los servicios y en su uso es la relación entre los cuidadores formales y los informales, en la medida que se generen interacciones positivas y enriquecedoras para ambos. El apoyo a los cuidadores informales desde los centros de día promueve, no solo su bienestar, sino también la calidad del cuidado que brindan en sus hogares.

En términos del monitoreo y la evaluación, es central definir y normalizar los servicios que se brindan dentro del centro. Comprender cuáles son las intervenciones específicas que tienen mejores resultados en términos de bienestar de las personas en situación de dependencia podría permitir escalar estas intervenciones a otros centros o programas. Además, es importante separar los efectos que surgen de la asistencia en sí misma, de los programas que se implementen en el centro.

Los centros de día son buenas plataformas para poner en prácticas nuevos programas de cuidado y de promoción de la autonomía. Esto se debe a que ya cuenta con un espacio y un equipo profesional multidisciplinario que puede asistir o proponer intervenciones nuevas. Un ejemplo exitoso de esta interacción es

la implementación de los servicios de cuidado domiciliario en Grecia a partir de los centros KAPI. Se generan también oportunidades para intervenciones grupales para las personas con dependencia y/o los familiares cuidadores tales como grupos de apoyo o formación en cuidado (Fields *et al.* 2014). Este último elemento está previsto en el diseño actual de los Centros, a través de encuentros semanales, quincenales o en la modalidad de talleres con los cuidadores y/o familiares de los usuarios, que pueden tener efectos positivos en el bienestar de las personas en situación de dependencia a través de la calidad del cuidado recibido por los familiares o cuidadores informales en los hogares. Para asegurar la asistencia a estos talleres es importante que estén diseñados en una modalidad que sea compatible con los horarios y rutinas de los cuidadores familiares.

Un elemento que puede ser considerado para la extensión de estos servicios es la coexistencia con otros servicios (hogares de larga estada, viviendas tuteladas), explotando las economías de escala tanto en la provisión de los servicios como en su utilización, como es el caso de un conjunto importante de centros en Inglaterra y en Suecia.

REFERENCIAS

- Brereton, L.; Nolan, MR. (2003). Seeking partnerships between family and professional careers: stroke as a case in point. In Nolan MR, Lundh U, Grant G, Keady J. (eds.) *Partnerships in Family Care: understanding the caregiving career*. Maidenhead: Open University Press. pp 50-68.
- Brodsky, J.; Shnoor, Y.; Be'er, S. y Neville, A. (2018). The 65+ Population in Israel 2018, Jerusalem: Brookdale Institute.
- Colombo, F.; Llana-Nozal, A.; Mercier, J.; Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD Publishing.
- Dabelko, H. I.; Zimmerman, J. A. (2008). Outcomes of adult day services for participants: A conceptual model. *Journal of Applied Gerontology*, 27(1), 78-92.
- Daniilidou, N. V.; Economou, C.; Zavras, D.; Kyriopoulos, J.; Georgoussi, E. (2003). Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. *International Journal of Integrated Care*, 3(4).

Davies, B. P.; Fernández, J. L.; Nomer, B. (2000). Equity and efficiency policy in community care: Service productivities, efficiencies and their implications.

EUROFAMCARE (2006). Services for Supporting Family Careers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. Examples of good and innovative practices in supporting family carers in Europe. EUROFAMCARE, European Commission.

Fields, N. L.; Anderson, K. A.; Dabelko-Schoeny, H. (2014). The effectiveness of adult day services for older adults: A review of the literature from 2000 to 2011. *Journal of Applied Gerontology*, 33(2), 130-163.

Iecovich, E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27(3), 309-330.

Iecovich, E.; Biderman, A. (2012). Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *International psychogeriatrics*, 24(3), 439-448.

Iecovich, E.; Carmel, S. (2011). Differences between users and nonusers of day care centers among frail older persons in Israel. *Journal of Applied Gerontology*, 30(4), 443-462.

Jarrott, S. E.; Zarit, S. H.; Berg, S.; Johansson, L. (1998). Adult day care for dementia: A comparison of programs in Sweden and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13(2), 99-108.

Korazim, M.; Tranjtenberg-Ovadia, S. (1994). The baskets of services in day care centers: Models, of operation, and utilization patterns. In M. Korazim (Ed.), *Day care centers for the older in Israel: An evaluation study* (pp. 73-222). Jerusalem: Brookdale Institute 30.

Lamura, G.; Mnich, E.; Nolan, M.; Wojszel, B.; Krevers, B.; Mestheneos, L.; Döhner, H. (2008). Family caregivers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE study. *The Gerontologist*, 48(6), 752-771.

Lundsgaard, J. (2005). Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care.

- Lyberaki, A.; Tinios, P. (2018). Long-term care, ageing and gender in the Greek crisis. *GreeSE Paper N.º 128. Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*.
- Maayan, N.; Soares-Weiser, K.; Lee, H. (2014). Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Manthorpe, J.; Moriarty, J. (2014). Examining day centre provision for older people in the UK using the Equality Act 2010: findings of a scoping review. *Health Social Care in the Community*, 22(4), 352-360.
- Mason, A.; Weatherly, H.; Spilsbury, K.; Golder, S.; Arksey, H.; Adamson, J.; Drummond, M. (2007). The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 290-299.
- McKee, K. J.; Brown, J.; Nolan, M. (2006). Services for Supporting Family Careers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for the United Kingdom. EUROFAMCARE, European Commission.

Mestheneos, E.; Triantafillou, J.; Kontouka, S. (2005). Services for supporting family caregivers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage. *Pan-European background report*. EUROFAMCARE, European Commission.

Moriarty, J. (1999). Use of community and long-term care by people with dementia in the UK: a review of some issues in service provision and caregiver and user preferences. *Aging and Mental Health*, 3(4): 311-19.

Moukanou, E. (2009, June). Social care services for the elderly in Greece: Shifting the boundaries. In *Paper Submitted to the 4th Biennial Hellenic Observatory PhD Symposium on 'Contemporary Greece and Cyprus'*, Hellenic Observatory, European Institute, London School of Economic.

Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, N.º 93, OECD Publishing, Paris.

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

OECD/European Commission. (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Health Policy Studies, OECD 31

Orellana, K. (2018). The role and purpose of generalist day centres for older people. Case studies of four day centres from multiple perspectives. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Institute of Gerontology, King's College London.

Orellana, K.; Manthorpe, J.; Tinker, A. (2018). Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing Society*, 1-32.

Pickard, S. (1999). Coordinated care for older people with dementia. *Journal of Interprofessional Care*, 13(4): 345-54.

Ponirou, P.; Diomidous, M.; Kalokairinou, A.; Mantas, J.; Tsimahidou, C.; Tzavara, C. (2014). Health Related Quality of Life in a Sample of Older People who are Members of Open Care Centers for the Elderly. *Studies in health technology and informatics*, 202, 269-272.

Samuelsson, L.; Malmberg, B.; Hansson, J. H. (1998). Daycare for elderly people in Sweden: a national survey. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7(4), 310-319.

Shaw, C.; McNamara, R.; Abrams, K.; Cannings-John, R. L.; Hood, K.; Longo, M.; .. Williams, K. (2009). Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technology Assessment*, 13(20), 1-246.

Sissouras, A.; Ketsetzopoulou, M.; Bouzas, N.; Fagadaki, E.; Papaliou, O.; Fakoura, A. (2002). Providing integrated health and social care for older persons in Greece National Centre for Social Research.

Smale G, Tilson G, Biehal N, Mars P. (1993). Empowerment, assessment, care management and the skilled worker. National Institute for Social Work Practice and Development Exchange. London: HMSO.

Tester, S. (1989). *Caring by day: a study of day care services for older people*. London: Centre for Policy on Ageing.

Tester, S. (2001). Day services for older people. RESEARCH HIGHLIGHTS IN SOCIAL WORK, 19-45.

- Tretteteig, S.; Vatne, S.; Rokstad, A. M. M. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging mental health*, 20(5), 450-462.
- Triantafillou, J.; Naiditch, M.; Repkova, K.; Stiehr, K.; Carretero, S.; Emilsson, T.; Di Santo, P.; Bednarik, R.; Brichtova, L.; Ceruzzi, F.; Mastroiannakis, T.; Ferrando, M.; Mingot, K.; Ritter, J.; Vlantoni, D.; Cordero, L. (2010). Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*, [223037], 1-67.
- Ziomas, D.; Konstantinidou, D.; Vezyrgianni, K.; Capella, A. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Greece European Social Policy Network (ESPN), European Commission.

SISTEMADECUIDADOS.GUB.UY

Ministerio de Desarrollo Social, Administración Nacional de Educación Pública, Banco de Previsión Social, Congreso de Intendentes, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

juntos cuidamos mejor